



Rapport d'étude

« Précarité, parcours d'hébergement et santé mentale »

Une étude dans les CHRS de l'Ain

2018

Partenaires de l'étude



Recherche action financée par la DDCS de l'Ain



Remerciements

A toutes les personnes rencontrées dans les différents CHRS et accueils de jour, qui ont accepté de raconter, d'expliquer, de questionner leurs « parcours », qui m'ont laissé participer à leurs conversations et à leur quotidien au sein des structures, et qui ont accepté de réfléchir ensemble à des propositions.

Aux professionnels des CHRS et accueils de jour pour leur accueil, leur implication dans cette étude. Merci de m'avoir fait confiance, de m'avoir laissé observer et questionner le fonctionnement des structures, d'avoir « jouer le jeu », expliquer et questionner, réfléchir individuellement et collectivement à des propositions.

Aux professionnels d'autres associations et institutions, du territoire de l'Ain ou non, ayant apporté un éclairage extérieur et ouvert le champs des possibles.

Au Carrefour Santé Mentale Précarité pour leur accueil et leur accompagnement tout au long de cette étude.

L'étude

I. Introduction et problématisation de l'étude	3
II. Terrain d'étude	4
III. Méthodologie	5

Présentation des résultats et analyses

I. Le territoire de l'Ain.....	7
1) <i>Un territoire disparate</i>	7
2) <i>Politiques de logement et d'hébergement dans l'Ain</i>	7
3) <i>Politiques publiques en direction de population spécifiques</i>	8
• Les jeunes.....	8
• Les personnes âgées.....	9
• Les personnes handicapées.....	10
4) <i>Offre en santé mentale et psychiatrie</i>	11
II. La population cible : Des parcours singuliers.....	13
III. Circulation entre les dispositifs du social : les interstices.....	16
1) <i>Du « hors dispositif » aux dispositifs d'urgence</i>	16
• Trouver l'information.....	16
• Dépasser les représentations et expériences négatives.....	16
• Rencontrer les personnes qui « prennent soin ».....	18
• Obtenir une place d'hébergement d'urgence adaptée / acceptable.....	18
2) <i>De l'urgence à l'insertion</i>	20
• Hébergement d'urgence et d'insertion : objectifs et fonctionnements (schéma en annexe 6).....	20
• L'insertion en mode projet et sa temporalité.....	21
• La définition du projet.....	23
3) <i>De l'insertion à la sortie du dispositif / D'un CHRS à une suite</i>	24
• Temporalité et hébergement d'insertion.....	24
• Un projet de logement à négocier, entre les représentations des professionnels et celles des personnes.....	24
• Le passage en logement seul.....	26
IV. Qu'est-ce que c'est que de « vivre » dans les dispositifs ?.....	29
1) <i>Cohabitation entre le(s) public(s) précaire(s) / Epreuve de cohabitation</i>	29
• Le partage de l'espace individuel dans les lieux collectifs (CHRS collectif, regroupé, diffus).....	29
• La cohabitation sur la structure collective / regroupée.....	30
2) <i>Le cadre comme outil de régulation et gestion du collectif</i>	32
• Des règlements intérieurs ne valorisant pas les droits des personnes hébergées.....	32
3) <i>La vie collective : des structures qui font collectif ?</i>	35
• Temps collectifs, activités.....	35
• Les outils de la participation des usagers.....	37
V. L'interstice entre la psychiatrie, le sanitaire et le social.....	38
1) <i>Du CHRS aux soins</i>	39
• Un « aller vers » en santé mentale réalisé par les professionnels du social.....	40
• Le soin « ne répond pas » de manière adapté au public.....	41
• Une gestion dans l'urgence.....	43
2) <i>De la psychiatrie à l'hébergement</i>	43
• Des sorties d'hospitalisation peu anticipées.....	43
• Des possibilités d'hébergement limitées.....	44
3) <i>Une coordination difficile</i>	45
• Pas ou peu d'espaces d'échanges instaurés.....	45
• Des professionnels en difficultés.....	46
VI. Quelle place pour la santé mentale dans ces lieux et interstices ?.....	47
1) <i>Définition</i>	47
2) <i>Quelle prise en compte de la santé mentale dans ces espaces ?</i>	48

Propositions

I. Faciliter l'accès aux dispositifs.....	52
• Développer les maraudes sur le département.....	52
• Accès à l'information : Réalisation de « guide de la solidarité ».....	52
• Développer les accueils de jour sur le département.....	53
II. Renforcer la participation et la place des personnes hébergées au sein des structures.....	53
1) <i>Développer des outils de participation</i>	53
• Mise en place de réunions mensuelles.....	53
• Mise en place de « pauses cafés » hebdomadaires.....	53
• Diversifier les supports de participation au sein des structures.....	54
• Développement du Conseil Régional – Départemental des Personnes Accueillies dans l'Ain.....	54

2) Adapter les outils de gestion en collectivité	54
• Objectiver les données sur les exclusions	55
• Travail sur les règlements / livret d'accueil / charte des personnes accueillies	55
• Mise en place de réunion « pré » et/ou « post » exclusion	55
III. Renforcement des dispositifs de première ligne envers les personnes en situation de précarité	56
• Renforcer le Carrefour Santé mentale Précarité	56
• Création d'une équipe pluridisciplinaire « hébergement et santé mentale »	56
• Créer et renforcer les Groupes d'Entraide Mutuelle	57
• Elargir le dispositif des agents de santé	57
• Mettre en place et animer un réseau de « référents santé et santé mentale » au sein des CHRS	57
• Développer des actions de sensibilisation à la santé mentale et de lutte contre la stigmatisation	58
• Développer des permanences d'acteurs du sanitaire au sein des structures sociales	58
• Amélioration de l'offre d'activités des accueils de jour et des CHRS en lien avec les acteurs des territoires	58
IV. Renforcement des dispositifs de coordination et soutien à la professionnalité	59
1) Faciliter l'interconnaissance entre les dispositifs et le renforcement des compétences	59
• Mutualisation du plan de formation des CHRS du département	59
• Mise en place de stages croisés, visites et réunions semestrielles des CHRS du département	59
• Séminaire annuel regroupant les travailleurs sociaux des CHRS du département	59
• Mise en place de stages croisés entre les dispositifs du social et de la psychiatrie	59
• Mise en place de « formations flash » sur des thématiques médico-sociales	60
• Réalisation d'un colloque annuel sur les questions de santé mentale / travail social sur le territoire	60
• Développement des co-références	60
• Réalisation d'un « guide de l'hébergement »	60
• Réalisation d'un « guide de La santé mentale »	61
• Réalisation d'un guide santé mentale et logement	61
• Formation des professionnels sur les dispositifs d'hébergement, logement et accompagnement	61
2) Renforcer la coordination	62
• Créer / développer les CLSM sur chaque territoire	62
• Mise en place d'« espaces rencontres » mensuels entre les équipes des CHRS et les équipes de psychiatrie	62
• Création d'outils communs entre la psychiatrie et le social	62
• Redéfinir les réunions de synthèse, les réunions de concertation des territoires et les acteurs qui y participent	62
V. Renforcer et diversifier l'offre d'hébergement et de logement sur le territoire	63
1) Augmenter et adapter les places CHRS sur le département	63
• Augmenter le nombre de places d'hébergement sur le territoire	63
• Renforcer les prises en compte de l'individualité des parcours	63
• Création / Adaptation des CHRS pour un accueil à bas seuil d'exigences	63
2) Renforcer les possibilités d'hébergement pour les personnes ayant des problématiques de santé et santé mentale	64
• Création de Lits Haltes Soins Santé	64
• Création de places en Foyer d'Accueil Médicalisés (notamment spécialisé Korsakoff)	64
• Création d'Accueil familial Thérapeutique	64
• Création de places en Appartement de Coordination Thérapeutique	64
• Création de Résidence accueil	64
• Création d'Appartements d'essai	65
VI. Développement du projet « un chez soi d'abord »	65
Conclusion	68

Glossaire

Annexes et boîte à outils

∞ L'étude

∞ I. Introduction et problématisation de l'étude

Au fondement de cette étude, il y a un constat partagé par les Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) du territoire de l'Ain : celui de la mise en échec des dispositifs d'accompagnement social à prendre en charge une partie du public qu'ils accueillent. Ce public dit « cyclique » cible « *les personnes qui passent d'une modalité de prise en charge à une autre, sans jamais trouver de solutions, et finissent inévitablement (en sortant d'hospitalisation, de prison, d'hébergement...) par passer par le 115 et par se retrouver à nouveau en hébergement d'urgence [...] Ainsi, plusieurs dizaines d'individus occupent-ils depuis de nombreuses années des places aux sein de différentes institutions, sans jamais trouver de réponse à leur problématique, faute d'une prise en charge plurielle et coordonnée prenant en compte les questions de santé mentale et d'addiction.* » (extrait des termes de référence de l'étude). Les dispositifs d'accompagnement du public « précaire » se retrouvent ainsi confrontés aux limites de leur organisation : ils ne parviennent pas à inscrire une partie du public qu'ils sont amenés à prendre en charge dans le parcours d'insertion classique. Ce public se caractérise par une répétition des ruptures dans leur parcours d'insertion, et on observe une circulation entre les différentes modalités de prise en charge, incluant les retours à la rue.

Cette mise en échec peut être indexée, sur un plan individuel, aux « problématiques de santé mentale » (addictions, troubles du comportement, troubles psychiatriques, pathologies, etc.) de ces personnes qui a fortiori deviennent « inadéquates » pour les structures.

Sur le plan organisationnel, la conséquence est une orientation de ce public vers une prise en charge dans le champ de la santé mentale et / ou de la psychiatrie. Les limites de l'intervention renvoient alors aux difficultés des différents champs d'intervention à travailler ensemble, chacun fonctionnant avec ses propres critères d'intervention (formulation d'une demande d'aide, identification d'une pathologie précise, etc.) ne permettant pas toujours une prise de relai.

C'est donc pour étudier le parcours de ces personnes en marge des parcours d'insertion classiques que les CHRS et le Carrefour Santé Mentale Précarité (CSMP) de l'Ain ont sollicité l'Orpere-samdarra pour réaliser une étude dont les objectifs sont :

- identifier dans la trajectoire de ces personnes, les freins et obstacles à l'insertion.
- identifier ce qui dans les structures conduit à un moment donné à exclure ces personnes des établissements et dispositifs d'accompagnement
- préconiser des méthodes de travail, ou des dispositifs spécifiques pour répondre aux problématiques identifiées.

L'Orpere-Samdarra a confié cette mission à une psychologue consultante, intervenant dans le champ de la santé mentale, notamment dans une approche dite de clinique psychosociale. La méthodologie, conjointement élaborée avec les membres du comité de pilotage, a été celle d'une approche en termes de parcours. Cette approche permet de concilier l'étude des parcours individuels des personnes avec l'analyse de l'organisation de l'accompagnement social et du soin sur le territoire de l'Ain.

D'une part, l'étude des parcours individuels permet d'introduire dans cette étude la dimension subjective : Quelles représentations les personnes ont de leur parcours et de l'accompagnement dont elles bénéficient ? Quels écarts observe-t-on entre ce « vécu » et l'organisation de l'accompagnement ? En quoi ces écarts constituent-ils des freins et des limites à la prise en charge de ce public ?

D'autre part, si les dispositifs concernés par la prise en charge de ce public sont très divers et appartiennent à différents champs (sanitaire, social, santé mentale, psychiatrie, etc.) chacun fonctionne à partir de critères objectifs qui organisent les entrées et les sorties dans leur structure. Si le problème est donc celui du passage entre différents établissements et modes de prise en charge, l'un des enjeux de l'étude semble également être une connaissance réciproque des difficultés de chacun pour faire coïncider le parcours de ces personnes avec leurs propres catégories et critères de prise en charge.

Enfin, le public ciblé par l'étude est défini comme un public en marge d'un public « précaire classique », mais peut-on dire pour autant que ce public soit homogène ? Est-il possible d'assigner les difficultés à prendre en charge ces personnes à une problématique spécifique (pathologie psychiatrique, troubles du comportement, trouble cognitif, addiction...) ou à un champ d'intervention en particulier ? Qu'en est-il des personnes cumulant différentes problématiques ? Ne retrouve-t-on pas, au sein de ce public un problème général qui est celui de la diversité des parcours et de la difficulté à proposer un modèle d'accompagnement à partir de critères objectifs ? L'enjeu de cette étude n'est pas de spécifier des catégories existantes ou d'en créer de nouvelles mais plutôt de participer à l'élan autour des innovations sociales, de sorte à ce qu'il soit possible pour les professionnels et les personnes en situation de précarité de prendre en considération la particularité des parcours et la singularité des histoires individuelles.

Il semble que la démarche engagée dans l'Ain s'inscrive donc bien dans cette perspective de décroisement, d'interconnaissance et de réflexivité sur les pratiques d'accompagnement.

∞ II. Terrain d'étude

L'étude concerne les cinq CHRS du département de l'Ain (Cf. Carte du département en annexe 1), soit sept services.

Les CHRS du département proposent différents types de fonctionnement (Cf. Tableau des CHRS et caractéristiques en annexe 2) :

*CHRS collectif : Chambres individuelles ou partagées dans une structure collective. Repas en commun, douches et sanitaires collectifs.

CHRS « A » à Bourg en Bresse

*CHRS regroupé : Logements dans une structure regroupée seul ou à plusieurs dans le logement. Possibilité de cuisiner et se laver au sein du logement.

CHRS « C » à Oyonnax et Bellegarde, CHRS « B » femmes et jeunes à Bourg en Bresse.

*CHRS diffus : Logement en appartement, seul ou en colocation.

Tous les CHRS du département ont des appartements en diffus.

Le CHRS « A » situé à Bourg en Bresse accueille 72 personnes. Un accueil de jour et un restaurant social sont accolés à la structure collective.

Le CHRS « B » accueille à Peronnas un service jeunes, composé de 26 places pour des jeunes de 18 à 25 ans, accolé à un service femmes, accueillant 74 places femmes et enfant principalement victimes de violences conjugales.

Le CHRS « C » accueille à Bellegarde sur une structure regroupée 16 personnes. A Oyonnax, la structure dispose de 34 places. Un accueil de jour est ouvert tous les matins, ce qui constitue également la salle collective des résidents du CHRS.

Le CHRS « D » accueille en appartement diffus 41 personnes.

Le CHRS « E » ne possède également pas de structure regroupée ou collective et dispose de 43 places en logements diffus. Un accueil de jour est ouvert en demi-journée.

Tous les CHRS proposent de l'hébergement d'urgence et d'insertion, comme nous le développerons plus loin.

Il y a dans les CHRS du département, en février 2018, 306 places, dont 125 en hébergement d'urgence et 181 en hébergement d'insertion.

III. Méthodologie

L'étude a eu lieu du 25 septembre 2017 au 31 janvier 2018. Plusieurs méthodologies ont été mobilisées pour cette étude :

- **Entretiens individuels avec les personnes étant/ayant été en situation de précarité**

Des entretiens ont été réalisés avec 38 personnes afin d'analyser leur parcours, leur circulation entre les différents dispositifs (CHRS, Centre Psychothérapique de l'Ain - CPA, prison, rue, etc.), et les représentations qu'elles ont de ces dispositifs.

GRILLE D'ENTRETIEN (Cf. annexe 3):

- *Le parcours d'hébergement (nous reprenions l'historique des différents hébergements, les raisons des ruptures et ce qui aurait pu être mis en place pour les éviter),
- *La vie au sein des structures d'hébergement (les aspects collectifs, l'accompagnement social, le bien être, etc.),
- *L'habitat idéal vers lequel ils souhaitaient aller,
- * Leurs parcours de santé et de santé mentale.

Au sein des CHRS sur les structures regroupées et collectives, où le contact avec les personnes hébergées peut être direct via les espaces communs, passé la création du premier lien avec les personnes par des moments informels, les entretiens ont très bien été acceptés. Plusieurs personnes se sont proposées d'elles-mêmes pour faire un entretien. A Gex, où le CHRS n'a pas d'appartement en

structures collectives ou regroupées mais des logements en diffus, ni d'accueil de jour, la rencontre directe entre la consultante et les personnes hébergées était difficile. Les travailleurs sociaux ont proposé les entretiens à des personnes préalablement identifiées en équipe.

Notons que le lieu d'entretien n'est pas significatif, étant donné le parcours d'errance entre les CHRS du département des personnes interrogées. Quatre des femmes interrogées sont arrivées en CHRS après des violences conjugales, et ont donc d'avantage parlé de la cohabitation avec des femmes ayant des problématiques de santé mentale. Des discussions en informel et un entretien ont pu être réalisés avec des femmes étant passé par plusieurs CHRS.

Au début centré sur les personnes ayant des problématiques de santé mentale et pour lesquelles le dispositif CHRS ne semble pas adapté, les entretiens ont très vite été proposés plus largement qu'aux personnes identifiées par les travailleurs sociaux, de manière individuelle ou lors de discussions collectives, chacun et chacune ayant des choses à dire sur les questions de santé mentale et de parcours d'hébergement (en ayant par exemple cohabité avec des personnes ayant des problèmes de santé mentale au sein de ces structures). Cela a permis de saisir la variété des parcours des personnes hébergées dans les CHRS ou étant passé par ces dispositifs.

Le cadre de confidentialité a été posé avant chaque entretien avec les personnes en situation de précarité, notamment l'absence de lien entre la consultante et l'équipe éducative, l'indépendance, l'anonymat, et la non consultation des dossiers sans l'accord des personnes. Dans les retranscriptions d'entretien incluses dans ce document, le sexe de la personne a parfois été changé pour préserver son anonymat.

Sur les 38 entretiens réalisés auprès des personnes en situation de précarité ou l'ayant été :

- 5 femmes
- 33 hommes
- 12 personnes étaient pour la première fois en CHRS.
- 26 personnes étaient déjà allées dans un CHRS dans le passé.
- 25 hommes sur les 33 interrogés étaient déjà allés dans un CHRS
- Sur 30 personnes, 15 avaient déjà été hospitalisées en psychiatrie

- **Entretiens avec les professionnels des CHRS**

Au début de l'étude, les directions des CHRS ont été rencontrées pour une introduction sur le fonctionnement de leurs structures et les difficultés qu'elles identifient.

Afin d'analyser les représentations des différents dispositifs, des problématiques structurelles et les pratiques professionnelles, les professionnels des CHRS ont été rencontrés en entretiens individuels ainsi que sur des temps informels lors des temps de présence de la consultante au sein des CHRS.

- **Entretiens auprès de professionnels du territoire intervenant dans le parcours des personnes**

Afin d'analyser le parcours de soin et d'hébergement des personnes en dehors du parcours des CHRS, des entretiens ont été réalisés avec des professionnels extérieurs aux CHRS : le Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) Saliba, les assistantes sociales du CPA, de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) psy, les infirmières du CSMP, les référents uniques du Revenu de Solidarité Active (RSA), les agents de santé, la psychologue du CHRS ADSEA, le service de tutelle de l'ATMP.

- **Périodes d'observation au sein des structures**

L'observation au sein des CHRS (CHRS « A », « B », « C » et l'accueil de jour du CHRS « D ») lors de temps organisés (Conseils de Vie Sociale -CVS, réunions d'équipe, etc.) et/ou du quotidien a permis d'analyser le fonctionnement au quotidien des CHRS, la vie en collectivité, les interactions entre les travailleurs sociaux et les personnes hébergées. Plusieurs matinées ont été également passées dans un accueil de jour à bas seuil d'exigences pour les jeunes de moins de 30 ans, dont une partie de la population a été ou est actuellement en CHRS. Des échanges informels en groupe ou en individuel ont permis d'aborder les mêmes thématiques avec les personnes hébergées.

- **Participation à des réunions et temps de concertation**

Afin de comprendre les modalités de communication entre les différents dispositifs, en plus des entretiens, la consultante a participé à plusieurs échanges et rencontres : Les Espaces Rencontres, animés par le CSMP, la réunion Commission Parcours Résidentiels animée par le Service Intégré d'Accueil et d'Orientation (SIAO), les réunions SIAO.

- **Groupes de travail avec les travailleurs sociaux**

Les groupes de travail avec trois équipes de travailleurs sociaux (CHRS « A », CHRS « C » à Oyonnax et CHRS « D ») ont permis de les interroger sur les problématiques qu'ils identifient dans l'accompagnement des personnes ayant des problématiques de santé mentale au sein de leurs structures et les pistes de solutions qu'ils envisagent.

- **Entretiens avec des professionnels du territoire ainsi que des professionnels extérieurs**

Des acteurs du territoire ont également été rencontrés, tels que la Fédération des Acteurs de la Solidarité (FAS), MAIA 01, Souti'Ain pour développer les pistes d'actions possible.

Des acteurs extérieurs au territoire, ayant développé des pratiques innovantes, ont également été sollicités : Réseau Santé Solidarité Lille, Chez soi d'abord Lille, Orloges à Lyon.

- **Recherche documentaire**

Plusieurs documents de références des politiques publiques mises en place dans le département ont été étudiés pour ce rapport :

- le Plan Départemental d'Action pour le Logement des Personnes Défavorisées de l'Ain (PDALPD)
- le plan département sur le handicap et le Schéma départemental des personnes handicapées 2015 – 2020
- Le plan Séniors 01
- le Programme Régional de Santé (PRS)

Les documents internes aux structures ont été consultés : dossier type, règlement intérieur, outils de recueil de données sur les exclusions, outils d'accueil, etc. ainsi que les rapports d'activités.

∞ Présentation des résultats et analyses

∞ I. Le territoire de l'Ain

1) Un territoire disparate

Le département de l'Ain est un département frontalier d'une superficie de 5762 km², situé dans la 2^{ème} région économique de France. La population au 1^{er} janvier 2014 est de 626127 habitants d'après l'INSEE. Il est situé entre deux grandes métropoles : Lyon et Genève. Le département est découpé en 6 « pays » : La Bresse, les Dombes, le Pays de Gex, le Bugey, la Plaine de l'Ain et le Revermont. Le territoire est très disparate, entre les zones rurales, la ville de Bourg en Bresse et la zone frontalière.

Le département a connu une croissance démographique de 1,2% entre 2009 et 2014, soit une des plus soutenues en France.

Il y a d'importantes disparités entre les ressources des populations selon les 23 cantons, avec des revenus médians par unité de consommation supérieurs à 25000 euros par an dans le Pays de Gex, entre 21 et 25000 euros par an pour Bourg en Bresse et les cantons du sud-ouest du département, alors que le revenu médian des cantons du sud-ouest, du nord-ouest et alentours à Oyonnax présentent des revenus inférieurs à 19500 voir 18000 euros par an¹.

Concernant l'emploi, le taux d'activité de la population (rapport entre le nombre d'actifs et la population de 15 à 64 ans en %) dans le département en 2013 est de 77%, contre 74,3% au niveau régional. Cela place le département au 2^{ème} rang après la Haute Savoie².

Le taux de chômage prévisionnel au 3^{ème} trimestre 2017 était de 6,9%, bien inférieur à la moyenne nationale de 9,4%. Il était en 2014 de 10,4% contre 12% au niveau régional et 14% au niveau national. La CCI de l'Ain indique en 2017 que le département ayant le 4^{ème} plus bas taux de chômage en France³. Notons que le taux de chômage est hétérogène selon les cantons du département, en raison des disparités notamment à la zone frontalière.

Le taux de pauvreté en 2014 y était de 10,8%⁴, un taux relativement faible par rapport à la moyenne régionale de 12,7%. Ce taux atteint par contre 15,5 % pour la population des moins de 30 ans (20,01 en région).

4,1% des habitants de l'Ain étaient couverts par le RSA en 2016⁵. Ainsi, ce vaste territoire est très hétérogène.

2) Politiques de logement et d'hébergement dans l'Ain

La question de l'hébergement et du logement, notamment des personnes ayant des problématiques de santé mentale, se retrouve dans différentes politiques publiques, qu'elles soient généralistes ou pour des publics spécifiques tels que les personnes âgées.

Politiques

Avec la loi ALUR du 24 mars 2014, le Plan Départemental d'Action pour le Logement des Personnes Défavorisées (PDALPD) a fusionné avec le Plan Départemental d'Accueil, d'Hébergement et d'Insertion (PDAHI) afin de créer le Plan Départemental d'Action pour le Logement et l'Hébergement des Personnes Défavorisées (PDALHPD). Ce plan, copiloté par l'Etat et le département, permet de définir les mesures nécessaires pour répondre aux besoins en logement et en hébergement des personnes prises en charge par le dispositif d'accueil, d'hébergement et d'accompagnement vers l'insertion et le logement au niveau du territoire. Sur le département de l'Ain, le

¹ Conseil Général de l'Ain, Schéma départemental des personnes handicapées de l'Ain 2015 – 2020, citant la DGI 2010 [http://expertise.uriopss-centre.fr/ressources/rhal/pdfs/annee_2017/C_mars2017//Schema_personnes_handicap_Ain_2015_2020.pdf]

² DRDJSCS Auvergne Rhône-Alpes, Panorama Statistiques 2016 [http://auvergne-rhone-alpes.drdjcs.gouv.fr/sites/auvergne-rhone-alpes.drdjcs.gouv.fr/IMG/pdf/panorama_statistique_2016_version_web.pdf]

³ CCI Ain, Panorama Indicateurs économiques remarquables, [http://www.ain.cci.fr/sites/default/files/04-Donnees_economiques/05_indicateurs_remarquables_de_lain_obs_eco_cci_de_lain.pdf]

⁴ Insee-DGFiP-Cnaf-Cnav-Cmsa, Fichier localisé social et fiscal en géographie au 01/01/2015, consulté le 13/02/2018, [<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1405599?geo=DEP-01>]

⁵ DRDJSCS Auvergne Rhône-Alpes, Panorama Statistiques 2016 [http://auvergne-rhone-alpes.drdjcs.gouv.fr/sites/auvergne-rhone-alpes.drdjcs.gouv.fr/IMG/pdf/panorama_statistique_2016_version_web.pdf]

PDALHPD 2016-2022⁶ se décline en 9 actions⁷ visant à améliorer l'accès et le maintien dans le logement de personnes défavorisées. Parmi celles-ci, il est notamment question d'harmoniser la fonction d'accompagnement social vers et dans l'hébergement, de mobiliser les acteurs médico-sociaux et sanitaires (notamment en facilitant leur interconnaissance et le renforcement de leurs compétences), de fluidifier les parcours en hébergement et logement accompagné.

Données dans le département :

D'après les chiffres de l'INSEE et de la DREES, en 2016 le taux d'équipement en places d'hébergement pour 1000 adultes entre 20 et 59 ans sur le département de l'Ain est de 1,2, alors que le taux moyen dans la région est de 2,2, et de 2,1 au niveau national. Cela place le département au 69^{ème} rang des départements français, avec un taux d'équipement relativement bas.⁸

Le taux de logement social est de 14,2% dans le département, et de 14,3% dans la région. Le département comprend 4 maisons relais / pensions de famille permettant l'accueil de 88 personnes. Il y a actuellement 863 places en résidence sociales. Sur ces dispositifs des maisons relais et des résidences sociales, le taux de rotation est très faible, ce qui crée d'importants délais d'attente. En 2017, sur 803 places en résidence sociale, seulement 26% des préconisations du SIAO ont été admises sur ces places en résidence sociale. Sur 88 places en maisons relais, seulement 19% des préconisations ont abouties.

Le PDALPD quand à lui indique que le territoire ne fait pas face à un manque structurel de place d'hébergement mais d'avantage à une inadéquation entre l'offre proposée et les besoins parfois spécifique des ménages. Cela aurait pour conséquence que la fluidité dans les parcours de l'hébergement au logement ne soit pas toujours assurée, notamment pour les personnes souffrant de troubles psychiques. Nous retrouvons ici un des questionnements à l'origine de cette étude.

3) Politiques publiques en direction de population spécifiques

- **Les jeunes**

Dans les termes de l'étude, le public des jeunes était repéré comme particulièrement problématique concernant l'accès et le maintien dans un logement. Les professionnels expriment de fortes consommations de toxiques et des problématiques d'addictions, des passages en appartement inefficaces qui n'amènent qu'à un retour dans la rue, l'incapacité à « habiter » et investir leurs appartements, etc.

Si dans le département de l'Ain, la population des 15-29 ans est inférieure à la moyenne régionale (16,6% contre 18,6% dans la région Rhône-Alpes), les jeunes sont fortement touchés par le chômage : le pourcentage des jeunes de moins de 25 ans dans la population des demandeurs d'emplois est plus élevé que la moyenne régionale (15,7% dans l'Ain et 14,8% pour la région), et les besoins en termes d'hébergement concernant cette population sont d'actualité. L'étude régionale sur le logement des jeunes⁹ réalisée en 2016 montre que la part des jeunes dans le parc de logement social (9,89%) correspond à la moyenne régionale, mais la part des jeunes de moins de 30 ans dans les demandes de logement social est de 25,5%, une proportion plus élevée que la moyenne régionale qui est de 23,3%.

Dans le département de l'Ain, il y a actuellement 1058 jeunes pour une place en Foyer Jeune Travailleurs (FJT), soit le taux le plus élevé du département présentant un écart trois fois supérieur à la moyenne régionale d'une

⁶ Plan Départemental d'Action pour le Logement et l'Hébergement des Personnes en Difficultés 2017 – 2022 [http://www.ain.gouv.fr/IMG/pdf/pdalhpd_2017-2022.pdf]

⁷ Réinvestir l'observation de l'habitat et du logement ; Mettre en œuvre les outils de pilotage et de suivi ; Garantir un accompagnement précoce des ménages ayant des difficultés à se maintenir dans le logement ; Harmoniser la fonction d'accompagnement social ; Mobiliser les acteurs médico-sociaux et sanitaires ; Favoriser l'accès au logement ordinaire des publics prioritaires ; Fluidifier les parcours en hébergement et logement accompagné ; Offrir un parc de logement adaptés et accessibles aux publics du plan ; Renforcer l'action du PDLHIPE (pôle départemental de lutte contre l'habitat indigne et la précarité énergétique)

⁸ DRDJSCS Auvergne Rhône Alpes, octobre 2016, focus statistiques, consultée le 13/02/2018. [http://auvergne-rhone-alpes.drdjcs.gouv.fr/sites/auvergne-rhone-alpes.drdjcs.gouv.fr/IMG/pdf/fs4_places_d_hebergement.pdf]

⁹ Synergie Jeunes, 2016. Etude Régionale sur le Logement des jeunes 2016. Synergie Jeunes. Consultée le 18/02/2018. [http://www.habitatjeunes-aura.org/wp-content/uploads/2017/12/ERLJ_VF.pdf]

place en FJT pour 283 jeunes¹⁰. L'Ain est le département le plus mal pourvu de ce type de structures dans la région.

En termes d'accompagnement des jeunes, le département ne comportait qu'un seul Comité Local pour le Logement Autonome des Jeunes (CLLAJ) situé à Bourg-en-Bresse (l'Appart) qui a fermé il y a quelques années. Les CLLAJ ont pour mission d'informer, orienter et accompagner les jeunes dans leurs démarches d'accès au logement. Il existe trois missions locales sur le département, à Bourg en Bresse, Oyonnax et Ambérieu, qui couvrent chacune plusieurs secteurs. Des conseillers logements peuvent informer, orienter et accompagner les jeunes dans leur accès au logement.

L'étude régionale sur le logement des jeunes précédemment citée constate globalement que la thématique du logement des jeunes est mal identifiée par les différents acteurs locaux (collectivités, associations, bailleurs) qui ne travaillent que peu en synergie sur ce sujet sur le département de l'Ain.

- **Les personnes âgées**

Politiques

Le plan Senior 01, politique du département concernant les personnes âgées, s'articule autour de cinq axes prioritaires : Prévenir la perte d'autonomie, vivre ensemble dans l'Ain pour tous les âges, mieux vieillir chez soi, relever le défi des établissements pour demain, soutenir les malades d'Alzheimer et leurs familles.

Dans le document « état des lieux et évolution de l'offre médico-sociale » venant en appui au schéma régional de santé 2018-2023 pour le département de l'Ain¹¹, il est indiqué que les coopérations entre le secteur psychiatrique et les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) doivent être renforcées afin d'améliorer la prise en charge des personnes âgées présentant des troubles psychiatriques. Ce même état des lieux affirme la nécessité de soutenir une offre en direction des personnes handicapées vieillissantes en grande précarité à partir d'opérations de fongibilité ou dans le cadre d'un partenariat actif entre le CPA et un ou plusieurs EHPAD.

Dans le département

Dans le département de l'Ain, 22,3% de la population sont des personnes âgées de 60 ans et plus, soit un peu moins que la moyenne régionale¹² qui est de 24,4%. Les personnes âgées de plus de 75 ans représentent 7,8% de la population départementale.

Concernant leur situation, 22,8% des plus de 50 ans dans le département de l'Ain sont chômeurs, ce qui est identique à la moyenne régionale. Concernant l'hébergement et le logement, au 31 décembre 2015¹³, le taux d'équipement en places pour les personnes âgées de plus de 75 ans était supérieur à la moyenne régionale.

Taux d'équipement (en places installées) selon le type d'accueil ¹⁴			
	Ain	Région AURA	France métropolitaine
Taux d'équipement en hébergement médicalisé pour 1000 personnes de 75 ans ou plus	124,2	116,1	103,6
Taux d'équipement en hébergement non médicalisé (en place installées)	24,6	11	16,1
Taux d'équipement en service de soins infirmiers à domicile	17,6	17,5	20
Taux d'équipement en accueil de jour ou de nuit	2,6	2,4	2,4

Toutefois, malgré ce taux d'équipement qui ne paraît pas déficitaire, mis à part concernant les services de soins infirmiers à domicile, il semble qu'une partie de la population âgée ne trouve sa place dans les structures adaptées, notamment en raison de problématiques de santé mentale et/ou d'addictions. Dans le département de

¹⁰ Synergie Jeunes, 2016. Etude Régionale sur le Logement des jeunes 2016, p 62. Consultée le 18/02/2018. [http://www.habitatjeunes-aura.org/wp-content/uploads/2017/12/ERLJ_VF.pdf]

¹¹ ARS, Etat des lieux et évolution de l'offre médico-sociale, Volet Personnes âgées. Consulté le 15/02/2018. [<https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/etat-des-lieux-et-evolution-de-loffre-medico-sociale>]
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1405599?geo=DEP-01>

¹³ ARS, Drees, Finess ; Insee, estimations de population. Capacité d'accueil des personnes âgées selon la catégorie d'établissement au 31 décembre 2011. Consulté le 13/03/2018 [https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012690#tableau-TCRD_067_tab1_departements]

¹⁴ FINISS 24-11-2016 / INSEE 2013, cité dans ARS, Etat des lieux et évolution de l'offre médico-sociale, Volet Personnes âgées. Consulté le 15/02/2018. [<https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/etat-des-lieux-et-evolution-de-loffre-medico-sociale>]

l'Ain, l'accès à des structures d'hébergement adaptées pour des personnes âgées ayant des problématiques alcool est très compliqué, et mis en avant par de nombreux professionnels. Refusées des maisons de retraite en raison de leur symptomatologie, ou trop jeunes pour y accéder, ces personnes se retrouvent souvent en CHRS sans réelle solution de sortie. Par ailleurs, le diagnostic des troubles de ces personnes n'est pas toujours réalisé, semblant d'avantage fréquenter les structures sociales que médicales. Une étude réalisée en 2013¹⁵ notait qu'entre le 1er février et le 30 avril 2013, 56 personnes ont été repérées dans le bassin de vie de Bourg en Bresse comme vraisemblablement porteuse d'une encéphalopathie chronique d'origine alcoolique, uniquement par des professionnels sociaux et médico-sociaux (et donc sans doute sous-évalué). Il s'agissait à 82% d'hommes entre 40 et 59 ans (56%). Cette difficulté de diagnostic peut être un frein supplémentaire dans un accès au logement ou hébergement adapté à ces personnes âgées ayant des problématiques alcooliques.

Concernant la santé mentale, une cellule de prévention des situations de détresse des personnes âgées rattachée au CPA réalise des actions d'information, de prévention et d'accompagnement. Une équipe mobile psychogérontologique peut réaliser des visites à domicile pour évaluer les besoins ou accompagner les personnes vers l'accès aux soins.

- **Les personnes handicapées**

Politiques

Le plan handicap du département de l'Ain, 2017 – 2022¹⁶ définit sept axes prioritaires¹⁷. Parmi celles-ci, la création d'une offre de logements novatrice et inclusive, notamment par l'expérimentation de solutions proposées par les associations et le lancement d'un appel à projet logement inclusif pour tous types de handicaps sur l'ensemble des bassins de vie en 2019. Un des axes définit l'objectif d'offrir des places nouvelles en établissement adaptées aux besoins, notamment par la création de nouvelles places d'hébergement.

Données dans le département

D'après le rapport d'activité 2016 de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) de l'Ain¹⁸, 5,6% de la population départementale à un droit en cours auprès de la MDPH de l'Ain. Cette proportion atteint 6,4% parmi les 60/74 ans, qui représentent 14,8% des personnes avec un droit en cours auprès de la MDPH alors qu'ils représentent 15,7% de la population générale. Le délai de traitement des demandes MDPH est globalement de moins de 6 mois, et la moitié des demandes en 2016 a été traitée en moins de 4 mois.

Dans le document état des lieux et l'évolution de l'offre médico-sociale¹⁹ réalisé par l'Agence Régionale de Santé (ARS), nous apprenons que l'offre de places pour personnes souffrants de handicap psychiques au sein des Etablissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT) est actuellement de 146 places sur le département, soit 15% du nombre de places d'ESAT total. L'objectif est d'atteindre 20% de places dédiées pour ce public, soit de créer 52 places supplémentaires.

15 foyers d'hébergement existent dans le département, proposant 602 places et 1 place d'hébergement temporaire. 165 places existent dans 4 foyers de vie.

Le département compte deux Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés spécialisés (SAMSAH), mais le diagnostic réalisé par l'ARS constate un manque d'offre généraliste et des zones non couvertes dans le département. Ainsi, un appel à projet régional offrira la création, concernant le handicap psychique, d'une offre de service médico-social, conjuguée à de l'intermédiation locative et déployant les pratiques de réhabilitation psycho-sociale. Ce service s'appuiera sur les centres de référence de réhabilitation et organisera un maillage des territoires avec les structures médico-sociales existantes (création ou renforcement).

¹⁵ Le Borgne, E., Dr Lumaret, Dr Rosenberg, Dr Tabary, (2013). *L'encéphalopathie Chronique d'origine Alcoolique, enquête qualitative réalisée en 2013 sur le Bassin de vie de Bourg en Bresse.*

¹⁶ Plan handicap 2017-2022 du département de l'Ain, plaquette pour les professionnels. Consulté le 01/02/2018 [<https://www.ain.fr/content/uploads/2017/09/plan-handicap-2017-2022-plaquette-de-presentacion-pour-les-professionnels.pdf>]

¹⁷ Renforcer l'action de la Maison départementale des personnes handicapées pour plus de proximité ; Structurer le champ du soutien et de l'accompagnement à domicile ; Créer une offre de logements novatrice et inclusive ; Offrir des places nouvelles en établissement adaptées aux besoins ; Soutenir les parents et accompagner les enfants ; Mieux prendre en compte l'autisme et les « Dys » ; Soutenir et accompagner les aidants

¹⁸ MDPH de l'Ain, rapport d'activité 2016. [<https://utilespourvouspourlain.files.wordpress.com/2017/03/rapport-dactivite3a9-2016-de-la-maison-dc3a9partementale-des-personnes-handicapc3a9es.pdf>]

¹⁹ Etat des lieux et l'évolution de l'offre médico-sociale, volet personnes handicapées, consulté le 13/02/2018. [<https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/system/files/2018-01/01%20-%20Etat%20des%20lieux%20PH.pdf>]

Taux d'équipement comparé pour l'accueil de 1000 personnes handicapées			
	Ain	Région AURA	France
Taux d'équipement en établissement d'hébergement pour adultes handicapés (Drees au 31.12.2015)			
Taux d'équipement en places d'accueil spécialisé pour adultes handicapés	0,5	0,7	0,8
Taux d'équipement en places d'accueil médicalisé pour adultes handicapés	1	1	0,8
Taux d'équipement en places dans les foyers de vie (inclut les foyers occupationnels)	0,5	1,7	1,5
Taux d'équipement en places dans les Établissements et Service d'Aide par le Travail (ESAT) (au 31.12.2017, FINESS 16/05/2017 – INSEE 2013)	3,08	3,52	3,5
Taux d'équipement en MAS (nombre de places pour 1000 adultes âgés de 20 à 59 ans) (au 31.12.2017, FINESS 16/05/2017 – INSEE 2013)	0,54	0,67	
Taux d'équipement en FAM (nombre de places pour 1000 adultes âgés de 20 à 59 ans) (au 31.12.2017, FINESS 16/05/2017 – INSEE 2013)	1,03	0,99	
Taux d'équipement en SAMSAH (Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés) (nombre de places pour 1000 adultes âgés de 20 à 59 ans) (au 31.12.2017, FINESS 16/05/2017 – INSEE 2013)	0,32	0,27	

Huit foyers d'accueils médicalisés (FAM) existent sur le département. Tout comme pour les Maison d'Accueil Spécialisé (MAS), le taux d'équipement dans ces structures est plus faible que les moyennes régionales. Plusieurs projets sont en cours, dont la création d'un FAM pour personnes porteuses de troubles psychiques, cérébro-lésées et atteintes d'encéphalopathie d'origine alcoolique, Ces nouvelles places pourront probablement permettre d'accueillir une partie de la population âgée semblant avoir le syndrome de Korsakoff dont nous parlions précédemment, toutefois le nombre de places en cours de création n'est pas connu pour le moment. Par ailleurs, quatre Groupes d'Entraides Mutuelles (GEM) existent sur le département : le GEM du Pays de Gex, le GEM de la Côtière, le GEM « Tendre la main » à Montrevel, et le GEM de Bourg en Bresse.

4) Offre en santé mentale et psychiatrie

Politiques

La politique de santé mentale comprend des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale dans laquelle tous les acteurs sont associés (y compris ceux des domaines du logement, de l'hébergement et de l'insertion).

L'article 69 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé annonce la création du Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM), dont l'objectif est de réorganiser les politiques de santé mentale et psychiatrie au niveau du territoire, afin de réduire les inégalités territoriales et favoriser une coordination de proximité. Le PTSM inclut l'ensemble des acteurs des champs sanitaire, social et médico-social et incluant les représentants des usagers, des politiques de la ville, les collectivités territoriales, ainsi que les conseils locaux de santé, les conseils locaux de santé mentale. L'élaboration de ce PTSM est basée sur un diagnostic partagé, permettant de réaliser un état des lieux des ressources et mettant en avant les manques et des préconisations pour y remédier.

Dans le département de l'Ain, le diagnostic territorial, piloté par le CPA et réalisé par un cabinet indépendant, a débuté en décembre 2017 pour une durée de six mois.

Données dans le département

L'hôpital psychiatrique est départemental, le Centre Psychothérapique de l'Ain. Il est réparti en quatre secteurs de psychiatrie : Centre, Est, Sud et Ouest. Le département compte 12 Centre d'Activité Thérapeutiques à Temps Partiel (CATTP) en psychiatrie générale, ainsi que 16 Centre Médico-Psychologique (CMP). Le CPA est en pleine réorganisation, notamment suite au rapport en 2016 du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté²⁰

²⁰ Contrôleur Général des Lieux de privation de liberté. Recommandations en urgence du 8 février 2016 relatives au Centre Psychothérapique de l'Ain. [http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2016/03/joe_20160316_0064_0102.pdf]

décriant les recours trop fréquents aux soins sans consentement et aux pratiques d'isolement. Par ailleurs le Projet d'établissement est en cours de réécriture.

Données comparées concernant la psychiatrie dans le département de l'Ain			
	Département de l'Ain	Région AURA	France métropolitaine
Taux d'équipement en psychiatrie générale pour 1000 habitants de plus de 16 ans (au 31/12/2015, source DREES, SAE ; INSEE, estimations de population)			
<i>Lits d'hospitalisation complète</i>	0,7	1,1	1,1
<i>Equipement global (lit et place)</i>	1,0	1,6	1,5
Nombre de places en accueil familial thérapeutique (au 31/12/2015, source DREES, SAE ; INSEE, estimations de population)	0	844	2823
<i>En psychiatrie générale</i>	0	844	2823
<i>En psychiatrie infanto-juvénile</i>	0	55	777
Densité de psychiatre (ensemble des modes d'exercices) pour 100000 habitants (source : DREES)	10,1	22,8	22,9

Le taux d'équipement en psychiatrie dans le département est inférieur aux moyennes régionales et françaises, qu'il s'agisse du nombre de lits d'hospitalisation complète ou de l'équipement global. Le département ne possède pas de place en Accueil Familial Thérapeutique (AFT).

Nous voyons que sur ce territoire très hétérogène, les politiques destinées à des publics spécialisés (personnes handicapées, personnes âgées, jeunes) mettent en avant les problématiques d'hébergement et/ou de santé mentale rencontrées sur le territoire.

LE DEPARTEMENT DE L'AIN

- Un territoire fragmenté, hétérogène
- Des dispositifs spécialisés pour des publics particuliers mettant en avant les problématiques d'hébergement et/ou de santé mentale
- Visibilité des parcours « cycliques »

Avant d'aller plus loin...

Ce rapport souhaite tenter d'apporter des pistes de compréhension, de réflexions et propositions d'actions sur l'accompagnement et l'hébergement de personnes ayant des problématiques de santé mentale. Il s'intéresse notamment aux éléments pouvant faciliter ou provoquer des ruptures dans le parcours de personnes ayant des problématiques de santé mentale au sein des CHRS. Ainsi, l'étude porte sur les problèmes rencontrés au sein des structures dans la prise en charge de ce public, et non pas sur les structures en elles-mêmes.

Rappelons que cette étude a eu lieu sur une période courte (4 mois), sur l'ensemble des 5 CHRS du département qui présentent chacun leurs spécificités, précisées lorsque cela paraît pertinent. Chacun des constats avancés dans ce rapport ne se retrouve donc pas dans l'ensemble des CHRS du département.

Les entretiens ont été réalisés avec une quarantaine de personnes étant ou ayant été hébergées en CHRS, à un moment de leur vie, et leurs paroles ne peuvent être généralisées à l'ensemble des personnes hébergées en CHRS, ni à l'ensemble des personnes ayant des problématiques de santé mentale.

II. La population cible : Des parcours singuliers

Dans la commande de l'étude, le public cible était déterminé comme les personnes « cycliques », ayant des problématiques de santé mentale et/ou d'addictions, passant d'un CHRS à un autre, passant également par le CPA et la prison, sans que de solutions durables puissent être trouvées.

Cette catégorie des personnes identifiées comme « ayant des problématiques de santé mentale » ne repose sur aucun critère objectif, la définition des personnes rentrant dans cette catégorie n'étant pas réalisée par des professionnels de la santé mentale mais par des travailleurs sociaux au quotidien.

TROUBLE MENTAL

Ils ne peuvent être caractérisés que par un diagnostic médical basé sur des manuels de référence (DSM IV – CIM10). Se manifestant sous différentes formes, ils se caractérisent généralement par un ensemble anormal de pensées, de perceptions, d'émotions, de comportements et de relations avec autrui. Parmi les différents troubles mentaux, on retrouve les troubles psychotiques, les troubles dépressifs caractérisés, les troubles anxieux, les troubles du développement y compris l'autisme, etc.

cannabis, à l'alcool ou à l'héroïne. Si certaines sont suivies, la majorité semble ne pas l'être.

Mais de nombreuses personnes rencontrées présentaient des problématiques de santé mentale (cf. encadré santé mentale) qui ne relèvent pas de problématiques psychiatriques, de troubles mentaux. Les signes de mal-

SOUFFRANCE PSYCHIQUE, Rapport Parquet, 2003

« Produit une altération plus ou moins grave des compétences, du désir de vivre ensemble et nécessite une prise en charge en santé mentale (...). Elle ne se retrouve pas seulement chez les personnes en situation d'exclusion et de précarité mais revêt chez elles une importance considérable car elle gêne leurs efforts de réinscription dans la société ».

les états anxieux, l'incapacité à se projeter dans l'avenir et l'inscription dans l'immédiateté, couplés avec la solitude affective, sociale et relationnelle, l'incapacité à demander de l'aide, les conduites agressives, d'évitement ou de repli, la baisse de l'estime de soi, les conduites addictives de compensation, le déni de sa propre souffrance et de celle des proches, les troubles dépressifs...

SANTÉ MENTALE

« La santé mentale est un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. Dans ce sens positif, la santé mentale est le fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté. » OMS

Très rapidement, il s'est avéré que ce public cible regroupait des **personnes aux parcours et aux problématiques très différentes**. Certaines personnes rencontrées ont une pathologie psychiatrique diagnostiquée (cf. encadré trouble mental), ont été ou sont encore suivies en psychiatrie. Si certaines sont sous traitement et stabilisées, d'autres personnes nécessiteraient vraisemblablement un suivi psychiatrique mais ne souhaitent pas aller ou retourner vers le soin.

De nombreuses personnes ont d'importantes problématiques d'addictions, qu'elles soient au

être et de souffrance psychosociale sont très prégnants (cf. encadré souffrance psychique). Il ne s'agit alors pas là d'un trouble mental, mais de symptômes souvent réactionnels à des causes sociales, affectant négativement la santé mentale. (Voir en annexe 4 ressources sur la santé mentale)

Ainsi, d'avantage que le critère de trouble mental avéré ou non, nous prenons l'entrée des personnes ayant réalisé plusieurs allers-retours dans leurs parcours entre les différents CHRS, la psychiatrie, la prison, et pour lesquelles ces allers retours semblent liés à des problématiques de santé mentale. Ce n'est donc pas par le biais de l'existence avérée d'un trouble psychiatrique que nous avons enquêté les personnes, mais par les ruptures qu'elles avaient connues dans leur parcours d'hébergement et de soins, renvoyant à des problématiques de santé mentale.

Parmi les hommes interrogés, la moitié d'entre eux ont déjà été hospitalisés en psychiatrie. Sur les 33 hommes, 25 sont déjà allés en CHRS dans le passé. Concernant les addictions, 22 hommes ont ou ont eu des problématiques d'addictions, et 7 personnes disaient n'avoir aucune problématique additive.

Ainsi, si la catégorie de personnes ayant des problématiques de santé mentale n'est pas objectivable, les personnes interrogées rentrent bien dans cette population cible identifiée par les CHRS, personnes ayant de nombreuses ruptures dans leurs parcours d'hébergement semblant être liées à des problématiques de santé mentale et/ou d'addictions. Le public mettant en échec les structures d'hébergement par des ruptures successives dans leur parcours, semblant lié à des problématiques de santé mentale, ne représente pas une catégorie homogène de personnes. Il s'agit d'une population hétéroclite, difficilement catégorisable, pour lesquelles le parcours d'insertion est mis en échec.

Les personnes identifiées comme « cycliques », tournant de structures en structures, sont majoritairement un public d'hommes isolés. Selon les chiffres du Service Intégré d'Accueil et d'Orientation (SIAO), en 2017 la part des hommes isolés parmi les demandes d'hébergement d'urgence était de 70%, dont 47% de 18 à 35 ans et 36% de 36-45 ans. Les hommes isolés représentent 56% des personnes admises en hébergement d'urgences. 25% des personnes en liste d'attente pour un hébergement d'insertion sont des hommes isolés, et 53% de la liste des logements accompagnés

Dans cette première partie, nous avons choisi de laisser la place à leurs histoires et à ce qu'elles en disent. En [annexe 5](#), plusieurs schémas de parcours de personnes avec lesquelles ont pu avoir lieu des entretiens permettent d'entrevoir la diversité des parcours. Notons que cet historique complet des différents hébergements et raisons des ruptures n'a pu être réalisé de manière détaillée qu'avec les personnes pour lesquelles cela semblait « supportable » (l'historique de l'hébergement et des ruptures n'a pas été abordé de manière aussi détaillée avec les personnes en errance depuis de nombreuses années).

Les raisons évoquées du début de l'errance sont multiples et diverses. Une rupture avec la petite amie / femme, une rupture avec la famille, une sortie de prison, des impayés de loyer, un « ras le bol » de la société, le souhait de mettre fin à un parcours « institutionnel » de foyer de jeunes à CHRS, l'envie d'un nouveau départ, un licenciement, etc.

** « A 18 ans je suis parti de chez moi. Je me suis pris la tête avec mon père, à 20h, j'avais rendez-vous à 8h du matin et je suis resté jusque-là dehors, j'ai dormi à la rue. C'est là que j'ai commencé à vagabonder dans toutes les villes. Mais je n'ai pas passé trop de temps à la rue. J'ai toujours trouvé des solutions, pour le boulot et l'hébergement j'ai toujours trouvé des solutions. »*

** « Avant j'étais à XXX, chez moi, dans un appart à moi. Je suis sorti de prison, j'ai fait mes 6 mois de bracelet et quand mes 6 mois de bracelet sont finis je me suis barré. Je voulais m'écarter de tout ça, de la merde et tout. Je recommence à zéro, c'est mieux. J'ai trop de tentations là-bas. C'est moi qui ait décidé de faire ça comme ça après c'était peut-être pas la bonne solution. »*

**« Depuis combien de temps vous avez des problèmes d'hébergement ?*

- Ca fait depuis mes 17 ans. Avant j'étais placé. J'ai eu une fin de placement et tout à basculé. Tout a basculé, en fait ça avait déjà basculé avant. J'ai connu la rue avant, j'ai connu la rue à 15 ans parce que j'ai été viré d'un foyer, j'avais pas de parent chez qui aller, donc la première fois que j'étais à la rue j'avais 15 ans. »

** « Je suis parti à 14 ans de chez mes parents parce que j'étais battu. Je me suis sauvé. [...] Après depuis que j'ai 14 ans j'ai vécu soit dans la rue soit en prison et aussi en psychiatrie. »*

En grande majorité, les personnes rencontrées s'attribuent la responsabilité des « ruptures », « blocages » au sein de leur parcours d'hébergement et les assument.

**« Qu'est ce qui a bloqué dans votre parcours d'hébergement ? Mon comportement. Des fois je suis bien, des fois je gâche tout. »*

** « C'est moi qui ait merdé à fond je peux m'en prendre qu'à moi-même. »*

** Un monsieur qui a eu dans le passé trois appartements :*

« - C'est quoi qui a fait que ça n'a pas marché ?

- Moi-même. - Vous auriez besoin de quoi pour que ça marche ?

- Non ba simplement le fait qu'on me dise on va vous donner un coup de main on va essayer de voir pour quelque chose, vous voulez sortir du cadre et ba on va vous accompagner au moins le début. Je demande juste un petit coup de pouce, c'est tout. »

* « Moi j'ai pas l'ambition de finir à [Nom d'un CHRS] dans 10 ans comme un clochard c'est pas mon but. [...] Après moi j'ai eu ma chance c'est juste que j'ai bouffé ma feuille toute ma vie. J'ai fait le con j'ai pas fait le bon choix [...] En ayant donné une mauvaise image de moi certes des fois j'ai pas fait le bon choix mais des fois on m'a pas laissé ma chance. Mais y a pas mal de fois aussi ou je me suis pas laissé ma chance. Si de base je me l'étais laissé ma chance si je n'avais pas fait le con tout ça ca me serait jamais arrivé c'est pour ça que je dis c'est de ma faute j'ai pas fait le bon choix. »

* « Depuis l'âge de 18 ans je suis dehors je galère un peu. On m'a fait croire aux monts et merveilles sur plein de choses pendant longtemps, mais je me suis débrouillé pas mal de fois. »

Ce qui est vu comme une « rupture », problématique par les CHRS ne l'est pas toujours de la même manière pour les personnes. Les personnes « cycliques » identifiées par les CHRS sont souvent les plus « bruyantes » et visibles au sein de ces structures, mais d'autres qui ont un parcours d'errance entre plusieurs CHRS et départements de façon « silencieuse » ne sont pas forcément identifiées dans cette même catégorie. Pour les personnes interrogées, les « ruptures » de parcours ne sont pas forcément regrettées, elles semblent faire partie de l'expérience.

* « Je ne regrette pas ma vie honnêtement. Je regrette la prison et la psychiatrie mais le reste, la vie dans la rue... Tout ce que je regrette c'est de ne pas avoir la forme. Mais quelque part je continuerais je pense. Là je vais essayer de me poser de me soigner, après je vais garder un pied à terre mais je referais un peu la route quand je serais bien.

Mais vous allez garder un pied à terre ? Oui oui oui que quand j'ai envie d'être tranquille que je puisse être chez moi. Mais déjà faut que je me soigne, le but c'est ça. »

* « - Vous regrettez les allers retours entre les différents foyers.

- Ben c'est la vie. Faut voir le côté positif des choses. J'ai été viré mais de là ca m'a permis de me dire de la faut plus que je me fasse virer. Ça dépend comment on voit la vie en positif ou négatif. »

La décision de « sortir » de la rue et d'entrer dans les dispositifs d'hébergement est elle aussi basée sur diverses raisons

* « J'ai fait un peu des conneries, je me suis perdu en route, à cause de la mère de mon fils. Ça fait 10 ans que ça dure, je n'arrive pas à relever la tête. Elle m'a fait beaucoup perdre confiance en moi. Puis là j'ai des problèmes, j'ai vécu 6 mois dehors et j'ai des problèmes de santé donc je commençais à en avoir marre et j'ai dit bon ba on va retourner dans le social. »

* « Je suis venu ici parce que ça m'a vraiment soulé le délire galère et tout devoir chercher machin. J'étais vraiment dans une merde psychologiquement, parce que ça rend fou à force. Même quand on a le sommeil la nourriture et tout ça triture trop les méninges. »

* « J'étais en squat avec quelques potes de la rue on va dire ca comme ça.. Et puis j'en avais marre du squat. J'ai même vécu à la rue pendant 6 mois dans une tente en plein hiver, j'vous raconte pas, c'est chaud. »

Si leurs parcours sont tous singuliers, comme les raisons des ruptures dans ceux-ci, et la définition même des ruptures, la question de l'autonomie et la responsabilité des choix est assez prégnante dans le discours des personnes rencontrées. Notons également qu'elles semblent avoir une estime de soi assez dégradée. Ces premiers constats nous laissent penser que la question de la santé mentale et de l'autonomie devraient être des éléments déterminants dans l'aboutissement d'un parcours d'insertion.

LA POPULATION CIBLE : DES PARCOURS SINGULIERS

- Une population hétéroclite et difficilement catégorisable
- Des ruptures vécues sur un mode subjectif : auto-responsabilisation des « échecs »
- Une estime de soi qui semble assez dégradée
- Des problématiques de santé mentale variées, allant de la souffrance psychosociale aux pathologies psychiatriques avérées

→ Nécessité de prendre compte la santé mentale dans la perspective d'un parcours d'insertion et de ménager des espaces d'autonomisation.

III. Circulation entre les dispositifs du social : les interstices

L'objet de cette étude portant sur les allers et retours des personnes identifiées comme ayant des problématiques de santé mentale de la rue aux dispositifs, entre les différents dispositifs du social et du soin, l'étude se focalise sur les différents facteurs facilitant ou empêchant que ces passages s'opèrent, que ce soit sur un plan individuel ou institutionnel. Les facteurs mis en avant par la suite ne sont pas forcément problématiques pour des personnes ayant une santé mentale suffisamment bonne, mais peuvent l'être pour le public cible de cette étude, les personnes ayant des problématiques de santé mentale et/ou d'addictions.

1) Du « hors dispositif » aux dispositifs d'urgence

La majorité des personnes interrogées sont passées par la rue, quelques jours, mois ou années. Ces personnes ont vécu « hors » dispositifs d'hébergement, notamment en squat collectifs, en abri individuel (tente, squat individuel, garage, etc.), dans leur voiture, à la rue, chez des amis, etc. Plusieurs d'entre elles ont eu un parcours d'errance dans plusieurs départements, voir dans plusieurs régions. L'entrée dans les dispositifs d'hébergement, ou le retour pour ceux qui les ont déjà connus semble compliqué, demandant un effort important, une démarche active de la personne pour surmonter plusieurs obstacles :

• Trouver l'information

Plusieurs personnes ont expliqué la difficulté qu'elles ont eu à trouver les informations sur les dispositifs auxquels elles auraient pu avoir recours lorsqu'elles étaient à la rue.

** « Quand j'étais ici [...] je ne savais pas où aller, on m'a juste dit [...] va au FJT mais on ne m'a pas donné d'autres pistes que ça. C'est moi qui ait du parler à des gens, leur demander comment ils faisaient et au final j'ai trouvé. Moi je ne savais pas que les CHRS ça existaient avant, ni le 115. »*

** « Je ne connaissais pas [nom d'un CHRS]. Pendant 1 an, 1 an ½ après que je me sois séparé de ma copine je dormais dans ma voiture, j'allais chez des gens à droite à gauche, des fois je faisais des petits boulots et j'étais hébergé chez eux. Puis un jour un pote m'a accompagné chez une assistante sociale qui m'a justement parlé de [nom d'un CHRS], du coup on a appelé le 115 et puis voilà. »*

Ainsi, de nombreuses personnes expliquent avoir passé plusieurs mois en errance car elles ne connaissaient pas l'existence du 115, ne savaient pas à qui s'adresser pour être accompagné dans ce territoire rural. Si les cabines téléphoniques permettaient avant de diffuser l'existence de ce numéro, il semble aujourd'hui qu'il est de moins en moins connu. Seul 8% des demandes au 115 émanent d'un territoire dépourvu de CHRS²¹.

• Dépasser les représentations et expériences négatives

Solliciter un dispositif d'hébergement social nécessite également de dépasser ses préjugés et représentations négatives, et d'accepter de « s'identifier » au public accueilli dans ces dispositifs.

** Un Monsieur resté plusieurs mois à la rue : « Je trouve ça gênant pour moi, et puis j'ai été bien éduqué quand même dans ma famille, je me suis dit ce n'est pas ma place le social »*

** Un jeune qui a passé plusieurs mois à la rue : « Avant j'avais jamais appelé le 115 parce que j'avais l'image du truc de shlag de fou. [...] Genre à Lyon y a le 115 mais c'est un délire un peu, vous allez là-bas vous prenez peur, c'est pour une nuit, y a des shlags, c'est tout sale. [...] Je me suis dit non pour mon image personnelle non je rentre pas là-dedans je peux pas. Des zombies les gens je vous jure j'ai vu des zombies. »*

** Un Monsieur ayant passé plus de 15 ans à la rue : « Les CHRS vous ne vouliez pas y aller ? Non. Je dormais dehors ou dans les squats. [...] Même pour les trucs des infections et tout, moi je suis SDF depuis longtemps mais je nettoiais et j'entretenais là où je vivais. »*

Comme l'explique ce jeune, il semble parfois s'agir d'une tentative de préservation de son estime de soi, l'image renvoyée par ces dispositifs étant trop violente pour se l'attribuer.

La difficulté à trouver de l'information sur les dispositifs peut laisser place à de nombreux préjugés sur « le social », pouvant être alimentés par de mauvaises expériences vécues, par les personnes elles-mêmes ou d'autres personnes de la rue auprès desquelles elles ont pu glaner des informations.

²¹ Rapport d'activité 115-SIAO 01, 2016

* « - Vous étiez où avant ? A la rue pendant 6 mois sur Oyonnax.

- Vous n'aviez pas appelé le 115 ? Non parce que je voulais plus entendre parler du social. En fait j'étais dans un [structure sociale] pendant 3 ans je crois et ça c'est mal passé. Et un jour je suis allé voir une assistante sociale, elle m'a dit mais vous êtes français vous avez de la famille pourquoi ils ne peuvent pas vous héberger. Du coup j'ai pris le dossier je l'ai déchiré je me suis cassé. »

* « J'ai vu une assistante sociale qui m'a dit que les gens comme moi ça ne se réinséreraient pas. Après j'ai eu ma fille je suis reparti voir une autre assistante sociale qui m'a dit la même chose, que les gens comme moi ça se réinséreraient pas, et qui vous a demandé de faire un enfant. »

Ces représentations peuvent être un obstacle majeur à la sollicitation des dispositifs.

- **Rencontrer des dispositifs « d'aller-vers »**

Sur le territoire de l'Ain plusieurs dispositifs réalisent des maraudes. Ces dispositifs d'« **aller vers** » ont pour objectif d'une part de subvenir à des besoins élémentaires, d'autre part d'aller à la rencontre des personnes, de leur proposer une aide, et éventuellement de les orienter vers des dispositifs d'hébergement et d'accueil.

Sur Bourg en Bresse et sa périphérie, la Croix Rouge organise avec des bénévoles une distribution de boissons chaudes, de kit hygiène pendant la période hivernale. Sur l'année 2015-2016, ils ont réalisé 121 jours de maraudes, permettant d'établir 957 contacts avec des personnes à la rue soit environ 35 par semaines. Depuis l'an dernier, la Croix rouge a étendu son périmètre d'action sur le territoire de Gex.

Depuis septembre 2017, le Carrefour Santé Mentale Précarité organise des maraudes sur Bourg en Bresse et Ambérieu-en-Bugey une demi-journée deux fois par mois. Une infirmière psychiatrique de l'Equipe Mobile Santé Mentale et Précarité ainsi qu'une assistante sociale de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé vont à la rencontre des personnes en situation de précarité et essaient d'établir une relation de confiance facilitant le dépistage de problèmes de santé mentale. Ces interventions peuvent également permettre d'informer et d'accompagner sur les éventuels problèmes d'accès aux droits et aux soins rencontrés par les personnes. Enfin l'accueil de jour d'Oyonnax réalise des maraudes hebdomadaires depuis fin 2017.

Parfois réalisées par des intervenants sociaux, parfois par des bénévoles, ces maraudes semblent inégales selon les territoires. Plusieurs personnes ayant été en errance de nombreux mois ou années n'ont rencontré aucun travailleur social. Certains le regrette, comme ce Monsieur resté plusieurs mois à la rue :

« J'aurais bien voulu que quelqu'un vienne me voir, un groupe de personne qui regarde quelles personnes sont à la rue et essaye de les aider, faire un geste. »

En effet la rencontre de personnes « allant vers » permet d'atténuer la difficile expression d'une demande d'aide.

- **Exprimer une demande**

La majorité des personnes interrogées semble avoir intériorisé que la démarche de sortie de la rue « doit » venir d'elles-mêmes et qu'une demande « doit » être exprimée.

*« - J'y ai pas mis une bonne volonté j'ai toujours voulu me débrouiller tout seul. Quand je demande en général les gens ils m'aident mais j'ai pas demandé souvent.

- On ne vous a jamais proposé ?

- Pas vraiment non. J'y ai pas mis de bonne volonté. Et puis je vivais dans la rue, les rdv y en avait beaucoup qui sautait. Je ne pense pas qu'il y aurait pu avoir des choses différemment. C'est moi qui aurait du faire les choses différemment.»

*« C'était à moi de me bouger hein. Parce qu'on en a des structures. Moi je reproche rien à [nom d'un CHRS] ni aux CHRS. Faut que les gens ils se bougent c'est tout.

- Ouais mais c'est dur de se bouger des fois.

- Oui bien sur des fois psychologiquement moralement machin. Après voilà, on vient pas nous chercher dans la rue pour te dire maintenant allez viens on te sors de la merde.

- Et ça ne serait pas bien ? [...]

- C'est compliqué, il faut un minimum de volonté. C'est pas à vous de tout faire. »

MARAUDES

* La Croix Rouge pendant la période hivernale sur Bourg en Bresse et Gex

* Le CHRS d'Oyonnax de façon hebdomadaire

* Le Carrefour Santé Mentale Précarité 2 demies journées par mois sur Bourg en Bresse et Ambérieu

Cette nécessité intégrée d'exprimer une demande peut alors entrer en contradiction avec le souhait de s'en sortir seul dont font part les personnes lors des entretiens. Par ailleurs, certaines expriment que l'expression d'une demande n'est pas toujours sans conséquence sur l'estime de soi :

« Y a un moment ça te rabaisse le bonhomme de devoir demander de l'aide aux gens. »

Ainsi, il semble que les personnes interrogées s'attribuent une responsabilité personnelle sur le fait d'être resté à la rue, disant que la sortie de l'errance devait venir d'elles même, et qu'elles n'attendaient pas forcément l'action des associations. L'expression d'une demande d'aide peut être délicate, pouvant mettre à mal l'estime de soi déjà fragilisée de ces personnes en situation de précarité, notamment celles ayant des problématiques de santé mentale.

- **Rencontrer les personnes qui « prennent soin »**

Les accueils de jour existants dans le département peuvent être des portes d'entrée dans les dispositifs d'hébergement pour les personnes sans domicile. Rattachés aux CHRS, ces lieux restent souvent accessibles

ACCUEILS DE JOUR

* Tremplin à Bourg en Bresse du lundi au vendredi de 8h30 à 17h

* Choc Chaud à Bourg en Bresse pour les moins de 30 ans tous les matins de 9h à 12h sauf le mercredi

* ADSEA à Bourg en Bresse tous les jours de 9h à 17h pour les femmes

* CHRS d'Oyonnax : Tous les matins de 9h à 12h

* CHRS d'Ambérieu : tous les matins de 9h à 12h sauf le jeudi de 14h à 17h

même suite à une exclusion du CHRS ou un passage en hébergement ou logement.

Ces lieux où l'accueil est à bas seuil d'exigences, proposant un accompagnement ne reposant pas sur une obligation de contractualisation, ne nécessitant pas une demande, n'étant pas figés par des rendez-vous réguliers, etc. permettent de toucher des personnes plus éloignées des dispositifs, et ainsi de les informer et orienter vers les services existants.

Au sein de ces accueils de jour, un **lien** peut se créer avec des travailleurs sociaux, et favoriser l'entrée dans les dispositifs, comme l'explique le témoignage de ce jeune :

« - Pourquoi vous êtes resté en squat ?

J'ai appelé le 115 et ils voulaient me mettre au CHRS jeunes et j'ai dit non non non non non parce que je ne voulais pas me retrouver avec des gosses en fait. Parce que je pense que j'ai pas la même mentalité qu'eux, Comme j'ai trainé avec plus grand que moi. J'ai 21 ans. Et en fait là-bas c'est des 18 – 25 ans mais y a plus des 18 – 20 et en fait c'est pesant la mentalité là-bas c'est pas du tout comme ici.

- Au bout d'un moment vous avez quand même accepté..

- Ba ouais parce que j'en avais marre en fait, c'était la merde pour les douches, pour manger tout ça c'était la merde, au bout d'un moment. C'est [une travailleuse sociale d'un accueil de jour] qui m'a dit de toute façon t'as pas le choix t'essayes.

- Ah vous alliez à l'accueil de jour ?

- Oui tous les jours. X elle m'a dit t'as pas le choix t'essayes et si ça va pas tant pis. »

Dans ce récit, comme dans beaucoup d'autres, c'est la rencontre avec une personne encourageant à entrer dans les structures d'hébergement qui peut faciliter l'entrée vers le « social ».

« Un jour j'ai rencontré un ami de ma mère, il m'a dit faut te bouger, et je l'ai écouté, c'est lui qui m'a amené ici. Il m'a dit tu ne peux pas rester comme ça, je lui ai dit je sais bien. »

Dans le département, seul le CHRS de Gex et la structure de Bellegarde ne proposent pas encore d'accueil de jour. Les CHRS d'Oyonnax et Ambérieu ne sont ouverts qu'en demi-journée. Un Accueil de Jour devrait être créé à Gex prochainement. Si théoriquement, ce dernier devrait pouvoir accueillir les personnes en situation de précarité étant sur Bellegarde, il paraît peu probable que celles-ci se déplacent d'une quarantaine de kilomètres pour aller à l'accueil de jour de Gex.

- **Obtenir une place d'hébergement d'urgence adaptée / acceptable**

Le 115, service d'hébergement d'urgences, dans le département de l'Ain comme dans beaucoup d'autres, n'est pas en mesure de répondre à toutes les demandes d'hébergement, le nombre de places disponibles sur le territoire étant inférieur au nombre de demandes d'hébergement.

Sur l'année 2016, le 115 a reçu 6826 demandes d'hébergement émanant de 1639 ménages différents. 4871 demandes sont jugées valides, les autres étant refusées parce que les personnes sont hors département, déjà hébergées, ou qu'elles sont ressortissantes d'un autre pays. 54% (607 ménages) ont reçu une réponse positive, et 42% (468 ménages) ont reçu une réponse négative. Dans 95% des cas la réponse négative est due à une absence de place disponible. Ainsi, l'absence de place d'hébergement d'urgence disponible dans un département est une des raisons avancées au changement de département par plusieurs personnes :

** « Avant j'étais à droite à gauche dehors. Je faisais le 115. Je suis arrivé à Bourg parce que j'ai pas trouvé d'autres solutions ailleurs ni à Lyon ni à Grenoble, je dormais tous les jours dehors c'était chaud. J'ai essayé chez mon père ça c'est mal passé j'ai fini à la rue et j'ai appelé le 115 puis j'étais à droite à gauche. »*

** « Je bouge tout le temps, j'ai la bougeotte. [...]*

- Pourquoi vous bougez tout le temps ? Parce que vous aimez cela ?

- Nan c'est pas parce que j'aime, c'est parce qu'il y a pas de place. Je vous ai dit que j'ai dormi dehors. Quand y a pas de place je vais pas rester là-bas à ne rien faire c'est pour ça que je bouge pour essayer de voir s'il y a d'autre chose. »

Par ailleurs, 2% des réponses négatives du 115 à une demande d'hébergement font suite à un refus de la structure d'accueillir cette personne (ainsi que 3% à une offre inadaptée. Plusieurs réponses sont « neutralisées », principalement pour des heures tardives ou des problèmes de transport.) Sur l'année 2017, ces 2% représentent **144 réponses négatives données par le 115 qui sont liées à un refus de la structure, pour 60 ménages différents**. Ce pourcentage n'inclut pas les personnes ayant été refusées par une structure mais pour lesquelles une place a pu être trouvée dans une autre structure d'hébergement (il n'indique donc pas le nombre total de refus d'accueil de personnes fait par les CHRS), il s'agit bien des personnes qui suite au refus d'une ou plusieurs structures de les accueillir, restent à la rue. Ce sont souvent des personnes précédemment exclues des CHRS généralement pour des problèmes de comportement, souvent liés d'après les travailleurs sociaux à des problématiques de santé mentale, certaines personnes étant ainsi exclues de tous les dispositifs du département.

« Ils usent un département et puis changent de département » dit une éducatrice.

Une travailleuse sociale hors CHRS questionne :

« Il y a des personnes qui sont persona non grata dans tous les CHRS. Qu'est-ce qu'on en fait ? »

Il semble que les personnes exclues de tous les CHRS choisissent effectivement bien souvent de changer de département, provisoirement en attendant d'être de nouveau acceptées dans les structures de l'Ain, ou sans objectif de retour par la suite. D'autres retournent à l'errance dans le département.

** « J'ai refinis en galère. J'étais à 6 mois de ma majorité. J'ai vu que Paris c'était mort je suis redescendu à Lyon et j'ai commencé à me promener un peu partout en France, je suis allé à droite à gauche, à Marseille. J'ai fait des bêtises puis j'ai arrêté je me suis présenté dans un CHRS à Lyon. J'en avais marre de faire des bêtises je voulais faire autre chose. Ça c'était à mes 18 ans. »*

**Durant l'étude, un jeune avec lequel j'avais pu faire un entretien dans un CHRS en a été exclu après quelques semaines après avoir endommagé le matériel du CHRS dans un « coup de colère ». Il a par la suite été dans un deuxième CHRS, duquel il a également été exclu après quelques jours pour une raison quasi similaire. Rappelant le 115, on lui a signifié qu'il était « cramé » dans tout le département. Il est donc parti dans un département limitrophe. Ce jeune était déjà passé par plusieurs départements. Lors de l'entretien, il m'expliquait pourtant vouloir « se poser » et avancer.*

**Un autre jeune, en CHRS depuis plusieurs mois et en attente d'un prochain passage en appartement diffus, a également dégradé le matériel du CHRS et en a été exclu. Déjà exclu du CHRS jeunes plusieurs mois plus tôt, il a préféré rester à la rue que d'appeler de nouveau le 115, sachant qu'il est exclu des dispositifs accessibles à Bourg en Bresse.*

D'autre part, lorsque la réponse du 115 est positive, elle n'est pas forcément en adéquation avec la réponse attendue de la personne. Ainsi, sur les ménages ayant reçu une réponse positive, seulement 67% ont débouché sur une admission, 37% des ménages pour lesquels une solution avait été proposée l'ayant refusé. Les raisons de ces refus ne sont pas caractérisées, mais celles qui sont relevées par les intervenants sociaux du 115 sont notamment les questions de territoire (l'hébergement proposé est trop éloigné), du type d'hébergement (chambre partagée) et la présence de chiens. Un jeune explique :

« Ils m'ont proposé Bourg mais j'ai refusé j'ai dit je dois rester sur Oyonnax parce que j'ai pas d'argent. J'avais plus de chômage donc pas d'argent. Je ne pouvais pas me déplacer. Ambérieu ils m'ont dit on a une place faut que vous y soyez dans une heure, j'ai dit c'est pas possible je suis à Oyonnax faut que j'aille à Ambérieu j'ai pas d'argent et pas de moyen de transport. »

Par ailleurs, une seule place sur le département est adaptée à l'accueil de personnes accompagnées d'un chien, limitant ainsi l'accès à une partie de la population en errance ne souhaitant pas laisser leur animal, qui d'après les travailleurs sociaux ne sollicitent même plus le 115.

De nombreuses personnes rencontrées ont donc expliqué leur errance entre plusieurs villes ou départements par la nécessité de trouver une place, suite à une exclusion des dispositifs du territoire ou parce que celui-ci est saturé.

Pour les personnes en situation de précarité, notamment celles ayant des problématiques de santé mentale, le premier accès ou le retour dans les dispositifs d'aide peut être rendu difficile par la nécessaire recherche active d'informations sur les dispositifs, le dépassement de ses préjugés et représentations négatives. La nécessité d'exprimer une demande semble particulièrement compliqué pour ce public, pour lequel le lien social et la rencontre paraissent davantage aidant. Par ailleurs, ces personnes ayant des problématiques de santé mentale peuvent faire face à des refus de structure de les accueillir à nouveau suite à des problèmes de comportement lors de leurs derniers passages, favorisant ainsi la mobilité vers des villes ou départements où elles ne sont pas encore connues.

2) De l'urgence à l'insertion

L'hébergement d'urgence et d'insertion regroupent des modalités d'hébergement et d'accompagnement différentes, et des attentes différentes de la part des personnes hébergées.

- **Hébergement d'urgence et d'insertion : objectifs et fonctionnements** (schéma en annexe 6)

L'objectif de l'hébergement d'urgence est d'assurer « [...] un accueil, une mise à l'abri, une évaluation sociale et une orientation vers un dispositif adapté »²². Il n'y a pas de contrat, pas obligatoirement d'objectifs définis avec les personnes accueillies, il s'agit principalement de fournir un abri, immédiatement et sans condition, pour les personnes à la rue. Les places disponibles sur le département sont gérées par le 115, aucune admission ne peut se faire à la porte des CHRS comme cela était le cas dans le passé. Le nombre de place peut être augmenté, notamment durant la période hivernale. Au mois de décembre 2017, le département comptait 100 places pérennes en hébergement d'urgence auxquelles s'ajoutaient 61 places d'urgence hors CHRS dont des places hivernales.

Dans le département, cet hébergement en urgence peut durer 21 jours, renouvelable, notamment en l'attente qu'une place dans un dispositif adapté se libère, en hébergement d'insertion ou dans un autre dispositif (maison de retraite, résidence sociale, sous location, accès à un logement dans le droit commun, etc.).

« et là [selon les dispositifs souhaités] on sait qu'on est parti sur de l'urgence quasi indéterminée » explique un travailleur social.

La durée moyenne de l'hébergement d'urgences en 2016 sur le département est de 69 jours.

L'hébergement d'insertion a quant à lui pour objectif d'accueillir, héberger et accompagner des personnes qui s'inscrivent dans un projet de réinsertion sociale globale. L'admission en hébergement d'insertion est prononcée sur une durée déterminée, de 3 à 6 mois renouvelable en fonction de l'évolution de la situation (normalement maximum une année). Au mois de février 2018, le département comptait 181 places d'hébergement d'insertion. Pour obtenir une place en insertion, une demande doit être faite par le biais d'une fiche de liaison et transmise au SIAO qui centralise l'offre et les demandes sur le département. Dans cette fiche, le travailleur social doit faire des préconisations d'hébergement ou de logements adaptés pour la suite. Ces fiches peuvent être transmises par n'importe quel prescripteur du département : les hôpitaux, l'hôpital psychiatrique, les Points Accueils Solidarité, les accueils de jours, le Service Pénitencier d'Insertion et de Probation (SPIP), etc. qui rencontrent généralement

²² Site du département de l'Ain, consulté le 01/02/2018 [<http://www.ain.gouv.fr/l-hebergement-a1166.html>]

la personne sur des temps d'entretiens. Dans les CHRS, les personnes hébergées en urgences ont 21 jours (voir 42 si le délai n'a pas été suffisant) pour remplir une fiche de liaison. Lorsque la personne avait déjà une fiche de liaison, les préconisations peuvent évoluer au fur et à mesure de l'accompagnement.

L'accès à un hébergement d'insertion n'est pas conditionné au passage en hébergement d'urgence, et la priorité n'est pas donnée aux personnes déjà en hébergement d'urgence. En 2016, 51% des ménages sont arrivés en hébergement d'insertion sans passer par un hébergement d'urgence, et 49% des ménages (soit 60 ménages) sont passés au préalable par un hébergement d'urgence (soit 57 ménages).

Dans le département, contrairement à d'autres, tous les CHRS font de l'hébergement d'urgence et d'insertion. Les structures essaient cependant d'organiser différemment leur accueil pour ces deux publics, entre le diffus, le regroupé et le collectif : Au CHRS « A », tous les hébergements d'insertion sont passés sur des logements en diffus, et ne restent dans la structure collective que les logements en hébergement d'urgences. Au CHRS « B », pour les femmes et les jeunes, les personnes peuvent être à deux dans le studio lorsqu'elles sont en hébergement d'urgence, alors qu'elles bénéficient d'un studio seul lorsqu'elles sont en insertion. Ces organisations internes aux CHRS évoluent beaucoup. Notons toutefois que pour l'instant il n'y a plus d'hébergement d'insertion en structure collective (CHRS « A ») dans le département, l'offre d'hébergement d'insertion se décline sous la forme d'hébergement en logement diffus et en structure regroupée (CHRS « B » femmes et jeunes, CHRS « C »). L'hébergement d'urgence se décline en hébergement au sein de structures collectives, regroupées ou en logement diffus. L'accompagnement éducatif relevant de l'hébergement d'insertion doit répondre aux mêmes critères quel que soit la structure dans laquelle la personne est hébergée, tout comme l'accompagnement éducatif relevant de l'hébergement d'urgence.

- **L'insertion en mode projet et sa temporalité**

Pour que l'entrée dans les dispositifs d'hébergement d'urgence débouche sur autre chose qu'une mise à l'abri provisoire, plusieurs conditions nécessitent d'être réunies, parmi lesquelles la formulation d'un « projet ». Une personne arrivée en hébergement d'urgences a donc 21 jours, éventuellement renouvelables, pour remplir une fiche de liaison pour une demande d'insertion, afin de sortir de l'urgence. Cette durée était auparavant de 7 jours, mais a été augmentée en accord avec les acteurs de l'hébergement.

Ce délai de 21 jours peut toutefois toujours être trop court pour des personnes restées en errance plusieurs mois ou années, qui ne sont pas toujours en mesure de se projeter dans l'immédiat. De nombreuses personnes expriment le décalage entre les attentes de l'institution et les leurs : Le CHRS leur demande effectivement de se projeter, à un moment où ils semblent essayer de se « poser » et de se reposer, s'adapter au changement de rythme entre la rue et un hébergement dans une structure sociale. La rue offre un autre rythme de vie, les priorités sont très concrètes, il s'agit de veiller à trouver un moyen de répondre aux besoins primaires, trouver un endroit pour la prochaine nuit, de quoi manger, se laver. Nul besoin de se projeter plus loin que la nuit qui vient, en tout cas nulle obligation de le faire, les personnes sont seules décisionnaires de leur emploi du temps, choisissent d'être ou non en collectif, et s'organisent comme elles le souhaitent. L'arrivée en structure d'hébergement change cette organisation quotidienne, qui peut être une routine depuis plusieurs mois ou années. Dans la structure, il n'y a plus le besoin de s'occuper de répondre aux besoins primaires, mais il faut répondre à de nouvelles règles : être à l'heure à un rendez-vous avec l'éducateur, remplir des papiers, relancer des démarches, supporter le groupe, etc. Ce changement de rythme de vie peut nécessiter du temps.

** Un jeune qui parle d'une arrivée en foyer après une longue période d'errance : « Je me suis présenté là-bas une première fois j'ai pas trop compris ce que j'avais à faire parce qu'on perd les habitudes. On arrive de vie complètement différente des gens. Genre les gens ils vont se lever ils savent ce qu'ils ont à faire aujourd'hui. Moi je sais ce que j'ai à faire mais faut que je le trouve, faut que je trouve où est ce que je vais dormir ce que je vais manger comment je vais m'habiller comment je vais me doucher etc. »*

Ainsi, cette injonction au projet, aux démarches à l'arrivée dans une structure est alors souvent vécue comme une violence par les personnes les plus éloignées des dispositifs, et peut être à l'origine de ruptures de parcours, notamment pour des personnes ayant des problématiques de santé mentale, comme l'expliquent ces personnes ayant été à la rue plusieurs années :

**« Beaucoup de personnes ont besoin de se reconstruire mentalement, physiquement et tout parce que les mecs ils sont à la rue ils sont au bout de leur vie, les mecs ils viennent d'arriver ils se posent juste et y a deux jours qui sont posés « ouaiiis t'as fait tes papiers » ? Comment tu veux que le mec il reste ? Oh je viens de quitter la rue parce qu'on m'agressait je reviens ici dans une structure on m'agresse aussi pareil. D'une façon différente, mais tu comprends ce que je veux dire. »*

** « - Vous avez essayé plusieurs fois de sortir de la rue ?*

- Ouais après je ne dis pas que c'est les associations ou quoi, ça venait peut être de moi. Rien que pour faire les papiers c'est compliqué. Nous on n'a pas d'heure on n'a pas de tout ça, on n'a pas d'obligation. Et d'un coup vous vous retrouvez avec plein de trucs et waaa ça peut être effrayant pour certains. Et pour d'autres nan mais pour certains ça peut être effrayant. »

Les professionnels, contraints de rentrer dans cette logique, la dénonce par ailleurs, expliquant qu'avec les personnes les plus exclues plus de temps et d'accompagnement sont nécessaires pour qu'un projet autre qu'une sortie de la rue puisse émerger.

**« La mise à l'abri est déjà un projet pour certains. » rappelle un travailleur social.*

** Un autre travailleur social : « C'est un peu une violence pour les gens de devoir trouver un projet. C'est violent. »*

Pour les personnes en situation de précarité comme pour les travailleurs sociaux rencontrés, quelqu'un qui n'a pas de projet autre que de la mise à l'abri a peu de probabilité de passer dans un autre dispositif à la fin de la période d'hébergement d'urgence, comme semble l'avoir compris cette personne ayant fait de nombreux passages dans les CHRS du département :

« Tu veux faire quoi, le mec tu vas le voir 21 jours, tu veux avoir le temps de quoi faire en 21 jours. Les ¾ des mecs pour certains qui sont un peu faible on va leur donner de l'espoir. Et puis au bout de 21 jours on va lui dire ah ba non Mr on ne peut pas vous garder. Il va y avoir encore combien de mecs qui vont se faire cramer la tête à cause de conneries comme ça ? Là c'est sûr ils vont faire du chiffre. Mais du résultat il va y en avoir combien ? »

Cela pourrait donc amener à des « fins de prise en charge » des personnes les plus « installées » dans la précarité, sans qu'il semble possible actuellement de les quantifier, plusieurs personnes partant d'elles-mêmes des structures avant la fin des 21 jours, sachant qu'elles ne peuvent répondre aux exigences attendues, n'étant pas prêtes à se projeter.

**Une équipe de CHRS me parle d'une personne accueillie dans le passé, qui n'a pas été renouvelée faute de projet. « Il attend de mourir, c'est ça son projet. Il n'a pas de projet « entendable » donc n'a pas été renouvelé. Avec un peu de temps, il y arriverait [à construire un autre projet] »*

** Un jeune explique le non renouvellement de sa prise en charge : « Je voulais repartir à zéro mais j'ai bouffé la feuille. J'ai pas fait mes démarches, tout ça, dans un délire perdu et tout. J'ai refini en galère. C'est pas que je voulais pas faire, en gros j'ai pas été renouvelé. Parce que j'avais rien, j'avais pas avancé. Et puis même j'avais trop de trucs à faire, j'avais plus du tout de papiers. »*

Une professionnelle du social hors CHRS constate :

« [pour aller en CHRS] Faut être le haut de gamme du clochard, savoir ce que tu veux faire, ce qu'est ton projet. »

Plusieurs professionnels s'accordent par ailleurs à dire que l'accompagnement est différent selon que la personne soit en hébergement d'urgence ou d'insertion.

** « On n'investit pas l'accompagnement pareil parce qu'on sait que cela ne va durer que 21 jours. »*

Du côté du SIAO, il est précisé qu'il n'y a pas d'injonction au projet de vie, mais uniquement à un projet de sortie de l'urgence dans lequel pourra être travaillé un projet de vie, le responsable expliquant qu'il n'y a pas de fin de prise en charge prononcée lorsque les personnes n'ont pas de projet. Ce n'est toutefois pas comme cela que semble perçue la question du projet par les travailleurs sociaux et personnes hébergées interrogées, comme exprimé ci-dessus.

Cette question de l'injonction au projet, qu'elle soit réelle ou non mais qui est ressentie, peut être un obstacle important pour les personnes en situation de précarité les plus éloignées des dispositifs d'hébergement, pour les personnes ayant des problématiques de santé mentale, et être à l'origine de « ruptures » dans leurs parcours, la temporalité administrative étant trop éloignée de leur propre temporalité.

- **La définition du projet**

Lors du remplissage de la fiche de liaison à destination du SIAO pour accéder à un hébergement ou logement adapté, plusieurs modalités d'hébergement et de logement sont proposées (cf. encadré). Le prescripteur coche la case adaptée, et le SIAO recontacte le prescripteur si la préconisation ne semble pas adéquate au vu des autres éléments du dossier.

La place de l'utilisateur dans la définition de son projet personnalisé d'hébergement ou de logement (au moment du remplissage de la fiche de liaison et par la suite) est très variable et semble dépendre de plusieurs facteurs :

PRECONISATION – FICHE DE LIAISON

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> CHRS regroupé | <input type="checkbox"/> ALT |
| <input type="checkbox"/> CHRS Collectif | <input type="checkbox"/> AVDL |
| <input type="checkbox"/> CHRS Appartement diffus | <input type="checkbox"/> Logement public |
| <input type="checkbox"/> Résidence sociale | <input type="checkbox"/> Logement privé |
| <input type="checkbox"/> Maison relais | <input type="checkbox"/> Autre |
| <input type="checkbox"/> ALT Bail glissant | |

- **L'absence de document de référence partagé**

Aucun document de référence ne semble exister sur les différentes structures du département et leurs modalités spécifiques de prise en charge pouvant permettre aux prescripteurs d'affiner les propositions adaptées à la personne (réalité de la présence éducative, médicale, de l'accompagnement dans les différentes structures). Ainsi, il n'y a pas de base de connaissances du territoire partagée entre les différents travailleurs sociaux des CHRS, les assistantes sociales des CMP ou de l'hôpital psychiatrique, les référents des Points d'Accueils Solidarité, les référents RSA, etc. et toute la variété de professionnels pouvant transmettre des fiches de liaison au SIAO.

- **Le temps et la relation entre le prescripteur et la personne**

Le remplissage d'une fiche de liaison sera également différent lorsque le prescripteur n'a rencontré la personne que quelques fois en entretiens (comme cela peut être le cas pour les fiches de liaison remplies sur des accueils de jour, en prison, etc.) ou lorsqu'elle est réalisée par un travailleur social de CHRS qui accompagne la personne depuis plusieurs jours au quotidien, ou d'une assistante sociale de secteur qui suit un ménage depuis plusieurs mois.

- **Les pratiques des professionnels**

Quand certains professionnels expliquent les différents types de structures et celles qui selon eux semblent adaptées à la personne, d'autres prescrivent un type d'hébergement qui leur semble adapté sans que la personne soit réellement consultée.

Pour les personnes elles-mêmes, aucun document de référence présentant les différents types d'hébergement et d'accompagnement dans le département ne semble exister. Aucune des personnes rencontrées ne fait la différence entre les CHRS, Foyer d'Accueil Médicalisé, résidence sociale, etc. qui sont souvent regroupés sous le terme générique de « foyer ».

Plusieurs personnes rencontrées semblent satisfaites de pouvoir « confier » ces préoccupations de logement à un travailleur social qui va se charger des démarches. Pour d'autres, et peut être davantage les personnes ayant des problématiques de santé mentale, leur faible participation dans les décisions sur leur parcours d'hébergement et de logement est vécue comme une **contrainte**, quelque chose d'imposé qui met à mal leur possibilité d'autonomie, comme nous le verrons par la suite.

L'entrée dans un hébergement plus pérenne après un hébergement d'urgence nécessite d'après les personnes et travailleurs sociaux la capacité de définir un projet, dans une temporalité limitée. Pour des personnes ayant des problématiques de santé mentale, cette injonction au projet (réelle ou non, mais ressentie et exprimée telle quelle par les personnes) peut être très compliquée, notamment après un long parcours d'errance où leurs préoccupations étaient davantage la survie au jour le jour. La participation aléatoire des personnes dans la définition de ce projet peut également mettre à mal leur souhait d'autonomie et être à l'origine de ruptures.

3) De l'insertion à la sortie du dispositif / D'un CHRS à une suite

- **Temporalité et hébergement d'insertion**

Sur l'hébergement d'insertion, la durée est de 3 ou 6 mois renouvelable, avec une limite théorique d'un an, afin que les personnes travaillent réellement un projet et ne « s'installent pas dans les structures ». Cette durée peut être trop courte pour des personnes ayant un long passé d'errance, pour lesquelles l'insertion prends du temps, qui ont besoin de temps pour se « poser ». La question de la temporalité des personnes, bien différente de la temporalité administrative, est encore avancée par les professionnels :

* Une professionnelle explique : « *Le temps qu'on puisse avancer, reculer, avancer, reculer, avancer c'est la fin, un an c'est trop court.* »

* Une autre : « *Il y a des fins de prise en charge alors que les gens ont besoin de temps. Maximum 1 an de prise en charge, sauf que cela passe trop vite pour des gens qui mettent 6 mois à se poser.* »

On observe le même discours chez plusieurs personnes restées en errance plusieurs années :

* « *Y en a qui chercheront à avancer. Y en a qui vont se mettre des balles dans le pied tout seul. Y en a qui vont se casser la gueule, qui vont regretter et qui vont vouloir recommencer et que peut être la deuxième ou troisième ou dixième fois ça va marcher. Après c'est pas facile non plus de sortir de la rue comme ça. C'est compliqué hein. Pour moi c'est très compliqué. On peut croire qu'on a envie, ou on peut l'avoir l'envie, et d'être sûr, mais une fois dedans y a la panique d'être tout seul, y a plein de trucs, parce que quand vous vivez dans la rue vous êtes toujours avec du monde. Après y a des angoisses qui s'installent. Après faut les combattre ces angoisses. [...] Une personne qui a erré pendant pas mal d'années elle ne peut pas s'installer comme ça du jour au lendemain c'est impossible. Après y en a peut-être que ça arrive mais sur ceux que j'ai connu où ça a été trop vite ils se sont recassé la gueule aussi sec. Ça a peut être mis 6 mois 1 an mais on se casse la gueule. C'est le temps qui peut plus laisser la chance aux gens. Faut pas trop trainer non plus, parce qu'après on se remet dans une autre routine quelque part. Mais après trouver le temps et vu qu'on est tous différent jamais ce sera pareil pour l'un ou pour l'autre.* »

Si pour beaucoup la durée d'un an peut être largement suffisante, elle semble pouvoir mettre en difficulté les personnes les plus éloignées de l'insertion, ainsi que les personnes ayant des problématiques de santé mentale, tout comme pour l'Accompagnement Vers et Dans le Logement (AVDL) lorsque les personnes accèdent au logement, dont la durée peut être inférieure à la préconisation faite par le travailleur social. Les accompagnements « longs » sont questionnés, les travailleurs sociaux doivent les justifier sans obtenir forcément les durées de prise en charge qu'ils préconisent. Il peut alors y avoir, par ces contraintes temporelles, des fins de prise en charge qui ne font sens ni pour la structure ni pour la personne accompagnée.

Par ailleurs, cette durée maximale, évoquée par les CHRS lors de l'admission, peut créer une « pression » supplémentaire chez les personnes hébergées, et suscite chez certains des inquiétudes :

« *Ca fait 8 mois. J'ai passé 7 mois [...] en colocation. Faut prendre sur soi tout le temps. J'ai pris sur moi pendant 7 mois pour ne pas être énervé avec les autres personnes. Je commence juste à me poser et me reposer. Et je pense déjà à mon futur appartement : est-ce que le CHRS va me laisser assez de temps pour que je mette de côté, où est ce que ça va être situé (j'espère pas dans les quartiers qui craignent). Au milieu de tout ça il faut aussi se relever, parce que si je suis arrivé ici c'est pas parce que j'ai vu de la lumière.* »

Cette temporalité limitée, là encore réelle ou supposée, est très intégrée par les personnes et peut donc créer un obstacle supplémentaire pour celles étant le plus en difficultés, à un projet d'insertion.

- **Un projet de logement à négocier, entre les représentations des professionnels et celles des personnes**

Les représentations des professionnels et des personnes hébergées sur le logement sont très différentes, et entrent parfois en contradiction. Tout comme dans l'étude réalisée par David Laumet²³ dans des accueils de jour de la région Grenobloise, dans les CHRS l'accès au logement semble également conditionné à la représentation que se font les travailleurs sociaux de la **capacité de leur public à occuper un logement**.

²³ Laumet, D. (2013). *Le droit à l'épreuve du lien ? Pour une compréhension de la non-mobilisation du droit au logement opposable par les acteurs des dispositifs de l'urgence sociale grenobloise*. Science politique.

« Dans ces lieux, l'accès au logement et à l'hébergement est également conditionné à la représentation qu'ont les acteurs sociaux de la capacité de leur public à occuper un logement ou à tenir les exigences supposées des centres d'hébergement. De même, dépendra de ce qu'ils présupposent de la pertinence de la saisie ou de la demande de ce droit, à la fois en terme d'efficacité, qu'en terme de ce que les intervenants sociaux évalueront de ce qui sera « bien » ou de « bon » pour les accueillis. [...] L'intervenant social sait et décide. »

Les évaluations et projections des travailleurs sociaux ne sont pas toujours partagées et discutées avec les personnes concernées. Lorsqu'elles le sont, les choix des personnes ne sont pas forcément respectés, qu'il s'agisse des caractéristiques du logement (colocation ou non, avec qui) ou de la temporalité, la parole du travailleur social semble avoir plus de poids que celle de la personne, notamment lorsque les personnes ont des problématiques de santé mentale.

** « On peut plus m'aider parce que même dans un truc du social on me dit non ça va être du collectif ou du diffus. Je leur ai dit dès le début quand ils nous demandent à l'entrée c'est quoi nos but, pourquoi vous êtes dans cette galère-là, ils sont là pour aider ils sont là pour comprendre, vous voulez quoi aujourd'hui ba vous voulez un appartement, c'est pas je vais te mettre dans du diffus ou dans un truc que la personne ne veut pas. Pourquoi forcer une personne si la personne ne veut pas. »*

Les projections des professionnels sur la capacité des personnes à vivre dans un appartement, même dans une attitude protectrice et bienveillante, peuvent donc être un obstacle à l'accès au type de logement souhaité par les personnes. Concernant les personnes ayant des problématiques de santé mentale, les travailleurs sociaux semblent généralement davantage inquiets concernant leurs capacités à « habiter » en logement seul. Le manque de possibilité d'étayage au domicile semble souvent les amener à préférer le maintien sur une structure regroupée ou collective afin de pouvoir leur offrir davantage d'accompagnement.

Les choix des travailleurs sociaux sur les personnes qui peuvent accéder à un hébergement en diffus ou à un logement ne dépendent pas uniquement de ce qui semble adapté pour la personne, mais aussi de ce qui sera acceptable pour les voisins, les bailleurs, etc. : Face à une captation de logement difficile, les travailleurs sociaux sont contraints de faire passer en logement des personnes pour lesquelles ils supposent qu'il y aura moins de problème, avec le plus de possibilités prédites de « réussite ». Ce sont donc bien souvent les plus « insérables » qui sont « insérés » dans le logement en priorité.

Lorsque nous demandons aux personnes ce qu'il aurait fallu pour éviter toutes les ruptures dans leurs parcours d'hébergement, la réponse majoritaire est « un appartement seul ». Le logement est très souvent, dans leur discours, présenté comme la solution à tous les problèmes.

**« J'avais demandé un appart seul mais la cheffe elle a refusé. Parce qu'elle a dit qu'elle ne savait pas qui j'allais ramener là-bas.*

-Et vous qu'est-ce que vous en pensez ?

- Moi ça me frustre parce que je sais que je ne vais pas faire n'importe quoi. »

**« Quand je suis arrivé ici je leur ai dit je veux un appartement je veux me redonner ma chance. Je sais que je peux y arriver. Je sais je ne suis pas con quand même. Je sais que je peux y arriver, J'veux me ma chance. Ba non. On m'empêche. C'est pas l'instant c'est pas le moment c'est pas le moment. C'est quand je serais mort que ce sera le moment ? Je ne suis pas d'accord. Y a des choses que j'arrive pas à comprendre »*

Les personnes interrogées semblent avoir saisi ce qu'il « faut » mettre en place pour accéder au logement. Dans les représentations de ce qu'il faut faire, nous retrouvons la logique du « parcours en escalier » (qui fait passer la personne de l'accueil d'urgence, à l'hébergement d'insertion, à un logement de transition puis au logement) telle que décrite par Tsemberis en 2010²⁴ (visible en annexe 7). Dans leur discours, nous comprenons qu'elles doivent d'abord faire leurs « preuves » dans des structures collectives, « tenir » et montrer qu'elles sont capables d'accéder à un hébergement en diffus, puis montrer que cela se passe bien pour accéder à un logement seul.

Le passage par la structure collective comme une méthode d'observation des capacités de la personne à vivre seule ne semble pas poser problème à plusieurs personnes, comme l'explique ce jeune :

« Franchement moi je pense qu'ils ont raison de faire comme ça, on ne sait pas si les gens ils sont autonomes donc faut voir avant s'ils sont autonomes. Dans l'autre foyer c'était pareil pendant 1 mois

²⁴ Tsemberis, Présentation « Logement d'abord dans des contextes européens » réalisée par la FEANTSA, consulté le 03/03/2018 [http://www.drihl.ile-de-france.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Annexe4_Pr_sentationFEANTSA_cle213b5b.pdf]

j'étais en test, j'attendais puis j'allais avoir un appart. Je pense que c'est une bonne logique. Non j'ai pas eu l'appart, je me suis fait virer avant. »

Pour d'autres, notamment des personnes ayant des problématiques de santé mentale rencontrées, au contraire, cette période de « test » en vie collective dans les structures collectives ou regroupées est difficile à accepter :

** « Les goûts et les couleurs ça se discute pas, ni les opinions. Chacun fait comme il veut, c'est tout. On forge pas une personne en lui disant si ça va être comme ça pour toi. Non. J'suis pas une marionnette, j'suis pas un jouet. » [...] « Je vous le dis honnêtement à l'heure d'aujourd'hui je suis obligé d'accepter certaines choses que j'ai pas envie. Que j'ai pas envie. Ça fait mal. Mais voilà on est obligé de prendre sur soi et de laisser faire. C'est tout. »*

** « Laissez-moi tranquille, laissez-moi faire ma vie » s'énerve un Monsieur sur le CHRS Collectif. « Ils cherchent à nous pousser à la faute. »*

Le logement en diffus semble être également, dans les représentations des personnes un « test » avant le logement autonome :

« Ils ont voulu me tester avant de trouver un appart, ils m'ont mis en diffus pour voir si j'étais capable de gérer ou pas. Y a pas eu de souci là-bas. Enfin si, je me suis fait virer parce que j'ai invité quelqu'un alors que je n'avais pas le droit. J'ai pas respecté les règles et j'ai été mis à pieds deux semaines. Je suis revenu, je suis retourné dans l'appart et puis j'ai trouvé un appart dans le privé. »

Une erreur, une faute dans la structure regroupée ou collective peut ainsi mettre en échec le projet d'hébergement en diffus comme l'explique ce jeune :

« - Qu'est-ce qu'il vous aurait fallu à l'époque, pour que vous ne tourniez pas comme cela entre les CHRS ? Qu'est-ce qu'il aurait fallu pour vous à ce moment-là ?

- Il aurait fallu que je trouve un appart. La première fois à [un CHRS] j'allais être en diffus et du coup le dossier a été mis en standby.

- Parce que vous aviez fumé un joint ?

- Non y avait plusieurs conneries. [il détaille]

- Donc vous pensez que si vous aviez eu votre appartement..

- Je pense que si j'avais eu mon appartement en diffus ça aurait été. »

Ainsi, les représentations des professionnels et des personnes hébergées semblent assez éloignées, basées sur des représentations différentes de ce qui est nécessaire pour accéder au logement. Ces représentations ne sont pas toujours partagées et discutées, et paraissent à l'origine de nombreuses tensions. Les questions des choix, de la responsabilité de son parcours, de l'autonomie, qui paraissent saillantes à l'évocation du parcours d'errance sont alors mises à mal.

Les représentations des personnes sur le « parcours type » d'hébergement, sont toujours basées sur le modèle en escalier, malgré que celui-ci ne semble plus à l'ordre du jour dans le discours des professionnels. Tsemberis explique que ce parcours provoque stress et bouleversements dans le passage entre les différentes étapes, ce que nous avons pu également observer par les nombreuses ruptures ayant lieu dans ces périodes de transition. Il constate une absence de liberté, de choix, et l'absence d'intimité des personnes hébergées dans ce modèle. Ce système par étape, très couteux, peut prendre plusieurs années, les usagers se « perdent » entre les différentes étapes, ce que nous observons notamment chez la population cible de ce rapport, les personnes ayant des problématiques de santé mentale. Par ailleurs, ce même auteur explique que les compétences nécessaires dans les structures collectives ne sont pas nécessairement transférables à une vie en logement autonome, ce qui est également visible sur le territoire par le nombre important de ruptures de parcours une fois que les personnes ont accédé au logement.

• Le passage en logement seul

Le passage de structure collective ou regroupée à un logement « seul », qu'il soit en sous location, en CHRS diffus ou dans le droit commun, semble être une période très propice aux « ruptures » : départ du CHRS une semaine avant d'avoir le passage en diffus, hospitalisation en urgences en psychiatrie, destruction du matériel du CHRS quelques jours avant le passage pourtant tant attendu en hébergement diffus ou en sous location, etc. Les mises en échec lors de ce passage à un étage supérieur du parcours en escalier précédemment évoqué sont nombreuses. Une professionnelle analyse :

** « C'est difficile de se séparer. On ne se sépare que dans la crise pour ne pas avoir à se dire au revoir. »*

Il a été difficile d'analyser et de questionner les raisons de cette mise en échec peu de temps avant le passage en appartement avec les personnes rencontrées lors de l'étude.

Parmi les personnes les personnes passées en appartement diffus après une structure collective ou regroupée, plusieurs expriment l'insuffisance de suivi ressentie :

**« Moi j'ai un collègue ça fait 4 mois qu'il n'a pas vu son éduc, il pensait qu'il ne travaillait plus au CHRS. », Une fois que t'es plus au CHRS t'as plus de suivi, ou ils viennent te voir une fois de temps en temps quand ils passent dans le quartier. »*

**Un Monsieur qui vient de passer en appartement « Moi je ne pensais pas que c'était comme ça le social. On bazarde les gens dans des apparts et démerde toi. »*

Chez les professionnels, plusieurs expriment l'incompréhension des attentes des personnes en terme d'accompagnement lorsqu'elles quittent la structure collective pour du logement diffus, ainsi que le manque de temps dont ils disposent pour accompagner les personnes hébergées à l'extérieur pour les structures disposant également de logements regroupés ou collectifs.

Pour les personnes ayant accédé directement au logement diffus tel que cela est le cas avec des personnes rencontrées sur Gex ou Ambérieu, les modalités d'accompagnement en diffus ne semblent pas poser particulièrement de problèmes aux personnes rencontrées, y compris celles ayant un long passé d'errance.

Pour les personnes qui passent du CHRS à un autre dispositif avec moins d'accompagnement tel que les résidences sociales, ou à un logement de droit commun, plusieurs semblent regretter le non maintien des liens.

** « - Quand il m'a laissé dans mon appartement ils m'ont dit bon courage et essaye de pas de retrouver ici.*

- Vous auriez eu besoin de quelqu'un qui maintienne le lien ?

- Non. Ba si si de temps en temps quelqu'un qui appelle pour prendre des nouvelles machin, pour les papiers et tout. »

« - Vous voyez qui maintenant ?

- Personne. A part ma référente RSA que je vois une fois tous les 6 mois personne. Plus d'éduc plus rien. On m'a parachuté ici ça fait un moins et demi, j'ai vu personne. [...] Le CHRS m'a mis sur la route avec un coup de pieds au cul maintenant tu te démerdes, comme ils font avec tout le monde. Si y en a qui tiennent la route ils tiennent la route si y en a qui tiennent pas la route ben ils ne tiennent pas la route.

- Vous allez tenir la route ?

- Combien de temps ? Je suis pas stable [...], moi du jour au lendemain je peux prendre ma valise et m'en aller, ou péter les plombs n'importe comment. »

** « Il faudrait qu'ils aident mieux les gens. Qu'ils se retirent pas après quoi. Parce qu'ils disent on fait du social, c'est bien beau, mais qu'ils ne lâchent pas après. »*

C'est ainsi avant tout la question du **lien** qui semble être mise en avant, et de ce qui est maintenu ou pas par les travailleurs sociaux au passage d'un mode d'hébergement à un autre ou d'une structure à une autre, notamment après le passage par une structure collective ou regroupée : après plusieurs mois dans une structure au quotidien avec une équipe éducative, le passage à un accompagnement plus léger ou à l'absence d'accompagnement semble très difficile pour certains, qui paraissent le vivre comme un abandon, une rupture de liens.

- **La difficulté à « habiter » dans un logement autonome**

Des travailleurs sociaux extérieurs aux CHRS (Choc Chaud, ATMP, Assistantes sociales de l'hôpital) expliquent accompagner de nombreuses personnes rencontrant des difficultés de maintien dans le logement, notamment des jeunes et les personnes ayant des problématiques de santé mentale. Pourtant ici encore, le logement seul est demandé, attendu et souhaité par les personnes :

**« Les personnes hospitalisées au long cours vont souvent demander un appart parce que ça répond à une certaine normalité mais il a tenu 3 jours. C'est une coquille vide. On voit bien quand ils prennent un appart, il n'est pas décoré, pas habité, pas personnalisé. »*

Notamment chez les jeunes, les travailleurs sociaux constatent des personnes qui n'occupent qu'une pièce de leur appartement, n'investissent pas les lieux, ou invitent beaucoup d'autres jeunes pour ne pas y être seul,

n'étant pas forcément prêts à la solitude. Régis Mallet dans son mémoire sur les expériences de l'« habiter » pour des jeunes en errance accompagnés en prévention spécialisée²⁵ explique que le groupe est le premier lieu de refuge pour lutter contre la solitude et la dépression. Une travailleuse sociale dresse un constat similaire :

**« Pour nous le logement c'est le lieu de la sécurité où on va prendre soin de soi, etc. pour eux j'ai l'impression que c'est le sens inverse. S'ils se retrouvent dans cet appart quand ils ont poussé la porte c'est le néant qu'ils ont en face d'eux, la solitude, le sentiment que s'ils ne sont plus là demain personne ne viendra les pleurer. Ce qui les rassure c'est le lien social, et le lien social c'est la rue, c'est la gare, c'est l'hôpital. Il n'y a personne qui l'attend, il est seul dans cet appartement, et c'est insupportable. »*

Massimo Marsili, un psychiatre Lillois impliqué dans le programme du Chez soi d'abord, explique :

« Il y a quelques bénéfices secondaires de la rue : ta vie est remplie. Tu dois chercher un logement, y a toujours du monde autour. Le bénéfice de l'accompagnement vers le logement doit être plus fort que le bénéfice secondaire. Si je donne un appartement à quelqu'un qui a passé 28 ans à la rue, si je ne structure pas sa vie un peu, ça ne marchera pas. Il faut lui proposer des activités. Mon devoir en tant qu'acteur social c'est d'accompagner à mettre un sens. Ce ne sont pas les murs qui font sens à la précarité c'est la vie. L'accompagnement vers le logement c'est d'un côté les soins et de l'autre une boîte à outils, qui doit être adaptée à la personne. »

« Qu'est-ce qu'il fait pendant 16h s'il n'a pas d'amis, pas d'activités, de lien social. L'accompagnement vers le soin ce n'est pas que le soin. Il faut imaginer un parcours de vie qui donne un peu de sens à la vie. Faire un travail pour faciliter ce parcours. Travail, bénévolat, etc. Quelque chose qui rythme la vie. Pour une personne qui n'a pas d'activités le temps libre n'existe pas. »

Nous retrouvons également dans le discours de certaines personnes hébergées cette question du lien social :

** « C'est bien beau de filer un appart mais si t'as pas quelque chose pour te reposer t'as pas quelqu'un qui te motive tu te laisses crever dans ton appart quelque part, tu te laisses crever. [...] Si t'as personne derrière pour te filer un petit coup de main de temps en temps ba tu restes là. C'est ça que le CHRS n'a pas compris, que derrière ils ont pas une unité pour l'accompagnement des gens. Tu fais un stage au CPA tu sors du CPA t'as un suivi quand même derrière. Tu sors du CHRS on te file un appart t'as le RSA ba démerde toi mon gars. On va te filer des pistes pour bosser, te faire faire un CV nan nan nan. T'es sorti du contexte de CHRS c'est bon tu fais partie des statistiques. Si tu fais partie des statistiques des mecs qui se plantent la gueule ba tu te démerdes. »*

Concernant les jeunes, le mémoire précédemment cité analyse que les manières « d'habiter » de ce public ne sont pas prises en compte dans l'offre d'hébergement, qui propose donc des lieux « inhabitables » à « habiter ». Il explique que la consommation de psychotropes nécessite de l'énergie et du temps qui ne sont pas consacrés à des projets individuels d'insertion, et que « le mode impulsif, réactionnel, développé dans les prises de décision et la mobilité de ces jeunes rendent difficile un accompagnement classique par les acteurs de l'action sociale ».

Nous pouvons faire l'hypothèse que ce qui a été constaté chez ces jeunes en errance reste également dans une certaine mesure valable chez les adultes, notamment présentant des problématiques de santé mentale, pour lesquelles « l'habitat » proposé par l'institution semble tout autant « inhabitable », ce que nous développerons dans le prochain chapitre.

Actuellement, les mesures d'AVDL permettent un accompagnement de 3 à 6 mois par des travailleurs sociaux de personnes en errance, en sortie d'hébergement ou logement adapté afin de favoriser leur accès au logement. L'accompagnement peut être pour l'accès, le maintien, l'appropriation et l'investissement du logement, l'insertion dans le quartier. L'objectif est l'autonomie de la personne dans la prise en charge de sa situation de logement. Toutefois, cet étayage social ne semble pas suffisant pour une partie des personnes en situation de précarité, notamment celles ayant des problématiques de santé mentale qui nécessiteraient un accompagnement et un étayage médico-psycho-social.

La nécessaire définition d'un projet dans une temporalité limitée et la négociation entre les représentations des professionnels et des personnes hébergées sur la « capacité à habiter », la logique du « parcours en escalier »

²⁵ Mellet, R. (2016). Héberger l'errance : les expériences de l'habiter pour des jeunes en errance accompagnés en prévention spécialisée. (Mémoire DHEPS). Université de Strasbourg.

présente dans le discours des personnes et le besoin de faire ses « preuves » pour passer à un étage supérieur peuvent être à l'origine de ruptures notamment entre les différents « étages ». Les personnes ayant des problématiques de santé mentale semblent être celles pour lesquelles la « capacité à habiter en logement seul » suscite le plus d'inquiétude des professionnels, notamment face à l'impossibilité de mettre en place un étayage à domicile qui leur semblerait adapté. Le passage en logement seul pour les personnes ayant des problématiques de santé mentale est particulièrement difficile, les personnes n'arrivant pas toujours à « habiter » leur logement tant souhaité, préférant les bénéfices secondaires de la rue.

CIRCULATION ENTRE LES DISPOSITIFS DU SOCIAL : LES INTERSTICES

- Dépendance accrue des usagers aux intervenants et/ou structures d'hébergements
- Une importante demande de « compétences » (exprimer une demande, un projet...) tout au long du parcours, qui ne sont pas forcément transposables à une situation de vie indépendante
- La logique du parcours de réinsertion « en escalier » toujours présente et qui produit de l'exclusion notamment lors des transitions

∞ IV. Qu'est-ce que c'est que de « vivre » dans les dispositifs ?

Après avoir vu les éléments pouvant mettre en échec le passage d'un dispositif à l'autre et créer des ruptures notamment dans le parcours de personnes ayant des problématiques de santé mentale, nous souhaitons développer les difficultés que la vie au sein de ces espaces peut induire pour ces personnes.

1) Cohabitation entre le(s) public(s) précaire(s) / Epreuve de cohabitation

• **Le partage de l'espace individuel dans les lieux collectifs (CHRS collectif, regroupé, diffus)**

Les personnes qui partagent une chambre, un studio ou un appartement ne se choisissent pas, ne se connaissent pas forcément, voir se connaissent et ne se supportent pas. Ayant des parcours et problématiques différents, plusieurs expriment une « incompatibilité » des caractères avec leurs « colocataires ». Les problématiques de cohabitation sont mises en avant : alcool, violences, hygiène, santé mentale, etc. et expliquent certains départs ou exclusion du CHRS.

Ce partage de l'espace de vie censé être intime peut être traumatisant, comme l'expriment certains :

** « A un moment une fois on m'a envoyé dans un truc de fou, c'était une grande chambre La première fois tu rentres c'est dans un truc partagé le mec je l'ai vu quand je suis rentré dans la chambre c'était traumatisant. La première fois tu rentres tu te dis je vais boire un petit coup histoire de supporter. Le mec que j'ai vu il était vraiment fou presque, il faisait des gestes comme ça. Tu te dis putin comment ils me mélangent avec des gens, c'est chaud. Tu te retrouves avec des gens de prison, etc. »*

** « Après si t'es dans un appart et tout c'est pas pareil, c'est mieux. Tu te sens mieux tu dors mieux. Alors que des fois sur le collectif je faisais des cauchemars de malade, des trucs de fou carrément tu te lèves t'es traumatisé. Ouais puis tu te lèves à 7h alors que t'as pas dormi de la nuit parce que l'autre il a fait des bruits bizarres. Tu ne te sens pas en sécurité. »*

Tout comme la thématique de la santé mentale, la question de la cohabitation avec des personnes ayant des **addictions** et les difficultés engendrées ressortent beaucoup des entretiens :

« J'ai eu une coloc addict aux médocs, j'avais toujours peur de la retrouver morte le matin. Je dormais plus, je mettais mon doigt sous son nez pour vérifier qu'elle était toujours en vie, je l'ai retrouvé par terre. »

Par ailleurs, plusieurs personnes expliquent être toujours « sur leur garde », ayant en permanence avec elles les affaires auxquelles elles tiennent, ne pouvant pas se reposer, etc. La promiscuité et le manque d'intimité sont très difficile à supporter, et semblent à l'origine de souffrances psychiques chez des personnes ayant participé

aux entretiens. L'impossibilité de s'isoler est également très difficile, même pour pleurer comme l'exprime une personne :

« On n'est jamais posé quand on est en coloc. On est toujours avec son sac, son argent sur soi, etc. Il n'y a pas d'intimité réelle en coloc. C'est dur de s'isoler. Ça amène des contraintes quotidiennes en plus. Moi je me suis pas reposé, vraiment. J'étais à côté de la plaque. [...] On n'est jamais seule pendant tous ces mois. On a besoin d'avoir des moments pour se sentir seule, pour pleurer. »

La question de la cohabitation au sein d'un espace intime semble être une épreuve difficile pour les personnes interrogées. Ce manque d'espace « à soi » mettant à mal les possibilités de repos et d'intimité peut être néfaste pour la santé mentale des personnes. Pour celles ayant des problématiques de santé mentale, ces difficultés supplémentaires ne sont pas toujours supportables. Pour ceux qui cohabitent avec des personnes ayant des problématiques de santé mentale, les troubles surprennent, inquiètent, traumatisent.

- **La cohabitation sur la structure collective / regroupée**

Si plusieurs personnes indiquent ne pas avoir de problèmes avec la vie en collectivité de manière transitoire lors de leur passage en CHRS, d'autres expriment les difficultés qu'elles rencontrent à cohabiter. Le nombre de personnes dans la structure (allant du simple au double selon les structures), les possibilités d'autonomie dans les tâches de la vie quotidiennes, la possibilité de s'isoler, etc. sont des critères évoqués par les personnes pour expliquer ce qui leur est supportable et ce qui les met en difficultés.

Sur la structure collective d'un CHRS, les repas sont pris en commun, les toilettes et douches sont partagés, l'accès à la chambre est limité (chambre inaccessible de 8h30 à 17h30) et dépendant des travailleurs sociaux (seuls les travailleurs sociaux ont les clés des chambres), les allers et venues sont contraintes (pas de retour après 22h, week-end compris). Pour certaines personnes, notamment celles ayant des problématiques de santé mentale, la vie collective leur demande des efforts très importants.

** « Revivre en communauté c'est toujours un peu dur. Ça fait 2 mois que je n'ai pas mis les pieds à table. »*

**« J'ai demandé si ce n'était pas possible de prendre une nuit pour décompresser partir ailleurs, mais ce n'était pas possible. J'ose pas demander, je préfère faire comme certains et faire le mur. C'est ça t'as peur de demander quelque chose, tu ne veux pas t'énerver, ba voilà. »*

Sur les structures regroupées, le minimum d'autonomie assuré dans les tâches de base de la vie quotidienne (possibilité de cuisiner, de manger ce que l'on veut lorsque l'on veut, accès autonome à la chambre, pas d'horaires, pas d'obligations de temps collectifs pour les repas) semble rendre la cohabitation davantage supportable pour les personnes que la vie en collectivité met en difficultés.

Sur les structures collectives et regroupées, de nombreux aspects négatifs de la cohabitation sont mis en avant lors des entretiens : le bruit, l'hygiène des autres personnes hébergées, la violence, les vols, etc. qui sont également dénoncés par les travailleurs sociaux. David Grand, sociologue, explique au sujet des questions de violences, souvent abordées lors des entretiens avec les professionnels et les personnes :

« En hébergement, la violence est présente au quotidien. [...] Lorsqu'il s'agit de questionner ses causes, les intervenants ont tendance à responsabiliser les résidents. En somme, s'il y a de la violence, c'est parce qu'elle est en eux. Cet avis qui n'est pas sans fondement fait cependant l'économie d'un point important. La violence est une production sociale qui résulte des contraintes ainsi que des privations subies dans le temps présent. Notons parmi ces privations le fait que les résidents ne bénéficient pas comme tout un chacun de la régulation opérée par la combinaison du chez-soi, d'activités festives et sportives. En ce sens, la violence n'est pas aussi anormale qu'il y paraît²⁶. »

Des publics différents

Le « mélange des publics » est souvent questionné par les personnes hébergées, mis en avant dans l'explication des conflits, ainsi que par les travailleurs sociaux. Les professionnels expriment leurs difficultés à gérer dans le collectif les personnes ayant des problématiques de santé mentale et d'addictions, et les effets qu'elles peuvent engendrer sur le groupe.

« Je crois qu'on est tellement différent que ça crée des conflits. » explique une personne hébergée

²⁶ GRAND David, Être chez soi en hébergement ? Les paradoxes de l'hébergement pour les personnes sans domicile, VST - Vie sociale et traitements 2015/4 (N° 128)

« C'est difficile la mixité au sein de ces structures, on ne peut pas mettre quelqu'un qui travaille avec quelqu'un qui est bourré tous les jours. » dit une travailleuse sociale

« Ce serait bien que ce soit que pour les mères et les enfants. Mon fils de 9 ans me demande pourquoi la dame de 40 ans elle se fait pipi dessus. Des fois ils ont peur. Ce n'est pas adapté. Nous on est des adultes mais il y a des enfants. » explique une femme

Le partage des espaces avec des personnes ayant des problématiques de santé mentale peut en effet provoquer l'incompréhension, stress, peur, et être également à l'origine de départ :

« C'est très violent pour les autres de voir quelqu'un décompenser. »

« Ce qui m'interpelle le plus ce sont les personnes qu'on est obligé d'exclure pour la sécurité du groupe, cela arrive au moins 1 ou 2 fois par semaine »

« On a des personnes qui ne voulaient plus rester parce qu'elles ont peur des autres. »

Pour les personnes ayant des problématiques de santé mentale, comme pour celles qui vivent avec, la cohabitation peut être particulièrement angoissante, source de stress et d'anxiété.

La « surveillance » éducative

Dans les structures collectives et regroupées, le rapport avec les travailleurs sociaux n'est pas neutre. Plusieurs personnes expriment le sentiment d'être « sous surveillance », jugés, infantilisés, ce qui renvoie à la représentation de « ce qu'il faut faire » et ce qu'il « faut montrer » pour accéder au logement dont nous parlions précédemment, et du parcours en escalier. Les enjeux sont importants, et se ressentent au sein de ces espaces partagés. Au CHRS des femmes, un enjeu se rajoute en plus de l'accès au logement, celui des enfants : Les travailleurs sociaux semblent y être vus comme ceux qui peuvent « décider » du placement des enfants, au lieu de ceux qui peuvent accompagner dans l'éducation. L'estime de soi semble mise à mal par des rapports perçus comme infantilisant par les personnes.

**« On nous prend pour des imbéciles. Faites-ci faites ça. Je sais, j'ai 30 ans. Au bout d'un moment ras le bol. »*

**« C'est pas parce qu'on a un couac dans notre vie qu'on est stupide. On nous prend pour des débiles. On n'est pas stupide. »*

Par ailleurs, le non-respect de l'intimité est abordé à plusieurs reprises dans les entretiens quels que soient les CHRS par la question des espaces privés, et semble participer à ce sentiment de « surveillance ».

**« Ils rentrent avec leurs badges, ils fouillent, ils n'attendent pas qu'on ouvre la porte. »*

** « S'il leur prend l'idée de faire une fouille de chambre ils font une fouille de chambre. Mais bon comme les placards ont fermé à clé et les mecs ont leur cadenas. [...] Et ils sont là soi-disant pour ton intégrité, te protéger des agressions extérieures et tout, comment tu veux te reconstruire dans un endroit où t'as pas confiance, ou tu sais que le premier coup où tu te baisses pan t'y as droit. Tu laisses une grande feuille un bout de shit sur ta table les éducateurs ils passent le soir à 17h30 tu rentres Mr vous êtes viré. Imagines toi que tu rentres à 19h, te v'la beau. »*

**« Il faudrait qu'on arrête de nous questionner comme si on était des prisonniers. Venir à l'improviste à 22h frapper pour savoir si je suis là. »*

La Fédération des acteurs de la solidarité explique que la visite ou le contrôle de chambre doivent rester exceptionnels, le principe étant le respect du droit à la vie privée, à l'intimité, comme inscrit dans la loi²⁷. Des circonstances peuvent justifier l'entrée dans les chambres, mais elles doivent être exceptionnelles, réalisées avec l'accord de la personne. Dans le cas où l'intrusion est réalisée sans l'accord de la personne, il convient de lister les situations d'intrusion et les personnes habilitées à intervenir, et de les justifier. Les procédures doivent être définies, et les personnes doivent en être informées.

Les travailleurs sociaux expliquent ces pratiques par des soucis de gestion et de sécurité : lister les personnes présentes dans la structure au moment de la fin de service, lutter contre les éventuels trafics en vérifiant les

²⁷ La loi de 2002-2 garantit à toute personne accueillie « le respect de sa vie privée et de son intimité » (article L311-3 1° du CASF). Ainsi, la Fédération des acteurs sociaux précise dans son guide sur la rédaction des règlements de fonctionnement que « l'accès aux espaces privés, sans autorisation de son bénéficiaire, reste prohibé à toute personne de la structure. Le fait de pénétrer dans les locaux privés des personnes hébergées sans leur autorisation constitue une atteinte au respect de la vie privée et une violation de domicile sanctionnée pénalement (article 226-4 du code pénal). Il peut ouvrir droit à réparation (Cass. 3e civ. 25 février 2004, n° 02-18081, Bull. 2004, III, n°41). Il convient de s'assurer de ce que le comportement des personnels et/ou l'organisation de l'établissement ne conduisent pas à des intrusions injustifiées dans la sphère privée. »

chambres, vérifier la propreté et l'hygiène du lieu, etc. Ces dispositions semblent relever de décisions structurelles plutôt que de pratiques professionnelles, la question du droit des personnes étant peu mises en avant dans les règlements intérieurs comme nous le verrons par la suite.

Cette cohabitation au sein de lieux collectifs ou semi collectif avec des personnes très différentes, le manque d'intimité, le sentiment de surveillance, etc. peuvent être sources d'anxiété, de stress, d'hypervigilance qui pouvant être insurmontable pour des personnes ayant des problématiques de santé mentale. Ces contraintes de la cohabitation contrastent avec la liberté possible en situation d'errance vers laquelle préféreront donc retourner certaines personnes.

2) Le cadre comme outil de régulation et gestion du collectif

- **Des règlements intérieurs ne valorisant pas les droits des personnes hébergées**

Le règlement de fonctionnement est un outil de régulation et gestion de la vie collective. Contrairement au contrat de séjour, il est impersonnel. Il est censé être un cadre de référence des droits et devoirs de chacun. Ce document a été rendu obligatoire par la loi 2002-2 et sert à définir les droits de la personne accueillie, les obligations et devoirs nécessaires au respect des règles de vie collective au sein de l'établissement ou du service. Souvent peu visible dans les structures, il doit être signé à l'entrée dans l'hébergement par les personnes.

Même si le règlement de fonctionnement doit normalement préciser « *les informations sur les droits fondamentaux de toute personne prise en charge et les protections particulières, légales et contractuelles dont elle bénéficie, ainsi que sur les voies de recours à sa disposition* » (article L.311-3 6° du CASF), la question des **droits des personnes** est quasiment absente des règlements intérieurs des structures, qui se focalisent sur leurs devoirs et obligations. Tout comme le droit au respect de la vie privée et des espaces privés dont nous avons parlé précédemment, le droit de visite, qui ne semble pas mis en place dans les CHRS du département, a été abordé à plusieurs reprises dans les entretiens. La Fédération des acteurs de solidarité précise à ce sujet que « *Le droit de visite est un droit essentiel garantissant le respect de la vie privée et familiale. La personne hébergée doit avoir la possibilité de recevoir des personnes extérieures* » tout en expliquant que ce droit de visite doit être organisé pour respecter les exigences de la vie collective. L'impossibilité de recevoir des personnes, y compris dans les logements diffus, est notamment évoquée par les personnes ayant des enfants :

« Moi mes enfants je les vois qu'une fois par mois, si on me trouve à l'appart avec eux on va faire des histoires mais pourquoi, je ne vois pas en quoi ça gêne. Ba oui je préfèrerais qu'ils viennent me voir deux trois heures, autrement la journée il faut rester dehors dans le froid il faut aller dans les magasins, dépenser un max d'argent, etc. Mais qu'on puisse rester un peu à la maison faire des crêpes, un jeu de société, faire des trucs ensemble, mais on ne peut même pas, on est obligé de rester dehors toute la journée, avec un temps pareil... S'ils pouvaient accepter ça serait pas plus mal. Je ne comprends pas du tout ce système. »

Par ailleurs, les personnes expliquent que les règlements et sanctions sont figés, basés sur des expériences passées au sein du CHRS et ne sont pas remis en question en fonction des caractéristiques du groupe accueilli, leur laissant l'impression de subir les conséquences d'erreurs d'autres personnes.

Concernant les sanctions, les règlements intérieurs doivent normalement exposer l'échelle des sanctions proportionnée à la gravité des actes reprochés, la procédure contradictoire permettant à chacun de présenter ses observations, et les modalités de la procédure disciplinaire, comprenant les voies de recours de l'utilisateur. Il semble que les règlements intérieurs actuels des CHRS ne précisent pas les possibles voies de recours.

- **Des sanctions inefficaces et incomprises**

Les sanctions vont en théorie de manière progressive, de l'avertissement oral, puis écrit, à la mise à pieds de quelques jours ou semaines puis à l'exclusion, cette dernière pouvant toutefois être directe et immédiate suivant le problème rencontré. Il ne semble pas que d'autres sanctions soient appliquées, ni qu'il soit possible de négocier ou contester les sanctions. Les avertissements collectifs sont également utilisés, et ne font particulièrement pas sens pour les personnes accueillies. Concernant les mises à pieds, les professionnels

semblent mitigés sur la possibilité de « nouveau départ », certains expliquant qu'elles s'ensuivent souvent d'exclusions.

« Une personne qui a posé des actes, comment on la réintègre et dans quelles conditions ? »

La prise de décision concernant les sanctions est différente selon les CHRS, mais n'est pas toujours partagée entre les travailleurs sociaux et leur direction. Pour les professionnels et gestionnaires, à de nombreuses reprises la sanction paraît être utilisée d'avantage dans un souci de gestion et préservation du collectif que dans un but éducatif pour la personne sanctionnée.

Les sanctions face aux addictions

Les CHRS ont un règlement intérieur proscrivant la consommation voir la détention d'alcool au sein de la structure. Cela paraît difficilement compatible avec l'accueil de personnes ayant des problématiques d'addiction, ce qui est pourtant le cas d'une partie importante des personnes accueillies. Cette règle met en difficulté les travailleurs sociaux, qui se trouvent face à des **injonctions paradoxales** :

« On accueille quelqu'un on sait qu'il a une problématique alcool, et on va le virer 3 semaines après parce qu'on retrouve de l'alcool dans sa chambre. »

« Si on applique cette règle on exclut les ¾ du CHRS, alors on en discute ou on regarde ailleurs. »

« On ne va pas monter à ce moment là parce qu'on va le choper et qu'on va devoir le virer. »

« Ce n'est pas cohérent, on sait que la personne est alcoolique quand on la prend et on est sensé virer les personnes quand on voit qu'elles ont une bouteille. On l'admet en sachant qu'il est alcoolique... »

Les professionnels n'ont comme seul outil pour gérer cette question des addictions qu'un règlement intérieur applicable ou non, selon les moments, et selon les professionnels. La place accordée à la personne et son accompagnement vient bousculer ces règlements intérieurs : face à un règlement qui ne fait pas sens pour eux, les professionnels négocient les sanctions à appliquer en prenant en compte les particularités de la personne lorsque cela est possible. Cela les met régulièrement face à une prise de décision semblant davantage individuelle que portée par la structure, et plusieurs expriment que cette question de sanction des addictions les met en difficultés.

Du côté des personnes hébergées, les applications du règlement concernant les consommations sont vues comme aléatoires et suscitent un important **sentiment d'injustice** : une « échelle de gravité des addictions » semble se faire, notamment pour les personnes consommatrices de cannabis qui dénoncent des sanctions leur paraissant disproportionnées par rapport à l'alcool, malgré le fait que sa consommation soit illégale :

« Tu te fais chopper avec un pétard tu te fais virer on te voit avec une bière on ne te dit rien. »

Les **sanctions** face à des problématiques d'addictions, telle que les avertissements, mise à pieds ou exclusion est particulièrement incomprise. Elles semblent, de plus, totalement **inefficaces**, car ne sont que rarement accompagnées d'une orientation ou d'un accompagnement vers le soin.

**« Il y a des gens qui seraient prêts à me donner de l'argent pour que je leur vende de l'alcool. Donc mettre un avertissement pour qu'ils recommencent deux jours après... »*

**« Moi je fume depuis 39 ans, vous allez faire quoi, m'en interdire ? Pfff. Au lieu de m'interdire, aidez-moi. Encore une fois je leur ai dit, mais aidez-moi, qu'est ce qu'il faut faire pour être aider. Faut faire comment pour être aider dans cette maison ? Faut venir avec un jerricane de rosé sur l'épaule, une seringue dans le bras et un pétard dans l'autre ? Y a que comme ça qu'on est pris au sérieux ? »*

** Une personne qui a été mis à pieds 3 jours après que les éducateurs aient trouvé de l'alcool dans sa chambre « Moi je fais des efforts depuis que je suis ici franchement, ça a été dur. Les trois jours où ils m'ont mis à la rue, ba je me suis bourré la gueule pendant 3 jours. Donc ça n'a servi à rien. »*

** Une personne qui a été mis à pieds 3 jours après que les éducateurs l'aient vu fumer du cannabis :*

« Ca c'est passé comment pour vous la mise à pieds ?

- Ben j'ai réfléchi, maintenant quand je fume un joint je vais aller ailleurs.

- Ah oui ?

- Ba oui c'est eux qu'ils m'ont dit ça. Mais par contre si je me fais contrôler les flics ils m'embarquent, c'est pour ça que je fumais à l'intérieur. C'est compliqué. »

Pourtant, il semble que rien dans la loi n'interdise à un CHRS d'autoriser la consommation et la détention d'alcool dans son enceinte. Sur les questions de l'alcool, la Fédération solidarité précise même qu' « une interdiction générale et automatique n'apparaît pas justifiée ni légale. Il conviendra alors de sanctionner non pas le principe

de consommation mais des éventuelles violences ou dégradations liées à une consommation d'alcool.²⁸» Ce qui n'est pas le cas pour le cannabis, substance illicite, dont la détention et la consommation doivent être proscrites, en accord avec la loi.

Sur la consommation de tabac, rien dans la loi ne semble interdire l'autorisation de fumer dans les parties privatives. Il semble pourtant qu'il soit interdit de fumer dans tous les CHRS, y compris dans les espaces privatifs.

Les exclusions

Parmi les sanctions, les **exclusions** des CHRS questionnent énormément, tant les personnes hébergées que les professionnels. Les exclusions sont nombreuses, comme faisant partie de l'accompagnement. Elles peuvent être dues à des problèmes de comportement, ou au non-respect du règlement notamment en ce qui concerne les addictions, comme expliqué précédemment.

« J'ai des problèmes avec les règlements. A chaque fois que je me suis fait virer c'est par rapport aux joints, et des rappels à l'ordre. Une fois, deux fois, trois fois, quatre, cinq conneries et après je me fais virer. »

Les délais pour quitter la structure sont courts, parfois le jour même, y compris en plein hiver. Aucune solution ne semble proposée si ce n'est celle d'appeler le 115, ce que plusieurs personnes exclues semblent mettre un certain temps à refaire, sûrement par fierté ou orgueil. Des entretiens pré-exclusions sont faits parfois, pour signifier celle-ci, souvent en présence des responsables, mais il n'y a pas de bilan, de réflexion sur ce qui vient de se passer, de possibilité de négociation ou même de passage de relais sur les démarches en cours. Tout s'interrompt, la fin de l'hébergement marque la fin de tout l'accompagnement (administratif, médical, social, etc.). Un travailleur social constate

« Il faudrait qu'on puisse rediscuter ça après, pas à chaud devant la porte. »

Chez les personnes hébergées, les exclusions sont vécues comme de **réelles violences**, et choquent même celles qui ne les subissent pas.

**Un jeune, qui a été exclu pour la première fois d'un foyer à 15 ans : « On ne mérite pas de se faire virer. Personne personne mérite de finir dehors, personne. »*

**Une personne restée plusieurs années en errance : « Et puis leur système de mettre quelqu'un dehors... C'est quoi ce merdier ? Un bailleur social ou privé n'a pas le droit de te mettre dehors en période d'hiver et eux qui sont un système de réinsertion d'aider les gens ils se permettent de te mettre dehors. [...]. Et c'est un système qui est là pour t'aider à la première connerie on te met dehors. C'est quoi ce système ? C'est ça que je n'arrive pas à comprendre. Bon t'as fait le con ba voilà tu viens ce soir à 7h30 pour manger, demain à 8h30 tu t'en vas on te revois pas de la journée, puni comme ça, même pas à l'accueil de jour, mais mettre le mec trois jours dehors [...] en plein hiver à la veille de Noël mais le mec il peut se mettre en l'air avec des trucs comme ça, il peut crever dehors, ils s'en rendent compte des trucs qui font là comme ça ? Alors ça va pas hop tu vas dehors on va chercher les flics. Ohhhh... Insertion quand tu nous tiens. »*

**« Il y a une personne qui a été exclue, celle qui prenait des cachets. Elle avait été prévenue. En période hivernale, ils l'ont exclu quand même. On a peur de se faire virer, donc ça provoque un peu de retenue. Maintenant ils raccourcissent les temps entre les avertissements. Ça remue un peu tout ça, on se dit qu'on peut être mis dehors du jour au lendemain. On fait ça à une personne d'une cinquantaine d'années qui se cachetonne. C'est vrai que cette personne était chiant mais bon en arriver à des extrêmes pareil... Moi je vois juste les faits, ils l'ont foutu dehors alors qu'elle n'avait rien. Ils lui ont dit vous n'avez qu'à rappeler le 115. On ne peut pas se sentir en sécurité. »*

La question de l'exclusion semble déterminante dans le lien entre les travailleurs sociaux et les personnes hébergées, elle conditionne bien souvent leur rapport, les personnes craignant les exclusions.

« Les éducateurs oublient le côté humain. Il y a toujours la menace suprême de l'exclusion : si tu n'es pas content tu prends tes affaires et tu dégages. »

Ces exclusions font également violences pour les travailleurs sociaux et les mettent en difficultés.

« On travaille pour lutter contre l'exclusion et on passe notre temps à exclure. »

Elles ne font souvent sens pour eux que dans le souci et la nécessité de préservation du collectif, mais ne semblent que peu utilisées dans un but éducatif.

²⁸ FNARS, ANIL (2013). Guide pratique : Elaborer le règlement de fonctionnement. Repéré sur http://www.federationsolidarite.org/images/stories/participation_des_usagers/Reglement-Fonctionnement-ESSMS.pdf

Pour le public cible de l'étude, à plusieurs reprises, les exclusions semblent être « recherchées » par les personnes, et ainsi n'être qu'un moyen de mettre fin à une prise en charge sans réellement en prendre la responsabilité, notamment comme nous l'avons évoqué plus haut, au moment de passage entre les différents étages de la représentation en escalier (changement de structure, passage en diffus, en appartement seul, etc.). Il semble que ce soit également un moyen de « tester » le lien, les limites de l'accompagnement.

- **Les démarches comme cadre de l'accompagnement**

La relation avec les éducateurs a été mise en avant dans beaucoup d'entretiens. Si globalement les personnes apprécient les avancées sur les démarches, plusieurs personnes (notamment les personnes n'en étant pas à leur premier passage en CHRS) expliquent regretter un « manque d'écoute » et de liens informels.

**« Faire les démarches c'est une chose, mais avoir quelqu'un à qui parler c'est autre chose. Il n'y a aucun soutien de personne. »*

**« Maintenant les éducateurs ils se pointent, hop t'es convoqué au bureau, tu vas au bureau, t'as fait des papiers oui, t'as pas fait tes papiers oh bah c'est pas bien on va les faire. Ça se limite à ça. Tu fais tes papiers, tu les fais pas, ça change rien. »*

L'accompagnement est selon elles centré sur les démarches, et les personnes en demande de lien social plus largement.

« Ça va pas viens on va en parler, jamais y a cette phrase, viens on va dans la salle de réunion on se met tous les deux on discute, on se roule une clope tranquille on casse le truc éducateur / accueilli, on parle dis moi ce qui va pas et qu'est ce qu'on peut faire pour toi. Non, Ça va pas tu prends tes affaires tu t'en vas. C'est ça leur système d'insertion ? »

**« Les éducateurs restent dans leur fief ils ne viennent jamais dans notre chambre. Dans leur bureau ils ont du pouvoir. Nous le peu qu'on a c'est notre chambre. »*

** « il y a un manque d'humanité pour moi. Ça c'est lourd à porter aussi, y a des moments j'vous dis franchement... »*

Le manque de liens « hors cadre » est ainsi exprimé, hors cadre physique tel que le bureau, et hors cadre de l'accompagnement administratif, et les moments informels le permettant sont appréciés lorsqu'ils ont lieu.

La question du « cadre », du règlement est très présente dans les CHRS. Les règlements intérieurs, outil de gestion de la vie en collectivité, insistent sur les devoirs des personnes sans faire apparaître leurs droits et possibilités de recours. Les sanctions ne font pas sens pour les professionnels comme pour les personnes hébergées (notamment sur les questions d'addictions), sont vécues comme violences par les deux (notamment les exclusions) et semblent utilisées davantage pour préserver et gérer le collectif que pour leur sens éducatif. Les contraintes élevées paraissent restreindre les personnes dans leurs possibilités d'autonomie, et il semble que l'effort que demande aux personnes, notamment celles ayant des problématiques de santé mentale et/ou d'addictions, de supporter ce cadre ne correspondant pas à leurs attentes puisse être pour certaines trop élevé par rapport à l'autonomie connue hors des structures, et qu'ils préfèrent « retrouver [leur] liberté dans la rue ».

3) La vie collective : des structures qui font collectif ?

- **Temps collectifs, activités**

Les espaces collectifs sont très différents selon les CHRS : certains lieux semblent avoir été travaillés pour accueillir et créer de la convivialité, d'autres structures semblent avoir tout fait pour que le collectif n'existe pas dans les lieux, d'autres n'investissent pas forcément les espaces collectifs sans pour autant chercher à les limiter.

Une travailleuse sociale constate :

« Dès que le collectif commence à entrer ça bloque au niveau de l'institution. Il faudrait un vrai temps institutionnel à prendre pour faire du lien. »

La présence des travailleurs sociaux dans ces espaces collectifs et leur investissement pour « faire vivre » ce collectif par le biais d'activités collectives par exemple dépend également des CHRS. Certaines structures ont des temps collectifs ritualisés (petits déjeuners réguliers, soirées, etc.) d'autres en font occasionnellement, voir rarement. Les activités collectives en lien avec la recherche d'emploi, la santé, les droits, etc. semblent rares. Le

manque d'activités, l'ennui, ressort de tous les entretiens avec les personnes, quels que soient les CHRS et les publics, ainsi que sur les accueils de jours.

* « Proposer des sorties, des activités, parce que ça aussi ça fait serrer de tourner en rond. Y a rien à faire. »

* Un Mr qui parle d'un ancien foyer : « y avait pas cette psychose de rester là le cul sur une chaise à regarder passer les trains. »

* « Si on demande pas, eux proposent très peu. Même faire des trucs tout simple tournoi de cartes, truc de boules, tournoi de badminton, etc. »

* « si on ne propose pas il n y a rien qui se passe. Il faudrait des sorties, visiter, des trucs à des prix minimes, pour s'aérer un peu d'ici. »

Des activités ont bien lieu dans les CHRS (ballade autour d'un lac, visite d'un centre social, soirée film, etc.), mais celles-ci paraissent trop peu fréquentes pour les personnes hébergées ou sont jugées inintéressantes (beaucoup de personnes parlent d'activités sportives dans leurs entretiens, d'activités culturelles, de visites hors de la ville). Il semble que deux types d'activités puissent être distingués : celles nécessitant de l'organisation et de l'anticipation, un budget, une présence éducative importante, etc. (départ de la ville en bus, rencontre d'un groupe, etc.) et celles pouvant être réalisées sans organisation importante (ballade, projection de film, etc.). Des travailleurs sociaux, expliquent avoir du mal à mobiliser pour les activités proposées, notamment celles nécessitant une anticipation, malgré le fait que les sorties soient discutées au préalable avec les personnes :

« Au dernier moment il n y a plus personne de motivé ».

D'autres activités pouvant être réalisées assez facilement, décidées sur le moment ou proposées quelques jours avant, adaptées aux envies présentes des personnes, semblent moins mises en échec :

Décidé et proposé sur le moment face à l'ennui d'un dimanche, trois personnes partent avec un éducateur se balader autour d'un lac. Discussion et décision collective entre les personnes hébergées et l'éducatrice, proposition aux autres personnes hébergées, et départ immédiat. Tout le monde semble satisfait au retour.

La présence éducative ne peut pas toujours permettre autant de souplesse donnant la possibilité de s'adapter aux besoins et envies du moment, un seul travailleur social étant parfois présent pour tout le groupe dans certaines structures. Par ailleurs, les travailleurs sociaux expriment avoir un budget limité pour l'organisation de sorties.

Ces questions de participation des personnes hébergées aux activités (à leur définition, à leur organisation, et à leur réalisation) ne semblent que peu discutées dans les CHRS entre les personnes hébergées et les travailleurs sociaux. Si l'absence de participation n'est pas un problème en soi, il est regrettable que celle-ci ne puisse se faire lorsque certaines personnes hébergées et des travailleurs sociaux souhaitent le faire mais ne parviennent à s'accorder sur les modalités.

Concernant les personnes en logement diffus, les professionnels expliquent avoir davantage de difficultés à les mobiliser dans des activités. Une personne en logement diffus, restée longtemps à la rue, explique ne pas souhaiter passer du temps en collectif avec les personnes du CHRS. Notons toutefois qu'au cours de l'enquête, une seule personne a tenu ce discours :

« Je ne jette pas la pierre aux gens, c'est moi qui veut pas voir des gens comme moi ou avec plus de problème que moi. Après si je les vois dans la rue qu'ils sont dans la merde tout seul et tout j'ai tendance à les aider. Mais quelque part je n'ai pas envie de voir ce que je suis. Ouais c'est peut-être un peu ça d'ailleurs, j'y avais jamais pensé, vous me faites ouvrir des trucs dans mon cerveau. Je sais pas mais après on me dirait tiens y a des gens qui ont un chien ils ne savent pas comment faire j'y irais en courant. Leur apprendre à faire des trucs, ou qu'ils m'apprennent des trucs ça pourrait être sympa, mais en groupe et tout.. [...] J'ai pas envie de m'enfermer avec des gens comme moi en fait. Je ne dis pas que c'est des gens mal ou bien. Mais quelque part c'est me renfermer dans le monde que j'étais. J'ai envie d'avancer. »

Beaucoup de personnes hébergées ne sont pas originaires de la ville ou région où est situé le CHRS. Au sein de ces structures, il n'y a que peu ou pas d'information sur ce qui existe dans la ville : des plans de la ville, des bus, les associations, les lieux culturels, les centres sociaux, mais aussi les agences d'intérim, etc.

« Je n'ai pas d'info sur la ville, mais si on demande ils nous le disent y a pas de souci. »

Ce manque d'accessibilité de l'information peut mettre à mal la possible autonomie des personnes, limitant leurs possibilités à tisser du lien social en dehors de la structure d'hébergement, comme elles peuvent le

souhaiter tel que dans le témoignage précédent. L'absence d'information sur l'extérieur peut par ailleurs renforcer le sentiment d'exclusion.

Par ailleurs, ce qui est mis en avant dans cet extrait d'entretien comme dans plusieurs autres, est le fait que la valorisation de ses compétences par des échanges de pratiques pourrait motiver d'avantage pour la participation à des activités. Cela permet en effet de renforcer une estime de soi dégradée, d'apporter une reconnaissance, de rester digne dans un contexte mettant à mal la santé mentale. Si la **valorisation des savoirs et compétences** se fait par moment dans les CHRS (un cuisinier qui réalise des gâteaux pour les personnes hébergées et transmet ses recettes, un artiste qui dessine un mur d'un CHRS, etc.) elle semble souvent spontanée, venant des personnes elles-mêmes et de leur souhait de partager, mais ne paraît pas spécialement stimulée par les équipes éducatives. Le fonctionnement des structures semble même parfois mettre à mal des compétences des plus basiques : Dans certains accueils de jour les personnes ne peuvent se servir un café seules, devant demander à un éducateur, ne peuvent accéder à leurs chambres seules, etc. Ces pratiques, justifiées par un souci de gestion facilitée et qui ne sont pas réalisées dans une démarche malveillante, peuvent toutefois mettre à mal l'estime de soi des personnes par le côté infantilisant qu'elles provoquent, et la dépendance aux éducateurs.

- **Les outils de la participation des usagers**

A un niveau collectif, les **conseils de vie sociale**, mis en place par la loi 2002-2 ne sont que peu investis, les boîtes à idées / expressions sont inexistantes, inaccessibles ou inutilisées, et les espaces de discussions collectifs sont rares. Les Conseils de Vie Sociale paraissent peu connus et peu investis par les personnes hébergées en CHRS, qui ne semblent pas y voir la possibilité de changement.

« Ca n'a abouti à rien en fait c'est comme si on parlait dans le vent. »

« Là-dessus ils sont jamais réellement à l'écoute. Souvent c'est de la façade c'est parce que c'est écrit, qu'il faut le faire. On le fait, mais on le fait juste pour le faire »

Par ailleurs, beaucoup expriment leurs craintes de s'exprimer librement dans cet espace, ayant peur que cela ait des répercussions par la suite sur leur situation individuelle.

« Il y a la direction d'un côté et les personnes hébergées de l'autre. Il y a plein de choses à dire. Mais quand on arrive au moment de la réunion personne ne dit rien par peur des représailles, les personnes craignent les retombées si elles disent quelque chose de déplacé. Il faut une personne qui donne le mouvement. On a peur des représailles ou de passer pour des lèches bottes ou autre. Personne n'ose parler ou proposer. »

La fréquence des CVS, une fois tous les trimestres, est jugée insuffisante par les personnes hébergées et les professionnels. Les professionnels mettent en avant le fait que les personnes ne souhaitent pas s'y investir : peu de personnes souhaitent y participer et se présenter, et les réunions tous les trois mois ne permettent pas d'avoir des personnes élues qui soient encore là à la réunion suivante. La mobilisation sur ces questions de participation semble difficile. En dehors de ces espaces, il ne semble pas exister de moments de discussions collectifs entre les personnes hébergées et l'équipe éducative ni la direction.

Dans les structures du département, le collectif paraît vécu de façon contraignante, la cohabitation existe pour des logiques majoritairement organisationnelles. Le collectif, difficilement valorisé, ne semble pas faire sens pour les personnes et les professionnels. Les difficultés à développer la participation des personnes au sein des structures sont exprimées par les professionnels, et l'ennui par les personnes hébergées, sans que des modalités de réflexion communes semblent avoir été trouvées.

QU'EST-CE QUE DE « VIVRE » DANS CES DISPOSITIFS ?

- Une cohabitation difficile entre les publics (addictions, problématiques de santé mentale, etc.) pouvant être anxiogène
- Des règlements et des « sanctions » en manque de sens pour les professionnels et les personnes, un cadre très présent régulant le collectif
- Un accompagnement ressenti comme centré sur les démarches et une demande de lien social
- Un ennui partagé, une participation qui ne prend pas

∞ V. L'interstice entre la psychiatrie, le sanitaire et le social

L'accès aux soins notamment de santé mentale de personnes en situation de précarité nécessite souvent l'adaptation des cadres et pratiques « traditionnels » (expression d'une demande de soin, déplacement du patient pour aller à des rendez-vous fixes, dans un bureau, espacés de plusieurs semaines, etc.). Les professionnels des CHRS mettent en avant le déni des troubles, et la « non demande », qui les mettent en difficultés dans l'accompagnement vers le soin de ces personnes.

LA NON DEMANDE

« Le paradoxe est le suivant : plus une personne va mal psychiquement, moins elle est en capacité de demander de l'aide, que ce soit sur le plan social, médical ou psychique. Cela va de la difficulté et du retard de la demande jusqu'à la récusation de l'aide. On peut parler d'un renoncement à l'aide, ce qui implique, pour les aidants potentiels, un temps de la patience afin de contourner cette difficulté qui n'abolit pas le besoin et qui implique aussi un savoir-faire particulier non décrit dans les livres. »

Comme l'explique Jean Furtos (Cf. encadré ci-dessus) les personnes le plus en souffrance sont souvent les plus silencieuses, qui n'expriment pas de demande d'aide.

**« Je me plaignais jamais je demandais jamais rien, ils croyaient que j'allais bien. »*

D'où l'importance de pouvoir repérer les personnes ayant des problématiques de santé mentale et de travailler avec cette non-demande.

Dans le département, parmi les personnes interrogées ayant été en psychiatrie, cela a majoritairement été lors d'hospitalisation sous contrainte (d'office ou à la demande d'un tiers), souvent violentes et traumatisantes durant lesquelles ils ont vécu l'isolement, la contention, etc.

** Une personne explique : « Ils m'ont envoyé à [nom de service] à Bourg en Bresse au CPA, c'est un truc pour les ultras violents. Ils sont encore plus violents que nous, ils nous tapent dessus pour dire que c'est pas normal la violence. A l'époque en tout cas. Puis après ils m'ont envoyé à la Chamoise. Je suis resté attaché sur le lit 8 – 9 mois. »*

** Un autre me raconte une de ses hospitalisations : « [...] Dont 3 semaines attaché sur un lit comme ça. On te détache le matin une heure, on te détache la main droite à 12h pour manger jusqu'à une heure, à une heure on te rattache la main, à 6h30 on te détache la main jusqu'à 7h30. Trois semaines comme ça, sans pendule sans rien donc tu ne sais pas si c'est le matin l'après-midi, donc tu ressors wouhou. »*

Même lorsqu'ils n'en ont pas fait directement l'expérience, Le CPA a une très mauvaise réputation parmi les personnes en situation de précarité avec lesquelles nous nous sommes entretenus. Ainsi, une personne n'ayant jamais été au CPA, mais ayant été en prison explique :

« Franchement je préfère aller en prison qu'au CPA » alors qu'un autre me parle des « CPA-man, les zombies sous médocs ».

La psychiatrie est très stigmatisée, ainsi que les professionnels de ce domaine et les personnes qui fréquentent ces services. Ces préjugés et mauvaises expériences vécues avec la psychiatrie peuvent être des obstacles supplémentaires à l'expression d'un projet de soins.

Sans aller jusqu'à l'hospitalisation, beaucoup ont eu des soins sous contraintes par décision de justice ou étant enfants.

Un Monsieur fréquentant le CMP : « C'est vous qui avez choisi d'y aller ? Non c'est renforcé depuis 10 ans. Ça fait 10 ans. Et ça va durer à vie. »

En prison, le suivi psychologique a pu être utilisé pour obtenir des jours de remise de peine. Dans les CHRS, notamment pour les personnes ayant été exclues ou ayant présenté des problèmes de comportement, le soin semble être parfois la condition d'une possible réintégration ou d'un maintien dans l'hébergement (qu'elle soit réelle ou une menace, cette injonction aux soins dans une structure d'hébergement social semble reposer sur un positionnement moral et non légal) :

« - La première fois que je suis venu ici un soir je suis rentré j'étais bourré et j'avais livré deux trois trucs de ma vie. J'ai demandé un rendez-vous et les éducateurs m'ont pris un rendez-vous avec la psy (infirmière psy de l'équipe mobile) et puis après le premier rdv ça m'a soulé après je voulais plus la voir.
Et la deuxième fois c'était la condition de mon hébergement ici. [...] -Est ce que c'est encore la condition de votre prise en charge ici ?
- Non. J crois qu'ils ont dit ça pour que je les voie (les psy) mais que c'était pas vrai, sinon ils m'auraient viré quand j'ai annulé le 2ème rendez-vous. »

Ainsi, le soin a rarement été un projet pour et par les personnes, souhaité. Il est contraint, utilisé pour pouvoir avoir des jours de remise de peine, un hébergement. Dans le discours des personnes, le soin a été plutôt une injonction qu'une proposition, il peut donc être difficile par la suite donc d'en formuler une demande. La formulation d'une demande de soins par les personnes en situation de précarité ayant des problématiques de santé mentale se travaille, s'accompagne, se construit, mais nécessite du temps et des compétences.

1) Du CHRS aux soins

Plusieurs personnes hébergées en CHRS, y compris depuis plusieurs mois, n'ont pas de médecin traitant et ne sont inscrites dans aucun parcours de soin. L'absence d'information est une des causes évoquées, comme le montre le témoignage de ce jeune :

« - Est-ce que vous avez un médecin traitant ?
- Non j'ai pas d'infos la dessus. En fait je ne vois pas l'utilité d'un médecin traitant parce que je ne sais pas quels sont les avantages par rapport à un autre médecin si je vais voir untel ou untel. »
« Non mais franchement j'aimerais bien me réinsérer dans la société si je puis dire, parce qu'on perd des habitudes c'est tout banal avoir un médecin c'est normal, j'aimerais bien aller chez le dentiste aussi. »

D'autres expriment avoir été en rejet du médical, à l'époque où ils l'étaient également du social, et ainsi ne plus être suivi :

« Même la CMU [Couverture Maladie Universelle] je ne voulais plus en entendre parler. Les médecins je ne voulais plus en entendre parler. »

Les aspects financiers, qu'ils soient supposés ou réels, sont à de nombreuses reprises avancés comme une raison du renoncement aux soins.

*« Au CPA de Bourg une nuit, et ils me demandaient 150 euros pour la nuit. J'avais pas la carte vitale. Elle me téléphone la dame elle me téléphone tout le temps. [...] »
*Un Monsieur qui est resté longtemps en errance et rupture de soins explique : « Comme j'avais pas de couverture j'avais rien les pompiers ils sont venus mais j'ai refusé d'aller avec eux, parce que j'avais pas de CMU j'avais rien. [...] La dernière fois ils m'avaient pris et ils m'avaient envoyé un courrier en disant qu'il fallait que je paye l'hôpital. ».

Les personnes interrogées ne voient majoritairement pas l'intérêt de la prévention primaire et ont accès aux soins en urgences ou en curatif. Lorsque nous demandons à une personne en CHRS pourquoi elle n'a pas de médecin traitant :

*« Je suis toujours à droite à gauche. Ça fait sept ans que je ne suis pas tombé malade. Sept ans sans voir de médecin.
- C'est beaucoup non ?
- Pourquoi je vais aller voir un médecin si tout va bien.
- Je sais pas, pour un bilan par exemple ?
Il rigole. »
* « Comment vous faites quand vous êtes malade ?
- Je vais à l'hôpital. Mais je ne tombe jamais malade. »

L'instabilité géographique liée à l'errance est également avancée à plusieurs reprises comme un obstacle à l'accès aux soins.

Même lorsque les personnes sont en demande, elles ne connaissent pas forcément les dispositifs d'accès aux soins, qu'il s'agisse des CMP ou des PASS, ni les acteurs existants pouvant leur permettre de faciliter cet accès aux soins (SoutiAin, agents de santé pour les bénéficiaires du RSA), ou ne savent pas à qui s'adresse pour trouver un médecin traitant. De même, une personne en situation de précarité souhaitant accéder à des soins

psychologiques ne peut que difficilement être autonome dans sa démarche de soin et doit souvent passer par un travailleur social. Plusieurs dispositifs existent dans le département pour faciliter l'accès aux soins lorsque la personne est en demande sur le département :

SOUTIAIN

SoutiAin est un dispositif financé par l'ARS proposant d'informer, d'orienter et d'accompagner les personnes en demande dans leur parcours de santé. Cette Plateforme d'appui à la coordination des parcours de santé s'adresse aux personnes, patients, entourage et professionnels.

La plateforme SoutiAin semble très peu connue des personnes hébergées, mais leurs services pourraient pourtant être accessibles à tous.

Cette plateforme intervient dans le département de l'Ain à l'exception du Pays de Gex, de Bellegarde et la Cotière. Ils peuvent intervenir à trois niveaux : l'information, l'orientation, et la

coordination autour de cas complexe. La précarité est un critère de complexité qu'ils retrouvent beaucoup dans les demandes auxquelles ils répondent.

Pour les bénéficiaires du RSA, un dispositif permet l'accompagnement et la coordination des soins : Les agents de santé accompagnent les personnes vers le soin, y compris les soins de santé mentale, lorsque la personne est en demande. En effet le dispositif des agents de santé permet de lever certains blocages : les infirmiers rappellent la personne avant son rendez-vous, l'accompagnent physiquement lorsque cela est nécessaire, et assurent la coordination des soins. Ce dispositif est réservé aux bénéficiaires du RSA, les agents de santé interviennent sur prescription du référent RSA.

Ils expliquent rencontrer des difficultés pour que les personnes qu'ils accompagnent accèdent aux CMP.

La question de l'autonomie et de la mobilité est également soulevée

« Certaines personnes sont tellement éloignées du CMP qu'elles mettent une journée pour s'y rendre. Le jour où on ne les accompagne plus elles n'y vont pas. »

AGENTS DE SANTE

Le dispositif des agents de santé, proposé par le département offre aux bénéficiaires du RSA la possibilité d'être accompagnés par un infirmier diplômé d'état pour les accompagner vers l'accès aux soins (ouverture de droits, mise en relation avec les professionnels de santé, accompagnement physique lorsque nécessaire, etc.) pour une durée de 6 mois, éventuellement renouvelable.

Ces dispositifs de « case management » (que l'on peut traduire par « gestionnaire de cas », permettant la coordination des soins et actions autour de la personne), introduisent dans le parcours de la personne un acteur assurant son accompagnement dans les différentes démarches d'accès aux soins, qui peut devenir un acteur de lien privilégié.

- **Un « aller vers » en santé mentale réalisé par les professionnels du social**

Comme nous l'avons vu, l'attente de l'expression d'une demande de soin auprès d'un public en situation de précarité ayant des problématiques de santé mentale ne fait pas forcément sens, et l'« aller vers » est nécessaire pour accompagner l'émergence de cette demande.

Dans le département, seul un CHRS a un mi-temps de psychologue sur le CHRS jeunes et femmes, permettant la participation de la psychologue aux réunions d'équipe des deux services et la présence un peu plus d'une demi-journée auprès des personnes hébergées sur chacun des deux services. La psychologue reçoit chaque nouvel arrivant en entretien, afin de se présenter et d'établir un premier contact pouvant par la suite faciliter l'accès aux soins. Mis à part ce CHRS, les professionnels de santé sont absents des structures d'hébergement.

C'est donc aux travailleurs sociaux que revient la tâche d'accompagner vers le soin, qu'il soit physique ou psychique. Ils sont très nombreux à exprimer la difficulté à **aborder** les problématiques de santé mentale, d'addictions, mais également d'hygiène avec les personnes en situation de précarité. La peur de mal faire et de « braquer » les personnes est à plusieurs reprises avancée par les travailleurs sociaux.

« Comment on fait pour amener aux soins, comment on leur parle, on ne sait pas ça. »

« Aborder la contraception au milieu d'une demande de logement c'est pas évident. »

Qu'ils travaillent avec des jeunes, des adultes, des femmes ou des hommes, tous les CHRS notent la difficulté à **amener vers le soin**, qu'il soit physique ou psychologique, des personnes qui sont souvent dans le déni de leurs troubles, ou en non demande.

** « Il faut plutôt faire venir les psycho dans les CHRS que de les emmener vers le psychiatrique. Si c'est pour voir un psychiatre tous les 3 mois cela n'a pas d'intérêt. L'aller vers nécessaire, ça ne marchera que comme ça, ils n'iront jamais en HP ou en rdv psychiatrie. Il n'y a que de l'aller vers qui marche, et ça marche, sauf que pour l'instant c'est nous qui le faisons. »*

** « Il faut faire venir le soin à eux et pas le contraire »*

** « C'est un public très fuyant, toujours dans l'immédiateté, qui fuit les services médicaux et qui n'est pas dans la reconnaissance de la pathologie. »*

De plus, lorsque les professionnels réussissent à travailler un projet de soin avec la personne, les modalités de prise en charge qu'ils peuvent leur proposer ne correspondent pas forcément à leurs attentes. Plusieurs personnes interrogées expriment en effet que le mode de l'entretien psychologique ou psychiatrique ne semble pas leur correspondre.

** Un jeune explique : « Déjà j'aime pas trop déballer ma vie comme ça, et puis des fois ça va pas mais je ne saurais pas dire moi-même pourquoi ça va pas, donc poser des mots comme ça sur des émotions c'est compliqué. »*

** « Moi j'ai pas envie de parler de ma vie à des gens comme ça, c'est pas sain. »*

Mais la consultation est une des seules possibilités pour accéder aux soins hors urgence sur le département.

- **Le soin « ne répond pas » de manière adapté au public**

Lorsque les travailleurs sociaux ont réussi à amener la personne vers le soin ou que celle-ci est en demande, c'est trop souvent le soin qui ne répond pas, de manière inadaptée face à un public en situation de précarité, avec des délais d'attente trop élevés, un cadre non adapté au public, etc. ce qui les met en difficultés :

** « T'as l'air con à faire le lien vers le psycho si y a pas de psycho derrière » constate une travailleuse sociale*

Concernant les CMP, plusieurs professionnels expliquent la difficulté qu'ils rencontrent à y orienter leurs patients.

** « Ils nous orientent vers l'équipe mobile santé mentale, disent que c'est la précarité qui les a rendu comme cela. »*

** « Ils n'acceptent pas les dépressifs, n'accueillent que les schizophrènes, les bipolaires, les psychotiques. »*

Les modalités d'entrée paraissent complexes pour les personnes en situation de précarité. Dans certains CMP, un courrier du médecin traitant est obligatoirement demandé, hors les personnes ne sont pas toujours suivies par un médecin traitant. Dans d'autres, l'évaluation initiale est faite par téléphone.

** Une travailleuse sociale : « On appelle le CMP, on doit rappeler, pour avoir le résultat de la commission après un entretien par téléphone. Les personnes doivent rappeler. Pour qu'à la fin on dise non il n'y a pas de place. »*

CENTRE MEDICO PSYCHOLOGIQUES

Les CMP assurent des consultations médico-psychologiques et sociales pour toute personne en souffrance psychique et organise leur orientation éventuelle vers des structures adaptées (CATTP, hôpital de jour, unité d'hospitalisation psychiatrique, foyers...). Une équipe pluridisciplinaire assure la coordination des soins psychiatriques pour la population du secteur. Il existe des CMP pour adultes et des CMP pour enfants et adolescents.

Plusieurs secteurs de psychiatrie sont en déficit de médecin psychiatres, ce qui allonge encore d'avantage les délais d'attente.

SoutiAln bénéficie d'un budget de prestations dérogatoires pour avoir recours à des prestations libérales non conventionnées lorsque les personnes qu'ils accompagnent en coordination de soins ne peuvent y accéder par les structures de droit commun. En 2016, 92% des prestations dérogatoires financées étaient pour des consultations psychologiques.

Les professionnels des CHRS sollicitent donc l'Equipe Mobile Santé Mentale Précarité portée par le Carrefour Santé Mentale Précarité. Cette équipe pouvait il y a quelques années rencontrer les personnes dans des délais assez courts, mais étant donné leur manque de moyens face aux besoins croissants du territoire (deux infirmières psychiatriques pour tout le département de l'Ain), les délais avant un rendez-vous sont maintenant d'un mois. L'intervention est possible sur sollicitation des professionnels, et ce même si la personne n'est pas en demande.

CARREFOUR SANTE MENTALE PRECARITE

Dispositif intersectoriel rattaché au CPA qui comporte plusieurs services :

- * Une équipe mobile santé mentale précarité pour évaluer et accompagner les personnes en situation de précarité ayant des problématiques de santé mentale et n'étant pas en lien avec le droit commun
- * La PASS psy : faciliter l'accès aux soins et aux droits des personnes les plus démunies notamment par un bilan et un accompagnement social.
- * Les Espaces de Réflexions et d'Information sur la Précarité : Réunions internes au CPA où se regroupent les référents précarité
- * La coordination santé mentale de l'Ain ayant pour objectif d'impulser une dynamique de concertation entre les différents acteurs afin d'améliorer la prévention, le soin et l'insertion des personnes vivant avec un problème de santé mentale.

Le premier entretien a lieu avec le signalant, ce qui permet de créer du lien.

L'équipe mobile santé mentale précarité est censée être un dispositif permettant d'orienter les gens en situation de précarité vers les dispositifs de droit commun, mais la réorientation est en fait quasi impossible. En 2016, ce sont 11% des patients quittant la file active qui ont une orientation vers le CMP, et 3% vers un service intra hospitalier. Un membre de l'équipe explique :

"On n'y arrive pas, forcément. Il y a un blocage au niveau du CMP. Ils n'en veulent pas. Il faut vraiment qu'on rame, apprendre à les vendre. C'est du commerce." "Je vends du rêve, je suis commerciale de la précarité. Si tu tombes sur quelqu'un que tu connais ça facilite, ça peut plus facilement le toucher."

L'accès aux CMP est donc compliqué y compris pour l'équipe mobile santé mentale précarité, et de plus n'est pas toujours en adéquation avec ce que souhaiterait la personne : Sur la cinquantaine de personnes suivies par une infirmière de l'équipe mobile en novembre 2017, une trentaine n'irait selon elle pas consulter en CMP même si celui-ci acceptait de les recevoir. En effet, le cadre formel d'un CMP peut être source d'inquiétude pour de nombreuses personnes, qui préféreront le lien créé avec les infirmières de l'équipe mobile. Le rendez-vous en CMP demande d'avantage une démarche active de la personne, qui doit se rendre physiquement sur le lieu de la consultation, contrastant avec l'équipe mobile qui se rend sur le lieu de vie des personnes mais leur offre également la possibilité de rencontre dans des locaux extérieurs. L'équipe mobile offre d'avantage de souplesse dans la prise en charge, et adapte ses méthodes aux spécificités du public en situation de précarité. Par exemple, les intervenants rappellent systématiquement leurs patients avant un rendez-vous, pour s'assurer que la personne est toujours disponible et pour le lui rappeler. Un rendez-vous raté en CMP sera difficilement reprogrammé. Pour une part importante du public en situation de précarité, « l'aller vers » réalisé par l'équipe mobile semble donc d'avantage pouvoir répondre à leurs attentes.

La durée des suivis par l'équipe mobile est variable, de 2 consultations à plusieurs années. L'espacement des rendez-vous est maintenant d'un mois, contre quelques jours il y a plusieurs années.

« Ca fait un peu CMP maintenant. »

Pour l'année 2016, la file active représente 375 patients dont 334 suivis dans le cadre de l'équipe mobile.²⁹ Parmi eux, 100 nouveaux patients. Par ailleurs, l'équipe mobile n'a actuellement pas de psychiatre, le poste étant vacant.

En Janvier 2018, 4 équipes mobiles de psychiatrie ont été mise en place, rattachées aux CMP, avec pour objectifs de prévenir les hospitalisations. Sur sollicitations de partenaires, lorsque la personne n'est pas en demande ou est en rupture de soins elles pourront se déplacer à la rencontre de la personne. Ces équipes mobiles ne comprendront a priori pas de psychologues ni d'assistantes sociales.

²⁹ Rapport d'activité 2016 CSMP

- **Une gestion dans l'urgence**

Face à une difficile expression d'une demande, un accès compliqué aux services de soins, etc. au sein des CHRS les questions de santé mentale sont souvent gérées dans l'urgence, lorsqu'il y a crise, comme l'explique une professionnelle :

** « On attend le passage à l'acte et la crise. On contient parce qu'on ne sait pas quoi faire d'autre. »*

** Un-e chef-fe de service note : « On a plus de lien avec les pompiers et la police qu'on en a avec la psychiatrie. »*

Ainsi, c'est lorsque qu'une personne met en danger sa vie ou celle des autres au sein de la structure collective, se montre violente, que les pompiers sont appelé ou que la personne est emmenée aux urgences. Le soin n'est donc à ce moment-là plus un choix mais une nécessité, qui peut être accepté ou non par la personne.

Dans le département de l'Ain, les urgences psychiatriques sont au Centre d'Accueil Provisoire (CAP), situé à Bourg en Bresse et dans lequel les patients doivent rester au maximum 72H. Dans ce service départemental, il n'y a que deux permanences d'assistante sociale par semaine et les assistantes sociales des autres secteurs sont sollicitées en dehors de ces permanences.

Le passage par le CAP est très souvent abordé par les professionnels du social lors des entretiens, notamment sur la temporalité et les modalités de sortie des urgences.

**Une référente RSA explique : « Des fois on oriente des gens au CAP, ils y vont et ils se font retoquer. Même quand les gens font un pas vers le soin ils se font virer. On est vraiment démunis. On nous dit accompagner les gens vers le soin psy mais on n'a rien en face qu'est-ce que tu veux qu'on fasse. »*

D'après les CHRS, parfois le CAP ne contacte personne avant de faire sortir quelqu'un en pleine nuit, ni le CHRS d'origine lorsqu'il y en avait un, ni le 115. Ainsi, on nous donne l'exemple d'une femme sortie de psychiatrie en pleine nuit, qui n'a pas retrouvé la route du foyer et s'est retrouvée à Macon, retrouvée plusieurs jours plus tard complètement désorientée.

« On a des personnes qui vont très mal, qui nécessitent l'intervention des pompiers et on nous appelle quelques heures après pour dire qu'elle est sortante. »

« A 00h on nous appelle pour quelqu'un qui est sortant, et ils ne voient pas le problème... c'est récurrent. » explique un-e responsable de CHRS.

Du côté du CPA, une assistante sociale explique

« une urgence pour un foyer n'est pas forcément la même urgence que pour l'hôpital. »

Sur ce point, un-e responsable de CHRS tient le même discours :

« La réponse des travailleurs sociaux c'est l'hospitalisation. »

Les travailleurs sociaux, seuls confrontés aux problématiques de santé mentale au sein des CHRS, expliquent ne pas toujours être en mesure de déterminer le type de prise en charge adaptée. Bien souvent après avoir essayé de proposer une prise en charge en amont, les urgences psychiatriques restent la seule solution face à une personne ayant des problématiques de santé mentale qui met en péril le collectif.

2) De la psychiatrie à l'hébergement

Pour les personnes hébergées en CHRS qui sont hospitalisées, la question du maintien dans l'hébergement peut être un obstacle à l'accès aux soins en amont. En effet, le maintien de la place d'hébergement n'est pas garanti : Si les personnes sont en hébergement d'urgence en CHRS, elles perdent leur place. Si elles sont en insertion, et que l'absence ne dure pas plus de 15 jours ou 3 semaines, un maintien est possible.

« On ne peut pas garder leur place pendant l'hospitalisation. Donc allez vers le soin mais on ne peut pas vous assurer de garder votre place à la sortie. » explique une professionnelle

Ainsi, si les CHRS sont en difficulté pour amener vers le soin, les services de la psychiatrie ont quant à eux du mal à réorienter vers le social et l'hébergement.

- **Des sorties d'hospitalisation peu anticipées**

La sortie d'hospitalisation étant une décision médicale, la question de l'hébergement après la sortie, même lorsque l'hospitalisation a été de plusieurs mois, ne peut pas toujours être anticipée. Les assistantes sociales du CPA expliquent :

« Tel jour à la réunion d'équipe on décide qu'on va garder ce Monsieur. Le vendredi, le médecin dit qu'il faut faire sortir ce Monsieur. Quand on leur avance la question de l'hébergement, il y a des médecins qui disent « sur le plan médical il ne relève plus d'une hospitalisation je m'en fous du social vous le faites sortir ». Ca dépend des médecins, certains veulent bien attendre, d'autres n'en ont rien à foutre. Ca dépend des services, des secteurs, des médecins, etc. »

Les assistantes sociales sont donc souvent contraintes d'appeler le 115, cherchant une solution d'hébergement en urgence là où un hébergement en insertion aurait pu être organisé, ce qui ne fait pas sens non plus pour les CHRS :

« On se retrouve à accueillir en urgences quelqu'un qui est déjà en souffrances ». Normalement, « une arrivée en CHRS doit s'accompagner ».

Les assistantes sociales sont en grande difficultés pour trouver une solution d'hébergement adaptée dans des délais corrects pour les personnes qu'elles accompagnent :

** « On fait le 115, ils se retrouvent en foyer. On sait que dans 1 mois ils vont revenir parce que ça n'aura pas tenu. Les gens sortent ressortent, reviennent. Il y en a beaucoup pour qui c'est comme ça. Ohhffff. On est allé jusqu'en Belgique pour essayer de caser des patients. »*

** « Avec notre public je sais que quand je fais le 115 je vais mettre une équipe de CHRS derrière en difficultés, mais j'en fais quoi ? »*

** « Effectivement, nous on n'a pas un 115 psy... »*

Ces travailleurs sociaux savent que l'orientation en CHRS n'est pas adéquate, mais n'ont pas d'autres choix face aux listes d'attentes des structures adaptées du département et les décisions de sortie d'hospitalisation.

• Des possibilités d'hébergement limitées

Les délais pour les entrées dans des structures spécifiques sont très importants : environ 2 ans pour les Foyer d'Accueil Médicalisés, 2 ans ½ pour la maison relais, 3 ans pour les Maisons d'Accueils Spécialisés, etc. L'orientation vers un hébergement se fait donc à de nombreuses reprises « par défaut ».

** « Il y a des personnes qui restent ici parce que réponse logement pas adapté. Il y a un vide intersidéral au niveau du logement par rapport à des personnes en grande difficultés psychique, on les met en CHRS alors que c'est pas adapté pour eux. Donc on les met nous-même en difficulté faute d'hébergement adapté pour eux. » explique une assistante sociale*

** « Les foyer en collectif c'est une catastrophe. La plupart des personnes en hospit et réhospit ce sont des gens qui viennent des foyers. Ce n'est pas adapté pour les gens qui sont en fragilité psychique c'est pas du tout adapté les foyers. »*

De nombreuses personnes se retrouvent ainsi orientées en CHRS à défaut de possibilité de prise en charge dans les structures précédemment préconisées.

• Rupture de traitement et de suivi

A la sortie d'hospitalisation ou des urgences, le traitement prescrit n'est pas toujours observé. Plusieurs personnes rencontrées en entretien expriment qu'elles ont souhaité arrêter directement les médicaments en sortant de l'hôpital.

** « Normalement j'avais un traitement à vie : clopixon, tercian, ils m'avaient mis en zombie. Du coup j'ai repris mon sac à dos et je me suis vite barré. Du coup normalement c'est vrai que je devrais avoir un traitement à vie mais ca moi je ne veux pas. »*

** « En sortant de l'HP j'ai pris le traitement pendant 3 semaines. Mais quand t'arrives à te retrouver avec les pieds qui se rentrent dedans et à te dandiner sur toi-même tu te dis ola mon gars... »*

Dans les structures d'hébergement, les travailleurs sociaux ne savent pas forcément que la personne a un traitement, et ils ne peuvent normalement pas donner de médicaments. Leurs possibilités d'actions pour limiter les ruptures de traitement sont alors très restreintes, et consistent souvent à garder le traitement au bureau si la personne leur demande.

« Il y en a qui prennent bien leur traitement, puis du jour au lendemain bouffent toute la plaquette. »
« S'il y a une rupture de traitement, nous on ne peut rien faire. »

Certains CHRS font venir une infirmière libérale pour faire les piluliers.

Les rendez-vous en CMP, donnés dans la ville dans laquelle était la dernière domiciliation de la personne et qui peut donc être très éloignée du lieu d'habitation actuel, ne sont par ailleurs pas toujours honorés. Comme pour les médicaments, les travailleurs sociaux peuvent ne pas en être informés.

Une assistante sociale de la PASS explique :

« Ils arrivent au CAP, on leur donne un RDV au CMP et ils n'y vont pas. Qui s'en occupe de ces gens-là, qui retissent des choses avec eux ? Il y a des collègues qui nous appellent, d'autres pas. Il faudrait qu'on ait un espèce de rôle de veille pour savoir s'ils arrivent bien en CMP, qu'on les recontacte. Il y a des gens qui échappent ici. »

« On n'assure pas notre service après-vente. »

Les professionnels du social expriment également les difficultés qu'ils rencontrent dans le renouvellement des ordonnances, beaucoup de personnes n'ayant pas de médecin traitant, et l'équipe mobile santé mentale n'ayant plus de psychiatre.

3) Une coordination difficile

- **Pas ou peu d'espaces d'échanges instaurés**

Plusieurs CHRS évoquent la **méconnaissance** entre ces deux secteurs, l'impression que la psychiatrie ne comprend pas le social et inversement.

**« Ils disent « On fait tous du social un petit peu », sauf que les institutions comme nous on fait vraiment du social, mais pas du médical. »*

**« On a l'impression qu'il n'y a pas de lien entre les services de psychiatrie, qu'il n'y a rien de coordonné. Après entre la psychiatrie et le social c'est pareil il n'y a pas de liens. Et puis au sein du social, c'est aussi la même chose. » (un-e chef-fe de service d'un CHRS).*

Il n'y a pas d'espace d'échange instauré, les liens sont très aléatoires entre les services de la psychiatrie et les structures sociales : certains CHRS ont abandonné les relations directes avec la psychiatrie, passant par l'Equipe Mobile Santé Mentale, alors que d'autres CHRS continuent à entretenir des liens avec les CMP et l'intra. Le CMP et le CHRS d'Oyonnax et Bellegarde ont par exemple réussi à instaurer des réunions trimestrielles qui leurs permettent de faire un point sur les patients accompagnés au CHRS et hébergés et sur les actualités des structures.

Une fois par trimestre, dans la quasi-totalité des CHRS, ont lieu des « espaces rencontres », animés par le Carrefour Santé Mentale Précarité. Ces temps, regroupant toute l'équipe éducative, l'infirmière psychiatrique de l'équipe mobile référente pour ce secteur et le psychologue, permettent d'aborder et d'analyser des situations de personnes accueillies au CHRS et pour lesquelles les professionnels se questionnent sur l'accompagnement à mettre en place. Ces personnes peuvent être suivies également par le Carrefour Santé Mentale Précarité, ou l'être par la suite.

Au-delà des espaces d'échanges entre les structures, la coordination entre le social et la psychiatrie est également difficile autour de la prise en charge d'une personne pour de nombreux CHRS :

« On saucissonne les gens, hors pour bien accueillir les gens bien qui pourraient être accueillis en CHRS (...) il faudrait une coordination et pas les saucissonner. »

Lorsque des échanges ont lieu entre les structures sociales et la psychiatrie autour de la prise en charge d'une personne, la communication semble souvent difficile, notamment autour de la problématique du **secret médical et du secret partagé**. La question du partage des informations entre le CHRS et les services de soins a été évoquée à plusieurs reprises dans les entretiens auprès des responsables de CHRS et des travailleurs sociaux. Ces professionnels du social expliquent que, d'avantage que la connaissance de la pathologie, ce sont des clés sur l'accompagnement de cette personne qu'ils souhaiteraient.

**« On peut accueillir des gens potentiellement violent et on ne le saura pas tant qu'ils ne seront pas passés à l'acte dans notre structure. »*

**« Le secret médical est brandit à tout bout de champs. Ils mettent beaucoup en avant le secret médical, mais nous on a besoin de savoir comment la gérer, parce que la personne habite dans notre structure, avec d'autres personnes. »*

**Un éducatrice explique : « On s'en fout de ce qu'a la personne, nous ce qu'on veut savoir c'est comment travailler ensemble pour mieux l'accompagner. »*

** « C'est pas facile de travailler avec eux. Ils mettent beaucoup en avant le secret médical, mais nous on a besoin de savoir comment la gérer, parce qu'elle habite avec d'autres personnes. »*

** Une responsable de CHRS explique : « Les patates chaudes pas de souci on veut bien les prendre mais on veut savoir que s'en est une. »*

Plusieurs espaces de concertation et de réflexion existent pour aborder les situations de personnes pour lesquelles l'accompagnement est en échec, organisés par le CPA, par la mairie de Bourg en Bresse ou par le SIAO. Les modalités de sollicitation de ces commissions ne paraissent pas claires pour tous les acteurs. Par ailleurs, lorsque la psychiatrie y est représentée elle semble l'être majoritairement par les assistantes sociales et non par les soignants. Aux Commissions Parcours Résidentiel du SIAO, le soin n'est pas représenté.

L'absence de coordination efficace avec la psychiatrie est un réel manque selon les CHRS. Un-e chef-fe de service
« Avec un vrai système de coordination on pourrait les maintenir en CHRS si elles prennent leur traitement, s'il y a un suivi important et un vrai travail de réseau pourquoi pas, selon les pathologies. »

Plusieurs CHRS expriment en effet qu'une partie des personnes ayant des problématiques de santé mentale pourrait être mieux pris en charge au sein de leurs structures si une coordination existait entre les structures sanitaires et sociales.

- **Des professionnels en difficultés**

Les travailleurs sociaux des CHRS se retrouvent souvent isolés dans l'accompagnement des personnes ayant des problématiques psychiatriques au sein de l'hébergement, face à la difficulté de coordination avec la psychiatrie.

« On a eu une dame qui sortait tous les jours nues dans la structure. Une autre qui se tapait la tête contre les murs. Des gens qui dégradent leur logement et qui ont d'importants problèmes d'hygiène.... Nous on a pas d'équipe formé sur les troubles psychiatriques. »

Ils expliquent rencontrer de nombreuses difficultés dans l'accueil et l'accompagnement des personnes ayant des problématiques de santé mentale, comme l'explique une travailleuse social :

« Il y a des problématiques comme l'alcool c'est facile à définir. Mais il y a des gens je vois bien qu'il y a un souci, une forme de dépression, une forme de paranoïa, je sais pas dire exactement quoi et ça met en échec parce que si y a du positif il saccage, si je parle il prend mal, etc. Je n'ai aucune fin positive par ce genre de personne que j'ai pu accompagner. Je ne saurai pas dire quel problème elle avait. »

« On fait péter des gens parce qu'on les accueille mal. »

Une cheffe de service analyse :

« Les travailleurs sociaux ne sont pas préparés [à accompagner des personnes ayant des problématiques de santé mentale], donc ils font un accompagnement qui n'est pas le même, ils avancent très peu ou pas, et du coup la personne part et se déplace. S'ils étaient formés est ce qu'ils auraient besoin d'une infirmière psy je ne sais pas mais même pour un conseil une infirmière psy ça éviterait cette itinérance de gens qui se déplacement parce qu'ils ne sont pas accueillis correctement. »

« On a l'habitude de la personne bourrée qui va péter un plomb et frapper un autre. Mais la personne qui va être agressive péter un câble du jour au lendemain sans qu'on puisse la raisonner, et qui n'a pas d'addiction, en face il y a plus de réponse, ça on ne sait pas gérer. C'est ce public qui pose problème. »

Dans les CHRS du département, l'accompagnement fonctionne souvent avec un référent. Si dans certaines situations une co-référence est mise en place, l'accompagnement reste mené par un travailleur social, ce qui semble favoriser l'isolement :

« Il n'y a pas de vrai coréférence, c'est juste qui s'occupe des dossiers quand l'autre n'est pas là. »

Face à ces personnes pour lesquelles l'accompagnement se termine souvent en échec, les professionnels du social n'ont que peu de solutions et sont en demande de formations sur les problématiques de santé mentale, les addictions, etc. Les responsables de structures soulignent la souffrance que la gestion de ces problématiques de santé mentale peut induire chez les travailleurs sociaux.

« Cela peut aussi être traumatisant pour les collègues. On a payé de l'analyse individuelle pour des collègues traumatisés par des décompensations vécues au CHRS. »

Ainsi, du côté du social comme de la psychiatrie, l'absence de réponse coordonnée et adaptée face à ces personnes ayant des problématiques de santé mentale met en difficultés les professionnels.

Face à l'absence de professionnels de santé dans les CHRS, ce sont les travailleurs sociaux qui tentent d'amener vers le soin une population généralement en non-demande, dans le déni, voir réticente aux soins de santé mentale. Les possibilités de prise en charge en santé mentale sur le territoire sont limitées et peu adaptées aux besoins du public en situation de précarité. L'accès aux soins a donc souvent lieu en urgences, dans la crise. Le parcours de la psychiatrie à l'hébergement est également compliqué : face à des délais d'attente très importants dans les structures qui seraient adaptées aux personnes, les assistantes sociales sont contraintes d'orienter « à défaut » de nombreuses personnes en CHRS à la sortie de l'hospitalisation. Les espaces de coordination entre les structures sociales et la psychiatrie sont faibles, laissant les professionnels en difficultés face à des problématiques dépassant leurs champs de compétences.

INTERSTICE ENTRE LA PSYCHIATRIE, LE SANITAIRE ET LE SOCIAL

- Une expérience de la psychiatrie très souvent difficile
- Un soutien psychologique faible
- Des espaces de rencontre entre usagers et intervenants, et entre intervenants sociaux et en santé négligeables
- Des dispositifs de soutien en santé mentale inadaptés aux besoins du public en situation de précarité

∞ VI. Quelle place pour la santé mentale dans ces lieux et interstices ?

Après avoir vu les interstices, les lieux dans lesquelles les personnes ayant des problématiques de santé mentale sont prises en charge et la circulation entre les dispositifs, nous nous intéressons à la manière dont la santé mentale est prise en compte au sein de ces espaces.

1) Définition

La santé est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé en 1946 comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». La définition de la santé mentale va dans le même sens, ne voyant pas uniquement l'absence de troubles : « *un état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté.* »

Jean Furtos la définit lui comme « *la capacité de vivre et de souffrir dans un environnement donné et transformable, sans destructivité mais non pas sans révolte ; c'est-à-dire la capacité de vivre avec autrui et de rester en lien avec soi-même* »³⁰. Quelle que soit les définitions, la santé mentale va bien plus loin que la seule absence de troubles.

Tout comme pour la santé physique, plusieurs types de prévention peuvent être mis en place pour maintenir ou développer une santé mentale suffisamment bonne : La prévention primaire s'attache à diminuer les risques d'entrée dans la maladie, la prévention secondaire regroupe les mesures visant à dépister et intervenir précocement, alors que la prévention tertiaire vise à réduire les risques de rechute et de handicap à long terme.

³⁰ Congrès International de Lyon « La santé mentale face aux mutations sociales », octobre 2004, Onsm : Furtos J., Laval Ch. (sous la direction de), 2005, « Souffrir sans disparaître », in La santé mentale en actes, Edition Erès.

2) Quelle prise en compte de la santé mentale dans ces espaces ?

Au sein de ces espaces et des ces interstices précédemment développés, il n'y a pas de définition ou de vision commune de la santé mentale, de ce qu'est un psychologue, un psychiatre, un infirmier psychiatrique et de leurs différentes missions, pas plus que de ce qu'est-ce un Groupe d'Entraide Mutuelle, ou un trouble mental. Ces thématiques sont de toute manière très peu « parlées », ou très peu avec les personnes hébergées. La santé mentale est traitée uniquement sous l'angle de la psychiatrie, du trouble, de la crise. Ce manque de vision commune de ce qu'est la santé mentale et la psychiatrie crée des confusions à tous les niveaux, et ne permet à chacun de trouver son rôle. La psychiatrie dit que cela relève du social, le social dit que cela relève de la psychiatrie, et les personnes se retrouvent face à une prise en charge inadaptée. Nous avons tenté d'identifier différents obstacles à la prise en compte de la santé mentale, telle que précédemment définie, dans ces différents espaces fréquentés par les personnes en situation de précarité.

- **Une insécurité trop présente pour penser la santé mentale**

L'accès aux soins psychiques de personnes en situation de précarité nécessite souvent un travail sur le long terme, en tout cas une écoute et une adaptabilité à la temporalité de la personne. Plusieurs personnes ont exprimé durant les entretiens la nécessité de se sentir en sécurité, de se « poser » avant de pouvoir s'occuper de soi et de son bien-être.

« Oui j'avais un suivi avec l'équipe mobile. J'ai arrêté le suivi par obligation. Tu as déjà fait des séances psy ? Tu as vu comment ça détruit ? Moi deux trois jours avant t'y penses, et après vu ce que tu te prends dans la gueule il faut encore trois quatre jours pour assimiler le truc, alors quand tu te retrouves à la rue ou juste en urgences tu ne peux pas te poser pour faire le vide dans ta tête et réfléchir aux bonnes questions. Parce que toi jusqu'à présent tu t'es contenté des réponses qui t'arrangeait, et quand tu vas au psy elle met le doigt ailleurs, et y a des fois ça fait mal, donc après se remettre en question il faut quelques jours avant de s'en remettre. Moi c'est ce qu'il s'est passé toutes les fois. Ca abime, ça abime. »

Il s'agit en effet d'abord d'avoir un espace psychologiquement sécurisant. Les problématiques de survie quotidienne sont des obstacles à un travail psychique.

Un Monsieur qui a été hospitalisé, a fait un suivi pendant quelques semaines avec l'équipe mobile, et explique avoir arrêté :

*« - Oui mais après quand je me suis retrouvé à la rue tu voulais que je fasse comment pour me soigner ? Après toi pour te reconstruire tu te reconstruis sous ta tente à claquer des dents à 10h ?
- Pour vider votre sac au moins ?
- Tu vides ton sac mais une fois que tu l'as vidé faut le remplir. Donc il faut se poser pour le remplir ton sac. Parce que si tu le remplis avec des gens qui sont pas bien ou avec n'importe quoi t'as vite fait de virer du casque, c'est ça aussi le problème. Déjà quand tu sais que tu vas y aller c'est un peu comme un examen, 2 – 3 jours avant t'es en stress. Tu parles de choses que t'avais complètement oublié complètement enfoui au fond de toi-même tellement t'avais pas envie d'en parler, donc y en a tu ressorts t'as les yeux comme ça, t'es à l'envers. Et tous les gens avec qui j'ai pu en parler ils disent t'es à l'envers pendant 2 – 3 jours. Nan nan nan nan ca abîme hein. Ca abime en faisant du bien, mais faut avoir le courage d'y aller, faut avoir le courage de se mettre à nu, faut avoir le courage de se comporter comme un être humain. Mais ca abime, ca abime. »*

Une personne passée par un parcours d'errance, et qui avait des problématiques alcooliques explique :

*« - Ca sert à rien de forcer quelqu'un, plus tu le forces plus il ne veut pas. Moi on me disait tout le temps va te faire soigner va te faire soigner et je suis allé le faire tout seul. Ca a marché avec le temps. Quand j'y suis arrivé c'est quand j'étais chez moi en fait c'est là où je me suis posé la question, j'étais posé bien tranquille, je me suis dit je suis arrivé à plein de choses il faut que je fasse corriger ce qui était pas bon, et après je l'ai fait tout seul, ça sert à rien quelqu'un qui te cassent la tête.
- Vous l'avez fait tout seul à partir du moment où vous étiez posé chez vous en fait ?
- Oui voilà c'est ca. »*

Parlant de son arrêt de l'alcool, il développe : « Faut être tranquille pour que ça arrive. Faut pas qu'il y ait des gens bizarres. Quand je travaillais et que j'étais chez moi j'ai essayé de changer mes fréquentations. »

Le soin est ainsi dans le parcours de ces personnes comme beaucoup d'autres, mis en place lorsque la situation de précarité s'est améliorée, que les besoins primaires sont comblés, que les personnes occupent un endroit dans

lequel elles se sentent en sécurité. Toutefois, des actions de prévention et promotion de la santé mentale peuvent contribuer à préserver ou renforcer une santé mentale suffisamment bonne y compris lorsque la personne est en situation de précarité.

- **L'absence de prévention et promotion de la santé mentale**

Dans ces espaces pour les personnes en situation de précarité, la santé mentale n'est accompagnée qu'à partir du trouble, de la crise. Les problématiques de santé mentale sont vues de manière individuelle, dépendantes des individus, sans réellement tenir compte de l'environnement dans lequel ils évoluent.

La promotion de la santé mentale regroupe toutes les actions contribuant à améliorer la santé mentale des individus, elle a pour objectif de renforcer la capacité des individus et des collectivités à prendre en charge les questions de santé mentale qui les concernent et améliorer leur santé mentale. La prévention en santé mentale, quant à elle, consiste à agir sur les facteurs de risques et conditions pouvant conduire à des problématiques de santé mentale (l'environnement physique et social, les réseaux de soutien social, les services de santé, la situation sociale, etc.) et ainsi accroître la santé mentale positive.

Il n'y a pas ou peu d'actions de prévention et de promotion de la santé et de la santé mentale dans les CHRS. Des groupes de paroles, des ateliers collectifs, des activités psychosociales, des activités sportives, des permanences d'acteurs sanitaires et de santé mentale, la lutte contre la stigmatisation des problématiques de santé mentale, etc. pourraient être des éléments favorisant la prévention et promotion d'une santé mentale positive.

En effet, si la psychiatrie semble « faire peur » dans le discours des personnes rencontrées, beaucoup de personnes interrogées ne paraissent pas contre l'idée d'avoir une personne à qui parler, neutre et extérieure, qui vienne vers eux au CHRS.

**« Ouais faudrait peut-être mettre une personne par exemple, je ne sais pas si on dit un médiateur, qui écoute les gens, qui essaye de résoudre les problèmes, juste une personne à qui les gens ils pourraient se confier sans problème. [...] quelqu'un d'extérieur et puis qu'il soit à notre écoute, qu'il nous donne des conseils [...] sans qualification même quelqu'un qui est à l'écoute des personnes parce que quand même des fois y a des personnes au CHRS on voit qu'elles en ont plein le cœur elles ont envie de parler. Ils se confient à personne ils ne peuvent pas se confier parce qu'ils redoutent ils ont peur enfin je sais pas comment dire. »*

**« En fait moi j'ai peur de raconter ma vie parce que voilà. Je préfère le dire à une personne de confiance [...] quelqu'un qui va rien dire qui ne va pas juger, une personne neutre en fait. Y a beaucoup de gens ici ils ont besoin de parler mais ils ne peuvent pas, ça sort pas. Comme moi ça sort pas je garde tout dans ma tête c'est ça qui me rend fou aussi. »*

** « - Ouais des gens qui soient plus à l'écoute mais pas des éducateurs. Ouais il faudrait qu'il y ait un psychologue ou un truc comme ça ici, pas H24 mais deux fois par semaine, quelqu'un qui vienne ici justement, qui se déplace ici. Je pense ça aiderait pas mal de monde. Ça ne serait pas bête de ramener un psychologue ici. Des gens comme toi qui sont à l'écoute des gens. Oui ça ca manque. [...] »*

Ces premiers temps d'écoute pourraient permettre un repérage et une orientation des personnes ayant des problématiques de santé mentale. La présence d'acteurs de la santé mentale au sein des CHRS dans une démarche « d'aller vers » pourrait permettre de déconstruire les préjugés concernant la psychiatrie, la santé mentale et les acteurs du soin et ainsi favoriser l'accès aux soins.

- **Une participation de l'utilisateur limitée, la difficulté à être acteur de son parcours**

Quels que soient les structures et les interstices, les personnes semblent globalement peu impliquées dans les décisions qui les concernent, à un niveau individuel et collectif, comme nous l'avons expliqué précédemment. Ceci, contrastant avec la liberté vécue dans la rue, contribue à de nombreuses ruptures de parcours. Si les possibilités d'hébergement sont variées, les processus de décisions n'impliquent pas les personnes autant qu'elles le souhaiteraient, mettant en échec un projet dans lequel elles ne se retrouvent pas forcément.

Après de personnes en situation de précarité, la question de la participation individuelle et collective est complexe et les acteurs sociaux tentent diverses méthodes pour la développer. Que la participation ait lieu ou pas, ce qui semble

EMPOWERMENT

« L'empowerment fait référence au niveau de choix, de décision, d'influence et de contrôle que les usagers des services de santé mentale peuvent exercer sur les événements de leur vie. (...) La clé de l'empowerment se trouve dans la transformation des rapports de force et des relations de pouvoirs entre les individus, les groupes, les services et les gouvernements » OMS

important est d'en donner la possibilité par une palette d'outils variés permettant aux personnes en situation de précarité de s'en saisir, ou non, pour s'exprimer et participer. Les logiques d'empowerment sont très peu présentes au sein des structures. L'empowerment, qui désigne l'accroissement de la capacité d'agir de la personne via le développement de son autonomie, la prise en compte de son avenir et sa participation aux décisions la concernant, est un facteur de protection et de renforcement d'une santé mentale suffisamment bonne.

- **Une prise en charge segmentée**

Sur le département, le secteur psychiatrique et le secteur social sont éloignés, il n'y a pas ou peu de concertation, d'échanges et de réflexions communes. Les personnes circulent entre tous ces dispositifs du social et du médical, mais les acteurs restent dans leurs structures, ne sortent pas de leurs lignes, de leurs cadre. Les seuls acteurs présent tout au long du parcours, qui font du lien, sont les acteurs de contrainte : les services de curatelle / tutelle et le SPIP.

Lorsque les personnes ayant des problématiques psy prise en charge au sein des CHRS sont évoqué pendant une Commission de Parcours Résidentiel, le SPIP constate « Ils finissent au centre pénitencier. Et nous on ne refuse personne ! »

La prise en charge segmentée participe et renforce l'exclusion de ces personnes ayant des difficultés à « tenir » dans ces dispositifs. Masimo Marsili, psychiatre à Lille explique :

« Si chacun se retranche dans sa stricte professionnalité l'individu le plus mal tombe entre deux chaises. Le psychiatre doit faire un peu l'acteur social, l'acteur social doit être aussi un peu éduc. Il faut avoir des terrains de superposition, et là ça pourrait marcher. Le travail de la santé mentale va au-delà de la stricte professionnalité. Chacun doit un peu déborder et finaliser son travail sur la personne. Mon but c'est que la personne puisse vivre mieux. »

Ce sont ces terrains de superposition qui semblent manquer sur le territoire, et qui sont pourtant nécessaires à un maillage soutenant pour la personne en situation de précarité ayant des problématiques de santé mentale. Une approche globale, accompagnant la personne dans sa globalité, mobilisant ses ressources plutôt que les problématiques spécifiques qui la traversent. Dans cette vision, ce sont alors aux acteurs de s'organiser autour et avec la personne pour la soutenir, et non à elle de s'organiser entre les différents acteurs.

- **Des professionnels non outillés**

La pyramide IASC (cf. annexe 4), utilisée dans des contextes humanitaires, permet de symboliser les différents niveaux d'actions pouvant favoriser une santé mentale suffisamment bonne, et les différents acteurs pouvant y contribuer. Les travailleurs sociaux et autres professionnels non spécialisés en santé mentale ont un champ d'action large pouvant agir sur la santé mentale. Non outillés, non accompagnés pour développer leurs compétences en santé mentale, ils ne se sentent pas compétents dans ce domaine et tentent de référer vers la psychiatrie. Par un accompagnement et un renforcement de leurs compétences, les professionnels des CHRS pourraient avoir un réel impact en promotion et prévention de la santé mentale sans que cela les mette en souffrances.

- **Une singularité mise à mal**

Le sentiment d'injonction au projet, les règlements intérieurs des structures, les exclusions, la temporalité administrative, le sentiment que l'accompagnement est centré sur les démarches, le manque exprimé de lien social, etc. sont tant d'éléments apportés au cours de l'étude par les personnes comme les mettant en difficultés. Ces règles et ces espaces collectifs semblent mettre à mal la singularité des personnes, contraintes de rentrer dans le cadre préétabli qui leur fait violence sans toutefois pouvoir agir sur celui-ci, ou contraintes de le quitter pour préserver leur autonomie, leur estime d'eux même, leur singularité. Ces structures peuvent être quittées dans l'objectif de se protéger des violences qu'elles peuvent engendrer pour des personnes face à l'inadéquation avec leurs attentes.

« Faudrait faire du cas par cas déjà. Pas tout faire tout pareil. Souvent j'ai remarqué ils ont les consignes aussi. Quelque part toujours on redevient qu'un numéro, que ce soit une assistante sociale la CAF ou dans un cercueil on est qu'un numéro. Même en psychiatrie. Un schizophrène vous pouvez en prendre 10 j'en connais pas qui sont pareil. Après faut prendre la personne humaine. On est tous différents.

[...] Essayez de faire rentrer un rond dans un carré ce sera compliqué. Si on fait tout pareil, sur certains ça va marcher mais sur d'autres ça marchera pas. »

L'effort psychique nécessaire pour supporter le cadre des structures nécessite des ressources qui ne sont pas forcément mobilisables par des personnes ayant des problématiques de santé mentale. François Chobeaux propose

« Le CHRS de demain ce ne sera pas que des murs, intégrés ou diffus en ville, avec des accompagnements pour être dedans, mais un système centré sur les personnes et appuyé sur des « habiter » adaptés. Plutôt que mettre des gens dans des murs pré-existants, firstly or secondary, il faut créer les « murs », y compris en paille, qui correspondent aux gens et les accompagner dans ces possibles pour eux »³¹

C'est effectivement cette entrée par les structures et non par les personnes qui semble grandement participer aux allers retours d'un public en souffrance psychique entre les différents espaces de prise en charge, à la recherche d'une structure dans laquelle le cadre lui permettra de « tenir » en restant soi-même.

Ainsi, pour cesser le cycle incessant entre la psychiatrie, la rue, la prison, le CHRS, il ne s'agit selon nous pas uniquement de créer de nouvelles structures qui pourront accueillir les personnes exclues des anciennes : Il est nécessaire de diversifier et renforcer les possibilités d'hébergement sur le territoire. Comme nous l'avons vu, le public en situation de précarité ayant des problématiques de santé mentale est très divers. Aucune structure ne pourra répondre à l'ensemble des besoins variés de cette population hétérogène. Le fonctionnement des CHRS peut répondre aux besoins d'une partie des personnes ayant des problématiques de santé mentale à un moment donné, mais peut par son fonctionnement mettre en difficultés une autre partie de ce public. Si les maisons relais, famille d'accueil, résidences sociales, etc. n'étaient pas les structures d'entrée de cette étude, il est fort probable que des obstacles similaires pouvant favoriser les ruptures dans le parcours de personnes ayant des problématiques de santé mentale y soient également présents.

La création et la diversification des places d'hébergement doit également s'accompagner de la mise en place de mécanismes de prévention, de repérage, d'orientation, d'accompagnement, de coordination qui tissent avec et autour de ces personnes un maillage et un étayage important, sécurisant, leur permettant de mobiliser leurs ressources pour un projet d'insertion qu'elles ont définie sans que cela leur soit trop coûteux psychologiquement. Il s'agit d'accompagner les personnes dans la définition de ce qui leur semble adapté à un moment donné de leur parcours, de permettre l'adaptabilité des politiques publiques à l'individualité des personnes.

³¹ CHOBEAUX François, Rien ne sert de bâtir, il faut habiter avant, Le Sociographe n° 44, 2013, p. 97

∞ Propositions

∞ I. Faciliter l'accès aux dispositifs

Comme nous l'avons vu, les difficultés dans l'accès à l'information et l'isolement social semblent jouer un rôle déterminant dans l'errance et le passage dans différents dispositifs d'hébergement. Il s'agit donc de développer et renforcer les outils permettant d'accéder de manière plus autonome aux structures et aux droits, de telle manière que la personne soit d'avantage « actrice » de ce parcours.

- **Développer les maraudes sur le département**

Quoi ? Possible porte d'entrée vers l'accès à l'hébergement des publics les plus éloignés des dispositifs, les maraudes pourraient être développées et renforcées sur le territoire, réalisées par les travailleurs sociaux des accueils de jour ou en coordination avec eux.

- ⇒ Renforcement des maraudes sociales sur Bourg-en-Bresse pour qu'elles aient lieu tout au long de l'année
- ⇒ Développement de maraudes sur Ambérieu, Bellegarde, à des horaires et sur des modalités différentes, avec un point d'étape à 3 mois pour en évaluer la pertinence
- ⇒ Rapprochement de l'Equipe Santé Mentale Précarité des acteurs des maraudes pour les réaliser conjointement
- ⇒ Coordination des acteurs des maraudes, des accueils de jour et du CSMP par le biais de réunions régulières

Pourquoi ? Cela permettra de créer et maintenir un lien avec les personnes en errance, entre l'extérieur et l'intérieur des structures, notamment avec les personnes les plus éloignées des dispositifs. Ces dispositifs « d'aller vers » permettent aux personnes qui ne sont pas en demande d'obtenir de l'information sur les possibilités. Cela donne également la possibilité de continuer à accompagner la population ayant été exclue des dispositifs d'hébergement.

Par qui ? Mise en place et concertations des acteurs coordonnés par la DDCS.

Maraudes animées conjointement par les travailleurs sociaux des CHRS / Accueils de jour et le Carrefour Santé Mentale Précarité.

- **Accès à l'information : Réalisation de « guide de la solidarité »**

Quoi ? Il s'agirait de réaliser sur chaque territoire des groupes de travail au sein des accueils de jour et CHRS, en lien avec les autres acteurs du territoire (par exemple les centres sociaux, CCAS, Ateliers Santé Ville, etc.) regroupant des intervenants sociaux, des personnes en situation de précarité (ou l'ayant été) et des référents du Carrefour Santé Mentale Précarité, afin d'identifier les informations utiles localement pour des personnes se retrouvant en errance dans une ville ou un département qu'ils ne connaissent pas nécessairement. Ce travail permettra par la suite d'aboutir à la création d'un guide départemental co-construit avec les personnes, recensant toutes les informations nécessaires pour les personnes en situation de précarité, qui pourra être diffusé largement dans les structures et services du territoire. Ce guide sera mis à jour annuellement sur les mêmes modalités de co-construction avec les personnes hébergées ou accueillies. Une version en ligne pourrait également être créée. La réalisation de ce travail et ces ateliers pourront également être des outils de valorisation des compétences des personnes hébergées et accueillies.

Cf. en annexe 8 ressources sur la réalisation des guides.

Pourquoi ? Cet outil pourra permettre de faciliter l'accès à l'information des personnes en situation de précarité et de pouvoir renforcer leurs possibilités d'être autonomes dans leurs démarches (consulter un médecin, distribution alimentaire, vestiaires, etc.).

Par qui ? La réalisation de ces ateliers pourra être répartie sur les différents territoires du département. L'idée étant que ces informations au niveau local puissent être recueillies par des binômes constitués de travailleur sociaux des CHRS et de référents du territoire au niveau du Carrefour Santé Mentale Précarité. Un référent dans chaque CHRS sera chargé de solliciter les partenaires locaux (centres sociaux, associations locales, etc.) et

d'animer avec les personnes les groupes de travail. Un référent au sein du Carrefour Santé Mentale Précarité et/ou un référent précarité du CPA sera chargé sur un territoire de clarifier les dispositifs d'accès aux soins de santé et de santé mentale.

La co-construction de cet outil avec les personnes hébergées est indispensable pour qu'ils puissent être adaptés et réellement répondre aux besoins.

La collecte des informations des territoires et la coordination du guide départemental pourront être réalisées par la DDCS. Toutefois, au vu du souhait de co-construire ces guides avec les personnes hébergées et les acteurs du territoire, un poste à temps complet durant quelques mois semble nécessaire sur ce projet afin d'en assurer la mise en œuvre (exemple mission courte ou stagiaire sur ce projet spécifique).

- **Développer les accueils de jour sur le département**

Quoi ? Nous proposons de créer des accueils de jour sur les territoires de Gex et Bellegarde, où aucun lieu n'est accessible au public en errance et d'élargir les plages horaires de ceux d'Ambérieu et Oyonnax, ouverts seulement par demi-journées.

- ⇒ Création d'accueil de jour sur Gex et Bellegarde
- ⇒ Renforcement des plages horaires d'ouverture sur Ambérieu, Oyonnax
- ⇒ Renforcement de la période d'ouverture du PAJ Choc Chaud à Bourg en Bresse

Pourquoi ? Les accueils de jour permettent l'accueil, l'information, l'orientation des personnes en errance qui ne sont pas hébergées avec un bas seuil d'exigence (pas de contrat, d'obligations de rendez-vous). Ils constituent, tout comme les maraudes, des portes d'entrées possibles vers les dispositifs ainsi que des possibilités de maintien du lien social lors des périodes d'errance.

Par qui ? La DDCS et les CHRS

∞ II. Renforcer la participation et la place des personnes hébergées au sein des structures

1) Développer des outils de participation

L'étude a montré que la question de l'« autonomie » des personnes était peu prise en compte dans le fonctionnement des dispositifs d'insertion. Or, il apparaît à travers l'étude, que le fait de favoriser cette autonomie et des outils de participation pourrait avoir des conséquences positives en termes de « santé mentale », d'estime de soi, de définition et d'inscription dans un projet. Au niveau collectif, la participation des personnes hébergées et les temps d'échanges réguliers peuvent être des espaces de régulation de la vie collective, limitant ainsi le développement des conflits. Il semble donc important d'intégrer dans le fonctionnement des dispositifs des outils permettant aux individus de s'exprimer et de pouvoir prendre part aux projets s'ils le souhaitent, qu'ils soient collectifs concernant les structures, ou individuels concernant leur propre projet.

- **Mise en place de réunions mensuelles**

Quoi ? Mise en place de réunions mensuelles au sein de chaque CHRS et accueil de jour, entre les personnes hébergées, l'équipe éducative et la direction, suivies d'un temps convivial (repas, gouté). Ces réunions, non obligatoires, pourront permettre à chacun d'aborder la vie collective, les sorties, la vie de l'association, etc.

Pourquoi ? Afin de renforcer la participation des usagers au sein des CHRS et les espaces de concertation entre les personnes hébergées et les travailleurs sociaux.

Par qui ? Les équipes des CHRS et accueils de jour, les personnes hébergées ou accueillies.

- **Mise en place de « pauses cafés » hebdomadaires**

Quoi ? Nous proposons l'organisation de temps de rencontres hebdomadaires non obligatoires autour d'un café ou petit déjeuner au sein des accueils de jour et CHRS. Ces temps, tels que mis en place dans certains services de psychiatrie, pourront être l'occasion de lire les remarques inscrites dans la boîte à idée et de discuter de manière moins formelle de la vie au sein de la structure. Cela constitue également un temps possible de régulation de la vie quotidienne au sein des structures et de renforcer les liens entre les personnes hébergées et accueillies et les travailleurs sociaux.

Pourquoi ? Afin d'offrir un espace de régulation de la vie collective, dans lequel les choses puissent être dites et pensées, pour limiter l'accumulation des problèmes se terminant fréquemment en conflits.

Ces temps informels et conviviaux permettent également de renforcer les liens entre les personnes accompagnées et les travailleurs sociaux, et de renforcer la participation et l'implication des personnes dans la vie de la structure.

Par qui ? Les équipes du CHRS et les directions.

- **Diversifier les supports de participation au sein des structures**

Quoi ? Mise en place de boîte à idées / doléances dans chaque CHRS et accueil de jour, ainsi que de questionnaires de sortie du dispositif. Des enquêtes flash pourront également être réalisées tous les trois à six mois au sein des CHRS afin d'obtenir des retours des personnes hébergées sur leur vie au sein de la structure.

Pourquoi ? Afin d'offrir différents supports pouvant permettre l'expression et la participation des usagers dans les dispositifs pour augmenter les potentialités de participation. Cela permet également de positionner les structures dans une logique d'amélioration de leurs services.

Par qui ? Les équipes des CHRS et accueils de jour.

- **Développement du Conseil Régional – Départemental des Personnes Accueillies dans l'Ain**

Quoi ? Le Conseil consultatif des personnes accueillies et accompagnées (CCPA), et ses déclinaisons régionales (CCRPA) ont été créés afin de promouvoir la participation des personnes accueillies ou accompagnées à l'élaboration, au suivi et à l'évaluation des politiques publiques, principalement en ce qui concerne les domaines de l'hébergement et du logement. En 2010, des déclinaisons de ce conseil ont été mises en place au niveau régional par le biais des Conseils Régionaux Consultatifs des Personnes Accueillies. Dans la région, la CRCPA est composée de délégués de Lyon, Annecy, Roanne. Des déclinaisons sont souhaitées de ces conseils au niveau départemental, ce qui semble être l'opportunité de développer ces instances de participation sur le territoire de l'Ain.

Les CRCPA réalisent trois à quatre fois par ans des forums ouverts à tous, mais regroupant au moins 2/3 de personnes accueillies et au maximum 1/3 d'intervenants sociaux (bénévoles, salariés, fédérations). Les délégués, des personnes accueillies et des membres de structures se rassemblent ainsi autour d'une journée de travail sur une thématique spécifique, telle que l'isolement, la santé, etc. afin de définir des préconisations.

Les délégués (élus une fois par an lors d'un des forums) participent par la suite aux instances de réflexions des politiques de logement et d'hébergement, notamment au Plan Départemental d'Action pour le Logement des Personnes Défavorisées (PDALPD), aux instances du SIAO, au niveau des Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS).

Nous proposons donc de développer le Conseil Départemental des Personnes Accueillies et Accompagnées sur le département de l'Ain, en lien avec le Conseil Régional. Dans un premier temps, la participation de personnes hébergées et accompagnées aux forums organisés par le CRCPA permettrait de découvrir la réalité de ces forums, du rôle des délégués, etc. pour qu'une démarche similaire soit ensuite mise en place par le développement d'un conseil départemental.

Pourquoi ? Le développement de ce conseil sur le département pourrait permettre de créer des outils de participations des personnes pérennes et ainsi d'accompagner le souhait de renforcement de la participation des usagers au niveau des structures d'hébergement par le développement d'une participation au niveau des politiques. Développer la participation des usagers dans les instances d'élaboration, de suivi et d'évaluation des politiques publiques qui les concernent, et s'appuyer sur leur expertise permettraient de créer une réelle dynamique sur le territoire.

Par qui ? Le CCPA est soutenu par la Direction Générale de la Cohésion Sociale, et est animé sur le territoire de la région Rhône-Alpes par la Fondation Armée du Salut. Afin que cette participation ne soit pas rattachée à un CHRS, il semble intéressant qu'un acteur départemental puisse dans un premier temps faire le lien avec l'Armée du Salut, tels que le CSMP et le SIAO.

2) Adapter les outils de gestion en collectivité

L'étude a montré que les règlements intérieurs mis en place dans les CHRS ne faisaient pas forcément sens pour les personnes hébergées ni pour les travailleurs sociaux. Ils peuvent être à l'origine de nombreuses ruptures dans

les parcours d'hébergement des personnes. Il s'agit donc d'essayer d'objectiver les ruptures que peuvent provoquer ces règlements, et de les faire évoluer afin qu'ils puissent être adaptés au public accueilli.

- **Objectiver les données sur les exclusions**

Quoi ? Nous proposons de définir des outils de recueil de données communs au sein des CHRS sur la question des exclusions : combien de personnes différentes, pour quels motifs, quels avertissements mis en place au préalable, etc. Ceci afin de pouvoir avoir une vision globale et une analyse au sein des CHRS de cette question mettant à mal les équipes et les personnes hébergées. Ces données pourront ensuite être analysées conjointement entre les CHRS par exemple lors des Commissions Parcours Résidentiels (CPR) réunions étudiant les situations au SIAO.

Pourquoi ? La mise en place de cet outil permettra d'avoir plus de visibilité sur les raisons des exclusions, leur nombre, pouvoir les questionner collectivement, les analyser et à terme pouvoir diminuer le recours à l'exclusion. (Cf. proposition et ressources en annexe 9)

Par qui ? Les directions des CHRS en lien avec le SIAO, le CNPA, la Fédération des Acteurs de la Solidarité.

- **Travail sur les règlements / livret d'accueil / charte des personnes accueillies**

Quoi ? Nous proposons la mise en place de groupes de travail entre les travailleurs sociaux, les personnes hébergées et les directions pour faire évoluer les règlements intérieurs. Il s'agira notamment de développer et renforcer la question des droits des usagers au sein de ces règlements, de clarifier les voies de recours des personnes lorsqu'elles souhaitent contester une décision (Comment est-ce que je demande le changement de référent si cela ne se passe pas bien avec celui qui m'accompagne ? Comment je conteste la sanction qui vient de m'être attribué ? Comment je participe à mon projet d'insertion ? Puis je avoir accès à mon dossier, et comment ? etc.). Un travail important devra également être fait sur l'échelle des sanctions et la question des personnes ayant des problématiques d'addictions.

- ⇒ Groupes de travail au sein de chaque CHRS afin d'aboutir à
 - Une adaptation des règlements intérieurs aux réalités des personnes accueillies
 - Une clarification des sanctions et de leur application
 - La mise en place de recours
 - La réalisation de livret d'accueil au sein de chaque structure
 - La valorisation des droits des personnes hébergées

Pourquoi ? Pour que les règlements intérieurs fassent sens pour les personnes hébergées et les travailleurs sociaux, et pour permettre aux personnes hébergées de participer à la réflexion sur ces outils afin de pouvoir s'en saisir par la suite.

Par qui ? Les équipes des CHRS et les personnes hébergées, en lien avec la direction des CHRS. La co-construction avec les personnes hébergées est indispensable pour que ces outils soient adaptés et acceptés par tous. La Fédération des Acteurs de la Solidarité ou un membre du Carrefour Santé Mentale Précarité pourrait être en appui, ainsi que le Conseil National ou Régional des Personnes Accueillies et Accompagnées.

- **Mise en place de réunion « pré » et/ou « post » exclusion**

Quoi ? Nous proposons la mise en place de « procédures » pour la question des exclusions lorsque celles-ci n'ont pu être évitées, qui soient préalablement définies dans le règlement. Nous conseillons notamment la mise en place systématique de réunion de bilan, de point d'étape avec le travailleur social référent ayant suivi la personne (avant l'exclusion, si celle-ci n'est pas faite dans un moment de crise, ou le travailleur social pourra recontacter la personne quelques jours après pour lui proposer un rendez-vous si la rupture a eu lieu dans un moment d'énervement non propice à la discussion constructive).

Ce temps permettra la clarification des droits de la personne (droit ou non d'aller à l'accueil de jour, possibilité de retour dans la structure après quels délais, etc.), de faire un point sur les démarches en cours, ce qui a été effectué, ce qu'il reste à effectuer. Le travailleur social proposera une orientation vers d'autres acteurs du territoire pour poursuivre l'accompagnement débuté et mettra en place la passation de dossiers, etc. afin que l'accompagnement se poursuive. Si un retour est programmé dans la structure, ou envisageable, il pourra également être discuté des possibilités de travail en commun pour la suite et d'accompagnement.

Lorsque l'exclusion fait suite à une problématique d'addictions, l'orientation vers un service de soins spécialisé semble indispensable, sans toutefois qu'elle soit une contrainte.

Pourquoi ? Afin que les exclusions, lorsqu'elles n'ont pu être évitées, puissent avoir davantage de sens pour les personnes et qu'elles ne soient pas uniquement vécues comme des violences. Cela permettra une poursuite de l'accompagnement, afin que l'exclusion de l'établissement ne signifie pas de mettre un terme à tout le processus d'insertion en cours.

Par qui ? Le travailleur social référent (Cf. proposition de trame et ressources en annexe 9)

∞ III. Renforcement des dispositifs de première ligne envers les personnes en situation de précarité

Au travers de l'étude, nous avons pu voir que les questions de santé mentale étaient sur le territoire souvent assimilées aux problématiques uniquement psychiatrique, traitées en urgence, et lors de crise. Il s'agit donc de développer une approche globale en santé mentale, de mettre en place des actions de prévention et de suivi permettant de maintenir et développer une santé mentale suffisamment bonne pour les personnes en situation de précarité, et pas uniquement de traiter l'urgence.

- **Renforcer le Carrefour Santé mentale Précarité**

Quoi ? Le Carrefour Santé Mentale Précarité est le seul acteur pouvant intervenir de manière intersectorielle sur le département et ainsi maintenir le lien avec les personnes en situation de précarité ayant des problématiques de santé mentale. Il s'agit par ailleurs du seul acteur intervenant sur les thématiques de santé mentale et non pas uniquement de psychiatrie. Nous proposons ainsi de renforcer les moyens du CSMP afin d'améliorer les interventions proposées (notamment en termes de délais d'intervention) et d'élargir ses modalités d'actions (par le renforcement des actions de prévention et de repérage).

⇒ Renforcement de l'équipe pour animation de temps hebdomadaire dans les CHRS et accueils de jour du département afin d'y réaliser des activités psychosociales. Celles-ci permettront de créer un premier lien avec les personnes, dans une démarche « d'aller vers », de repérer les personnes ayant des problématiques de santé mentale et de les orienter par la suite vers une prise en charge si nécessaire. Elles participeront au maintien et renforcement d'une santé mentale « suffisamment bonne » dans une logique de prévention. Cette présence régulière d'intervenants en santé mentale au plus près des personnes permettra également de lutter contre la stigmatisation de la santé mentale et de faciliter l'accès aux soins.

⇒ Temps café hebdomadaire au Carrefour Santé Mentale Précarité pour qu'un espace « neutre » et informel puisse être accessible aux personnes, dans lequel les questions de santé mentale peuvent être abordées sans tabou. Cet espace pourra également être un lieu de création de liens, de valorisation du collectif.

⇒ A moyen terme, créer une antenne du CSMP dans le secteur est du département pour qu'il puisse travailler davantage en proximité avec les acteurs des territoires

Pourquoi ? Seules deux infirmières psychiatriques se partagent le département pour l'équipe mobile en santé mentale et précarité. Les délais d'attente s'allongent et les infirmières interviennent sur sollicitation des acteurs, mais ne passent pas assez de temps dans les structures pour pouvoir créer du lien avec les personnes, repérer les personnes ayant des problématiques de santé mentale et les amener vers le soin. Le renforcement de l'équipe pourrait permettre des interventions plus rapides, en lien avec les nouvelles équipes mobiles du CPA, ainsi que des interventions préventives : aller vers, activités psychosociales, etc. afin que le repérage et l'orientation ne soit plus de l'unique responsabilité des travailleurs sociaux.

Par qui ? DDCCS

L'équipe pourra être renforcée par le recrutement de deux infirmiers psychiatriques supplémentaire, et le recrutement d'intervenants en santé mentale pour la mise en place d'activités psychosociales.

- **Création d'une équipe pluridisciplinaire « hébergement et santé mentale »**

Quoi ? Nous proposons la création d'une équipe constituée d'un binôme éducateur – psychologue qui puisse rencontrer les personnes en « ruptures » et faire du lien hors dispositif, questionner les problématiques de logement, accompagner le passage d'un dispositif à un autre, le passage en logement seul, etc.

Cette équipe pourrait être sollicitée par les travailleurs sociaux, le SIAO, les maraudeurs, les intervenants réalisant des activités psychosociales dans les CHRS, etc. lorsque les limites de leurs interventions sont atteintes (après un départ de la personne, une exclusion, lorsque l'accompagnement est bloqué, etc.), afin qu'un relais puisse être réalisé. En lien avec les différents intervenants, cette équipe pourra assurer le « fil rouge » nécessaire avec les personnes transitant entre les différents dispositifs, afin de limiter les ruptures et leurs conséquences dans le parcours des personnes.

Pourquoi ? Actuellement les prises en charge sont dépendantes des structures, et peu d'acteurs sont présents dans les interstices mis à part les services contraints (curatelle, SPIP), permettant de maintenir le lien avec les personnes en « ruptures ». Comme nous l'avons vu, de nombreuses personnes en situation de précarité ayant des problématiques de santé mentale tournent entre les dispositifs pendant plusieurs mois, ou plusieurs années, sans que le lien puisse être maintenu avec l'accompagnement. Cette équipe pourra donc permettre de limiter les ruptures et de maintenir le lien lorsque celles-ci ont eu lieu afin de remobiliser le maillage partenarial nécessaire avec la personne.

Par qui ? Il semble important, pour que les personnes intervenantes soient neutres et que les personnes hébergées se sentent libres de parler, que cette équipe ne soit pas rattachée aux CHRS mais à un dispositif extérieur tel qu'un regroupement interinstitutionnel, ou au Carrefour Santé Mentale Précarité.

- **Créer et renforcer les Groupes d'Entraide Mutuelle**

Quoi ? Les GEM sont des associations loi 1901 composée d'adultes ayant des troubles psychiques ou des troubles cognitifs sans avoir nécessairement une reconnaissance de handicap, parrainé par une association. Ils ont pour objectifs de favoriser des temps d'échanges, d'activités et de rencontres pouvant déboucher sur la création et le développement du lien et de l'entraide entre ses adhérents et afin de briser la solitude.

Pourquoi ? Le département ne dispose actuellement que de 4 GEM. Ces espaces permettent de lutter contre l'isolement de personnes ayant des troubles psychiques, permet de développer leur autonomisation, etc.

Par qui ? ARS

- **Elargir le dispositif des agents de santé**

Quoi ? Nous proposons d'élargir le dispositif des agents de santé afin qu'il ne soit pas accessible qu'aux bénéficiaires du RSA. Sur sollicitation des acteurs du territoire, l'accompagnement dans le parcours de santé de personnes en situation de précarité rencontrant des problématiques dans l'accès et le maintien des soins pourra être proposé.

Pourquoi ? Le « case management », la coordination de soins, l'accompagnement physique à des consultations, etc. par des professionnels médicaux sont des modalités permettant de favoriser l'accès aux soins et le parcours de soin notamment pour les personnes en situation de précarité. L'accompagnement par un agent de santé n'est pas dépendant de l'hébergement et les agents de santé pourraient donc être « fil rouge » sur le parcours de santé des personnes en errance.

Par qui ? Le conseil départemental.

- **Mettre en place et animer un réseau de « référents santé et santé mentale » au sein des CHRS**

Quoi ? Un travailleur social ou un binôme se portant volontaire pour impulser et développer des actions en termes de santé et santé mentale au sein des CHRS et des accueils de jour : coordonner la mise en place d'actions, la mobilisation d'acteurs du territoire, le développement d'activités adaptées au public accueilli, être l'interlocuteur privilégié des autres acteurs du territoire sur ces questions, participer aux rencontres des référents d'autres CHRS, etc.

⇒ Mettre en place au sein de chaque CHRS un travailleur social ou un binôme référents santé - santé mentale qui puisse bénéficier d'au moins 1 journée de travail dédiée par mois sur cette thématique)

⇒ Coordination tous les 2 mois de ces référents par le CSMP (Cf. annexe 10)

Pourquoi ? Pour avoir des interlocuteurs privilégiés entre les structures sanitaires et sociales et des temps dédiés pour permettre le développement d'actions de prévention au sein des CHRS.

Par qui ? Par des travailleurs sociaux sensibles à ces questions volontaires pour devenir référents. L'animation, la coordination et le soutien des référents santé - santé mentale sera assuré par le Carrefour Santé Mentale Précarité.

- **Développer des actions de sensibilisation à la santé mentale et de lutte contre la stigmatisation**

Quoi ? Nous proposons la mise en place de différentes actions permettant la sensibilisation sur les questions de santé mentale et la lutte contre la stigmatisation sur les territoires et particulièrement au sein des CHRS : campagnes de communication, temps d'information, projections débats, interventions d'acteurs de la santé mentale, etc. La Semaine d'information de la Santé mentale pourrait être une porte d'entrée vers ces actions de sensibilisation.

Pourquoi ? Afin de lutter contre la stigmatisation de la santé mentale auprès du public en situation de précarité, de sensibiliser à la santé mentale, et ainsi de faciliter l'accès aux soins.

Par qui ? Les CHRS, en lien avec l'ARS et les partenaires du territoire.

- **Développer des permanences d'acteurs du sanitaire au sein des structures sociales**

Quoi ? Mobiliser, développer et adapter les dispositifs de prévention et d'éducation à la santé existants afin qu'ils soient accessibles aux personnes fréquentant les accueils de jour et CHRS.

- ⇒ Recensement des acteurs pouvant intervenir au sein des CHRS
- ⇒ Groupes de travail avec les personnes hébergées pour définir et construire les actions prioritaires et les modalités d'intervention à privilégier
- ⇒ Formaliser des partenariats par des conventions

Pourquoi ? Développer un maillage d'acteurs spécialisés pouvant intervenir au sein des CHRS sur les questions de santé et santé mentale, et permettant de créer un lien avec les personnes qui ne soit pas dépendant des structures dans lesquelles elles sont hébergées. L'objectif étant que le parcours de soin ne s'interrompe pas au départ des structures. L'enjeu est que les acteurs des CHRS ne soient pas seuls face aux questions de santé, mais aussi que le parcours de santé ne s'interrompe pas à la sortie du CHRS.

Par qui ? Ce travail sera réalisé par les CHRS, impulsé par les référents santé – santé mentale au sein des équipes, et avec le soutien du Carrefour Santé Mentale Précarité.

- **Amélioration de l'offre d'activités des accueils de jour et des CHRS en lien avec les acteurs des territoires**

Quoi ? Nous proposons la mise à disposition d'outils pour favoriser le lien avec la ville et faciliter l'investissement des personnes en dehors des CHRS. Les équipes de travailleurs sociaux pourraient proposer et faciliter davantage la mise en place d'activités avec les personnes hébergées, en veillant à favoriser la valorisation de leurs compétences et les échanges de savoirs.

- ⇒ Mise en place du WIFI accessible pour les personnes dans tous les accueils de jour et de poste informatique, afin que les personnes puissent être autonomes dans la réalisation de leurs démarches (actualisation CAF, recherche d'informations, etc.)
- ⇒ Investissement dans du matériel afin de renforcer le côté « accueillant » des accueils de jour : livres, ordinateur, canapé, peinture, jeux, etc. en libre accès
- ⇒ Amélioration de l'affichage dans les accueils de jour : mise à disposition de plans de la ville, liste des agences d'intérim, actualités culturelles et sociales de la ville, lignes de bus et de trains, adresses des CAF et Pôle Emploi, etc.
- ⇒ Développement et renforcement d'activités culturelles et sociales, en lien avec les acteurs de la ville
- ⇒ Développement et renforcement d'activités dans une logique de valorisation des compétences des personnes hébergées

Pourquoi ? L'objectif est de renforcer l'autonomie des personnes dans leurs démarches, leur inscription dans la ville (citoyenneté), et la valorisation de leurs compétences. L'idée est de faire vivre ces lieux autrement que comme des lieux d'accompagnement et d'attente, valoriser le collectif comme une ressource pour la santé mentale. L'intervention d'acteurs du territoire, que ce soit pour des activités occupationnelles ou pour des sensibilisations sur des thématiques de santé, pourrait permettre de réinscrire ces lieux dans la ville, et les personnes qui les fréquentent. Les activités occupationnelles sont des outils pour renforcer l'estime de soi et le bien être des personnes par la valorisation de leurs compétences.

Par qui ? Les travailleurs sociaux des CHRS et accueils de jour, en lien avec les référents santé – santé mentale. L'octroi d'un budget supplémentaire à la mise en place d'activités au sein des CHRS et accueils de jour est nécessaire pour leur bonne réalisation.

∞ IV. Renforcement des dispositifs de coordination et soutien à la professionnalité

1) Faciliter l'interconnaissance entre les dispositifs et le renforcement des compétences

Les dispositifs du département sont nombreux, parfois très éloignés géographiquement, et ne se connaissent pas forcément. Un nombre important de personnes passe de structures en structures, ou est pris en charge par plusieurs structures en même temps sans que celles-ci soient nécessairement en lien. Les activités proposées ici ont donc pour objectif de favoriser l'interconnaissance et le travail en réseau de structures qui peuvent accueillir les mêmes personnes dans des temporalités différentes, afin qu'ils puissent offrir une prise en charge globale aux personnes.

- **Mutualisation du plan de formation des CHRS du département**

Quoi ? Chaque CHRS forme ces équipes sur les questions d'addictions, de santé mentale, etc. Nous proposons la mutualisation de ces formations entre les différents CHRS du département.

Pourquoi ? Afin d'apporter une grille de lecture partagée par tous les travailleurs sociaux. Ces temps permettraient également de créer du lien entre les travailleurs sociaux du département, ce qui peut par la suite fluidifier le parcours des personnes entre les structures.

Par qui ? Les directions des CHRS en lien avec la DDCS

- **Mise en place de stages croisés, visites et réunions semestrielles des CHRS du département**

Quoi ? Des réunions entre les équipes avec présentation des modalités de fonctionnement du CHRS, les difficultés rencontrées, projets mis en place, etc. pourraient être organisées tous les six mois

Des stages croisés pourraient être réalisés au sein des différents CHRS : un travailleur social passe deux demi-journées dans une structure, puis accueille celui qui l'a accueilli au sein de sa structure.

⇒ Rencontres régulières entre les équipes des différents CHRS

⇒ Stages croisés entre les travailleurs sociaux des différents CHRS

Pourquoi ? Ces temps permettraient aux professionnels de créer du lien avec les autres professionnels du territoire, de découvrir d'autres modes de fonctionnement, de questionner leurs pratiques respectives, etc. Une connaissance affinée des CHRS du département permettra également d'affiner les propositions d'hébergement les plus adaptées pour les personnes en difficultés dans les structures.

Par qui ? Les directions des CHRS en lien avec la DDCS.

- **Séminaire annuel regroupant les travailleurs sociaux des CHRS du département**

Quoi ? Comme cela avait été réalisé une première fois, il est proposé d'organiser une fois par an un séminaire regroupant les travailleurs sociaux du département, sur des thématiques avancées par les travailleurs sociaux.

Pourquoi ? Afin de favoriser l'interconnaissance et renforcement des compétences de travailleurs sociaux du département, confrontés à des problématiques similaires au sein de leurs différents dispositifs.

Par qui ? Par la DDCS

- **Mise en place de stages croisés entre les dispositifs du social et de la psychiatrie**

Quoi ? Réalisation de stages croisés entre les différents services de psychiatrie de secteur des CHRS et les travailleurs sociaux. Un service du CMP ou de l'hôpital pourra accueillir trois demies-journées un travailleur social d'un CHRS dans sa structure, et ce dernier accueillera par la suite au sein du CHRS un travailleur social ou soignant du CPA. Si les référents santé-santé mentale mis en place au sein des CHRS semblent être prioritaires pour la réalisation de ces échanges, il serait intéressant de les permettre à différents travailleurs sociaux.

Pourquoi ? Favoriser l'interconnaissance entre la psychiatrie et le social et le travail en réseau.

Par qui ? Coordonné par le Carrefour Santé Mentale Précarité et le SIAO

- **Mise en place de « formations flash » sur des thématiques médico-sociales**

Quoi ? Des formations régulières de 2h pourront être réalisées sur l'heure de midi en semaine, permettant aux acteurs des territoires de se retrouver autour d'une thématique commune. Ces formations, utilisant les ressources du territoire, permettent un échange de savoirs et une meilleure coordination entre les acteurs du territoire.

Exemples de thématiques et d'acteurs	
Thématiques	Animateur
Syndrome de Diogène	CSMP - ORSPERE
Le risque suicidaire	CSMP
PUMA	Assistants sociaux CPA
Bases en alcoologie	ANPAA
Syndrome Korsakoff et troubles cognitifs liés à l'alcool	
La réduction des risques	CSAPA
Les mesures de protection	Services de curatelles
Bases sur les toxicomanies	
Précarité et gérontologie	MAIA
L'estime de soi	
Le secret professionnel	
Introduction sur le Chez soi d'abord	Fédération des Acteurs Sociaux

Afin de créer des réseaux dans tout le département, il est important que ces formations n'aient pas uniquement lieu à Bourg en Bresse. Nous proposons en annexe un tableau afin que ces temps puissent être répartis sur les territoires, à raison d'une par trimestre sur chacun des territoires. Ces formations pourraient être retransmises en ligne dans les autres villes afin d'être accessibles plus largement aux acteurs du département.

Pourquoi ? Afin de renforcer les connaissances des acteurs et leur connaissance des autres acteurs du territoire, pour faciliter un travail en réseau.

Par qui ? Coordonné par la Coordination santé mentale de l'Ain.

- **Réalisation d'un colloque annuel sur les questions de santé mentale / travail social sur le territoire**

Quoi ? Nous proposons la mise en place annuelle d'un colloque ou d'une journée d'étude sur des questions de santé mentale et de travail social. L'intervention d'universitaires, la présentation d'expériences hors département, des apports théoriques, etc. pourront permettre de renforcer les compétences des acteurs du territoire et de faire évoluer leurs pratiques.

Pourquoi ? Peu d'espaces réflexifs sur le travail social et la santé mentale partagés par les acteurs de ces « différents » champs semblent exister sur le territoire. Ces journées d'étude permettront de faire un lien avec les recherches et innovations en cours.

Par qui ? En lien avec le CSMP, le SIAO et l'ORSPERE SAMDARRA.

- **Développement des co-références**

Quoi ? Nous proposons la mise en place de co-référence pour l'accompagnement des personnes au sein des CHRS, dans une logique d'approche pluri professionnelle, de regards croisés sur l'accompagnement.

Pourquoi ? Les professionnels, actuellement seuls face à l'accompagnement de personnes ayant des problématiques de santé mentale sont en difficulté face à un public mettant fréquemment en échec leur accompagnement. Une approche plurielle permettra au professionnel de pouvoir échanger et questionner l'accompagnement, se compléter, etc. Cette double approche pourra être bénéfique pour les personnes accompagnées, dans le sens où elle crée un premier « maillage » soutenant avec la personne.

Par qui ? Les directions des CHRS.

- **Réalisation d'un « guide de l'hébergement »**

Quoi ? Ce guide, actualisé tous les six mois, pourra recenser les différentes structures d'hébergement et de logement, les dispositifs d'accompagnement du territoire et préciser les différentes modalités de prise en charge et d'accompagnement. Une partie de ce guide pourra également indiquer les modalités de participation de l'utilisateur à mettre en place dans le remplissage d'une fiche de liaison SIAO, et dans la définition de son projet.

Cette proposition de référentiel de l'hébergement fait par ailleurs partie du PDALHPD 2017-2022³².

Pourquoi ? Cela permettra aux acteurs du territoire d'avoir un socle de connaissance global et partagé des différents types d'hébergement, de logement et d'accompagnement du territoire et d'affiner ainsi leurs préconisations et orientations.

Par qui ? Par le SIAO en lien avec les acteurs du territoire et la DDCS

- **Réalisation d'un « guide de La santé mentale »**

Quoi ? Un guide présentant les différentes modalités de prise en charge de la santé mentale sur le département. Ce guide pourrait contenir les adresses, présentations, informations sur les modalités (entretien infirmier, téléphonique, lettre du médecin traitant, sans rendez-vous etc.) pour les différentes structures (CMP, CMPP, Equipes mobiles, CSMP, associations proposant des prises en charge spécifiques concernant les addictions, les personnes victimes de violences, etc.

Pourquoi ? Cela permettra aux acteurs du territoire d'avoir un socle de connaissance global et partagé des différentes possibilités d'accès aux soins de santé mentale sur le département ainsi que de leurs modalités, et aux personnes d'être autonomes dans leur accès aux soins.

Par qui ? Par le CPA, le CSMP

- **Réalisation d'un guide santé mentale et logement**

Quoi ? Un guide santé mentale et logement comprenant des informations utiles sur les problématiques qui peuvent être rencontrées pour les personnes ayant des problématiques de santé mentale souhaitant accéder au logement / étant en logement et présentant les différents acteurs et outils pouvant être mobilisés ainsi que leurs champs de compétences. (Cf. propositions et ressources en annexe 8).

Pourquoi ? Cette problématique imbrique les cadres de compétences des acteurs du logement et de la santé mentale qui se trouvent en difficultés. La création d'un guide commun alliant les deux problématiques permettra aux acteurs sociaux de pouvoir accompagner et orienter au mieux les personnes ayant des problématiques de santé mentale dans leurs démarches de logement. Ce guide pourra également être utile aux familles de personnes ayant des problématiques de santé mentale.

Par qui ? Par le CPA, le CSMP, le SIAO, la DDCS, l'UNAFAM, etc.

- **Formation des professionnels sur les dispositifs d'hébergement, logement et accompagnement**

Quoi ? Réalisation sur chaque territoire de temps courts de présentation des différents dispositifs d'hébergement et de logement : présentation par une maison relais, un ACT, un CHRS, etc.

Cette proposition fait par ailleurs partie du PDALHPD 2017-2022.

Pourquoi ? Cela permettra aux acteurs du territoire d'affiner leurs connaissances des différents dispositifs du département et de leur fonctionnement, de renforcer l'interconnaissance des acteurs et leur travail en réseau et d'orienter au mieux les personnes.

Par qui ? Par le SIAO en lien avec les acteurs du territoire et la DDCS

³² Action 4 de l'axe 2 : harmoniser la fonction de l'accompagnement social

2) Renforcer la coordination

Que ce soit au niveau politique ou au niveau de l'accompagnement d'une personne, l'étude a pu montrer les difficultés de coordination entre les différents services et structures. Il s'agit donc de renforcer les instances de coordination pour permettre une prise en charge globale des personnes.

- **Créer / développer les CLSM sur chaque territoire**

Quoi ? Les CLSM sont des plateformes de concertation et de coordination entre les élus, la psychiatrie, les usagers et les aidants. Ces conseils, par le biais de réunions régulières et de commissions de travail, ont pour objectif de définir et mettre en œuvre des politiques locales et des actions afin de favoriser l'amélioration de la santé mentale des personnes concernées.

Nous proposons de créer des CLSM sur différentes villes du département afin de renforcer la prise en compte des questions de santé mentale sur les territoires.

Pourquoi ? Seulement un CLSM existe dans le département, sur le territoire de Bourg-en-Bresse. Ces instances permettraient la coordination des différents acteurs du territoire et de créer une réelle dynamique d'amélioration de la santé mentale.

Par qui ? Le Carrefour Santé Mentale Précarité (la médiatrice réseaux)

- **Mise en place d' « espaces rencontres » mensuels entre les équipes des CHRS et les équipes de psychiatrie**

Quoi ? Nous proposons la mise en place de temps d'échanges mensuels entre les équipes des CHRS et les équipes de psychiatrie et/ou de santé mentale intervenant dans le CHRS. Ces temps permettent d'ajuster l'accompagnement de personnes hébergées au sein du CHRS et suivies par les équipes de psychiatrie et ou de santé mentale. Cela permet également aux travailleurs sociaux de présenter les situations rencontrées les mettant en difficultés pour des problématiques de santé mentale, et définir l'accompagnement et l'intervention adaptée.

Pourquoi ? Afin que les acteurs sociaux puissent avoir un espace d'échanges et de réflexion avec les soignants sur des personnes qu'ils suivent en commun, être soutenu dans leur accompagnement. Cela permet de développer une prise en charge globale et coordonnée pour les personnes.

Par qui ? Equipe mobile secteur et/ou Equipe mobile santé mentale précarité en fonction de l'organisation des territoires.

- **Création d'outils communs entre la psychiatrie et le social**

Quoi ? Nous conseillons la création de « parcours de référencement » entre le social et la psychiatrie. L'organisation de réunions par secteur regroupant les équipes de psychiatrie et les intervenants sociaux du secteur permettra de clarifier les parcours de référencement à mettre en place pour l'orientation et l'accompagnement des personnes vers le soin. La récente mise en place des équipes mobiles psychiatriques de secteur renforce ce besoin de clarification des rôles de chacun et de définition d'outils communs (quand et comment on réfère, sur quels critères, vers qui, quelles démarches, avec quels écrits, etc.)

Pourquoi ? Afin d'avoir des critères de référencement commun et une vision claire des rôles de chacun, pour permettre des orientations pertinentes par le biais d'outils validés par les secteurs de psychiatrie et les équipes sociales. Cela permettra d'améliorer l'orientation des personnes vers les dispositifs adaptés.

Par qui ? Chaque secteur de psychiatrie avec les CHRS du territoire.

- **Redéfinir les réunions de synthèse, les réunions de concertation des territoires et les acteurs qui y participent**

Quoi ? Nous proposons de clarifier, par le biais d'un document, les différentes réunions de concertation entre acteurs existantes sur le territoire sur les questions d'hébergement / logement / santé mentale. Cette synthèse pourra lister les acteurs participants à ces réunions, les modalités de présentation d'une situation, et la place des personnes concernées (participation ou non à la réunion). Nous proposons le renforcement des réunions de synthèse existantes autour de la situation d'une personne lorsque l'accompagnement est mis à mal.

Par ailleurs, la mise en place de temps informels précédents les réunions de concertation permettent de renforcer l'interconnaissance et le lien entre les acteurs des territoires (reprenant l'exemple du territoire de Gex, où les acteurs se retrouvent autour d'un repas avant la réunion de concertation RSA mensuelle).

Pourquoi ? Afin de clarifier les possibilités de coordination existantes sur le territoire avec les différents acteurs et les outils de concertation et d'échange disponibles pour les travailleurs sociaux rencontrant des difficultés dans l'accompagnement d'une personne.

Par qui ? La médiatrice réseaux, en lien avec le SIAO.

∞ V. Renforcer et diversifier l'offre d'hébergement et de logement sur le territoire

1) Augmenter et adapter les places CHRS sur le département

Conjointement à la mise en place de mécanismes permettant d'impliquer au mieux les personnes dans leur parcours d'hébergement et de logement, un renforcement de l'offre d'hébergement en CHRS et une adaptation au public ayant des problématiques de santé mentale sur le territoire permettra de leur faciliter l'accès à ces structures.

- **Augmenter le nombre de places d'hébergement sur le territoire**

Quoi ? Nous proposons d'augmenter le nombre de places en hébergement généraliste dans le département, afin de répondre aux manques identifiés par le SIAO, notamment sur les territoires de Bellegarde et Gex.

Nous proposons également la création de places dédiées à l'accueil de personnes ayant des chiens afin de pouvoir offrir une possibilité d'hébergement à des personnes en situation d'errance qui ne peuvent accéder aux dispositifs avec leur animal, une seule place existant sur le département.

Pourquoi ? Une partie de la population en grande errance ne sollicite plus le 115, sachant ne pouvoir être accueilli avec leur animal. Le taux d'équipement en places d'hébergement pour 1000 adultes entre 20 et 59 ans sur le département de l'Ain est inférieur aux moyennes régionales et nationales. En 2016, 42% des réponses faites aux demandes du 115 étaient négatives, dans 95% des cas par manque de place.

Par qui ? La DDCS en lien avec le SIAO.

- **Renforcer les prises en compte de l'individualité des parcours**

Quoi ? Nous proposons le passage en Commission Parcours Résidentiel systématique des personnes avant une fin de prise en charge liée à des problématiques de formulation de projet ou de durée d'hébergement, afin que de permettre plus de souplesse pour des fins de prise en charge qui font sens.

Pourquoi ? Pour permettre aux personnes les plus éloignées des dispositifs d'y accéder et limiter les ruptures de parcours liées à des différences de temporalité entre l'institution et la personne.

Par qui ? DDCS et SIAO

- **Création / Adaptation des CHRS pour un accueil à bas seuil d'exigences**

Quoi ? Sous réserve que des partenariats forts soient mis en place avec les CSAPA du territoire, rien ne semble s'opposer à ce que les CHRS autorisent la consommation d'alcool au sein des espaces privatifs des CHRS, dans une logique de réduction des risques.

Pourquoi ? Une part importante du public accueilli en CHRS présente des problématiques d'addictions. Elles sont pour l'instant sanctionnées, et non accompagnées. La mise en place de réduction des risques avec des acteurs compétents permettraient d'accompagner les personnes dans la gestion de leurs addictions, ou de les accompagner à l'arrêt de leur consommation.

Par qui ? Les CHRS en lien avec les équipes spécialisées en addictions (CSAPA, CAARUD, etc.)

2) Renforcer les possibilités d'hébergement pour les personnes ayant des problématiques de santé et santé mentale

Nous proposons de créer des places et des structures pouvant accueillir les personnes ayant des problématiques de santé mentale, afin de diminuer les délais d'attente sur le territoire, diversifier l'offre pour pouvoir réaliser des orientations adaptées à chaque personne, et ainsi fluidifier les parcours.

- **Création de Lits Haltes Soins Santé**

Quoi ? Ces structures médico-sociales permettent d'offrir une place d'hébergement à des personnes en situation de précarité présentant des problématiques de santé bénignes ne nécessitant pas ou plus une hospitalisation mais nécessitant une prise en charge sanitaire et sociale adaptée. Les LHSS proposent généralement un suivi médical, un accompagnement social, et une offre d'animation. Ils ne sont pas dédiés à des pathologies spécifiques, et l'accès est fait par prescription médicale pour une durée du séjour qui ne peut excéder deux mois. De nombreux LHSS sont mis en place au sein même des CHRS.

Pourquoi ? Il n'en existe actuellement aucun sur le département.

Par qui ? Un projet semble être en cours pour 2018 sur le département.

- **Création de places en Foyer d'Accueil Médicalisés (notamment spécialisé Korsakoff)**

Quoi ? Les FAM sont des structures médicosociales qui accueillent des adultes gravement handicapés mentalement ou physiquement, ayant besoin d'une assistance dans la plupart des actes quotidiens ainsi que d'une médicalisation, et sont dans l'impossibilité de travailler. Ce sont donc à la fois des structures occupationnelles et des structures de soins. Les FAM peuvent donc accueillir des personnes ayant un syndrome de Korsakoff.

Pourquoi ? Il en existe 8 dans le département, proposant 326 places dont 10 en hébergement temporaire et 2 en accueil de jour. Toutefois, la demande est supérieure à l'offre, et les délais d'attente pour accéder à ces structures sont très élevés. Les personnes ayant le syndrome de Korsakoff semblent être un public prioritaire et la création de places dédiées. Un FAM pour les personnes atteintes d'ECA semble être en cours, dont nous ne connaissons le nombre de place.

Par qui ? Les dispositifs FAM sont financés par l'ARS pour les prestations de soins, les personnels médicaux et paramédicaux ; ainsi que par le conseil général pour la partie d'hébergement et d'animation.

- **Création d'Accueil familial Thérapeutique**

Quoi ? Il s'agit de l'hébergement de personnes souffrant de troubles mentaux, susceptibles de retirer un bénéfice d'une prise en charge thérapeutique dans un milieu familial substitutif stable, notamment en vue d'une restauration de leurs capacités relationnelles et d'autonomie. Ce type d'hébergement est géré par le Centre Hospitalier psychiatrique, et peut avoir lieu en amont, pendant ou après une hospitalisation. Le placement peut être intermittent (quelques jours par semaine), temporaire ou permanent. Une équipe pluridisciplinaire forme l'accueillant, et suit la personne accueillie pour la continuité de ses soins.

Pourquoi ? Ce dispositif n'existe pas dans le département de l'Ain.

Par qui ? Ce dispositif est financé par la Sécurité Sociale et l'Assurance maladie.

- **Création de places en Appartement de Coordination Thérapeutique**

Quoi ? Les Appartements de Coordination Thérapeutique sont dédiés aux personnes et familles en situation de fragilité psychologique, sociale, et ou financière et nécessitant des soins ou un suivi médical. Les services proposent une prise en charge médicale, psychologique et sociale. L'hébergement est temporaire, mais défini entre la personne et la structure, renouvelé ou non suivant les besoins de coordination médico-psycho-sociale.

Pourquoi ? Seule une structure existe sur le département.

Par qui ? Les ACT sont financés par l'ARS

- **Création de Résidence accueil**

Quoi ? Les résidences-accueil sont des maisons relais associées à un service médico-social. Elles ont pour objectif de proposer une offre de logements adaptés pour les personnes en situation de précarité ou d'exclusion, ayant un handicap psychique. Trois caractéristiques essentielles dont les modalités sont précisées dans le cahier des

charges : la présence d'un hôte ; un accompagnement social ; un accompagnement sanitaire. Cela combine l'avantage d'un logement privatif complété par un dispositif de soutien social. Des conventions doivent être passées avec le secteur psychiatrique d'une part, et un service d'accompagnement (SAVS ou SAMSAH) d'autre part, afin d'assurer la continuité des soins et l'accompagnement social nécessaires aux personnes en situation de handicap psychique. La reconnaissance MDPH n'est pas nécessaire pour accéder à ces structures.

Pourquoi ? Cette modalité d'hébergement n'existe pas sur le département de l'Ain.

Par qui ? Un projet est en cours pour 2019 par Alfa 3A en lien avec le CPA.

- **Création d'Appartements d'essai**

Quoi ? Des appartements d'essais existent dans plusieurs villes, notamment Lyon (Orloges). Ils permettent à des personnes ayant des problématiques de santé mentale nécessitant un suivi thérapeutiques, et stabilisées, de « s'essayer » dans un appartement seul pour une durée de trois mois. Cela leur permet de se confronter au fait de vivre seul, de se séparer du lieu de vie antérieur (comme une institution), de tester sa gestion au quotidien, etc. Un bilan est ensuite réalisé avec la personne permettant d'envisager de nouveaux projets. Un soutien individuel et des temps collectifs sont proposés tout au long du test.

Pourquoi ? Pour limiter les ruptures à l'arrivée dans un logement, afin que les personnes puissent « s'essayer », et non pas être testées dans le logement seul.

Par qui ? DDCS, ARS. Cela ne peut se faire sans une collaboration étroite du soin et du social.

∞ VI. Développement du projet « un chez soi d'abord »

Comme nous l'avons vu tout au long de cette étude, si les CHRS et autres structures classiques d'hébergement semblent répondre aux besoins d'une partie du public en situation de précarité ayant des problématiques de santé mentale, ces structures mettent en difficulté certaines de ces personnes en recherche de davantage d'autonomie. Il nous semble important de diversifier les possibilités d'hébergement et de logement pour les personnes en situation de précarité ayant des problématiques de santé mentale afin qu'elles puissent s'inscrire dans un dispositif leur correspondant. Le projet Un chez soi d'abord semble pouvoir répondre aux besoins d'une partie des personnes ayant des problématiques psychiatriques en situations de précarité, et nous proposons sa mise en place sur le territoire.

Quoi ? Il s'agit de proposer aux personnes en situation de grande précarité et présentant des troubles psychiques sévères une orientation vers un logement ordinaire, en leur assurant un accompagnement soutenu par une équipe médico-sociale pluridisciplinaire. L'orientation est faite directement vers un logement stable, sans passer par le parcours en escalier. Le logement est le point de départ de l'accompagnement, au lieu de l'objectif final. L'accompagnement repose sur huit principes clés :

- Le logement est un droit fondamental de l'Homme (qui n'a pas besoin de se « gagner »)
- Le choix et le contrôle sont réalisés par les usagers des services. La personne est au centre de son accompagnement, elle exerce de vrais choix sur la manière dont elle souhaite être accompagnée.
- La séparation entre le logement et le traitement. Le logement (accès et maintien) n'est pas lié à une obligation de traitement et vis versa.
- Les services d'accompagnement sont orientés vers le rétablissement, axés sur le bien-être général d'une personne (sa santé physique et mentale, le soutien social dont elle dispose, son niveau d'intégration sociale, etc.), ses forces et ses compétences plutôt que sur ces faiblesses.
- Une logique de réduction des risques qui a pour objectif de donner à la personne un maximum d'information pour lui permettre de prendre des choix éclairés concernant sa consommation, et la soutenir dans la modification de sa consommation de drogue et d'alcool. Il s'agit donc de proposer un accompagnement, de l'aide et un traitement, mais pas d'imposer l'abstinence aux substances psychoactives.
- Un engagement actif sans coercition. L'accent est mis sur le fait de s'engager auprès de l'utilisateur de façon positive afin de le convaincre qu'il peut se « rétablir ».

- La personne est au centre de l'accompagnement. Les services d'accompagnement s'adaptent et s'organisent en fonction de l'utilisateur et non pas l'inverse.
- Accompagnement souple aussi longtemps que besoin. L'intensité de l'accompagnement peut augmenter ou diminuer au quotidien, de façon à pouvoir s'adapter aux besoins plus ou moins importants de la personne

Ce programme a été évalué dans les villes de Lille, Marseille, Paris et Toulouse. L'évaluation du programme expérimental démontre à la fois l'amélioration de la situation des bénéficiaires mais aussi l'optimisation des moyens mobilisés par les pouvoirs publics avec une baisse significative des symptômes, la réduction de moitié des durées d'hospitalisation pour les personnes logées et accompagnées, la meilleure inclusion sociale et plus grande autonomie des personnes.

Comment concrètement ? L'étendue du territoire peut paraître être un obstacle à la mise en place de ce projet sur le département. Pourtant, la réalisation de ce projet sur une seule ville, qui serait certainement Bourg-en-Bresse, nous paraît être une erreur, les besoins étant existants sur tout le territoire et les services déjà très concentrés sur cette agglomération. La mise en place de deux antennes du Chez soi sur le département pourrait être un début

Y compris dans les grandes agglomérations, les équipes du Chez soi d'abord sont « nomades » et parcourent de nombreux kilomètres pour des soucis de captation de logement. L'utilisation de nouvelles technologies (visioconférences, tablettes, etc.) dans le développement d'un programme sur le département de l'Ain pourrait permettre de limiter les kilomètres sans pour autant perdre en qualité d'intervention. Sur les autres programmes, les équipes sont composées chaque matin, les binômes changent, ainsi il est tout à fait envisageable d'imaginer que l'équipe puisse avoir deux « bases » dans le département entre lesquels les équipes tournent (une base qui pourrait couvrir la zone d'Ambérieu et Bourg en Bresse, et la seconde la zone de Bellegarde, Oyonnax et Gex). La réunion du matin pourrait avoir lieu par visioconférence.

Pourquoi ? Le développement du projet un Chez soi d'abord sur le territoire semble indispensable pour répondre aux besoins des personnes ayant des problématiques psychiatriques en situation de précarité.

Le « chez soi d'abord » a, à plusieurs reprises, été exprimé d'elles-mêmes par les personnes lorsqu'il leur était demandé quel serait leur accompagnement idéal. Quand nous questionnons une personne hébergée, suivie au CMP depuis plusieurs années, passée par la rue, différents hébergements, la prison, l'hôpital, sur l'accompagnement idéal :

« Moi je pense j'aurais mon appart et les éducateurs ils viennent chez moi. Y a pas de bureau où je vais les voir ahh donnez-moi mon cachet donnez-moi ma carte bancaire donnez-moi ma carte vitale. Non ça ne marche pas comme ça. Moi ce que je veux c'est deux trois fois par une semaine ou deux semaines ce sont les éducateurs qui viennent me voir. Ce sont les éducateurs qui viennent me voir. Au bout de 1H on discute et tout, c'est ça mon but. Tu pourrais leur dire comme ça ?

- Vous leur avez déjà dit ?

- Ba si le médecin il est pas d'accord ça marche pas.

- Mais vous l'avez dit à votre psychiatre que vous voudriez cela ?

- Hum.. Ba quand je le verrai je lui dirais. Que j'ai besoin que les éducateurs ils viennent me voir de temps en temps. [...] Oui deux fois par semaines. Ou trois fois par semaine. Oui ou une fois par pour ça va durer 2h, je suis capable de rester 2h avec un éducateur.

- Vous c'est ça que vous voulez ? Oui si tu peux m'aider c'est bien.

Moi j'ai besoin qu'ils m'aident les éducateurs aussi parce que des fois y a des choses que je ne fais pas tout seul. Je zappe et je fais n'importe quoi. [...] c'est pour ça que j'ai besoin d'un éducateur qui m'accompagne. »

Lorsqu'il n'était pas abordé directement, la consultante en expliquait rapidement les principes et questionnait leur pertinence selon la personne. Une personne restée plusieurs années en errance, avec d'importantes problématiques d'addictions :

« Les ¾ des gens qui boivent dans la rue moi le premier c'est pour oublier qu'on est dans la rue, qu'on a faim qu'on a froid. On met la personne à l'intérieur et après on l'aide à se soigner.

- Et vous ça aurait marché vous pensez ? Si on était venu vous voir il y a 4 ans dans la rue et qu'on vous avait dit on va dans un appart et après on travaille un accompagnement ?
- Ba ouais au niveau de la santé et tout bien sûr. Faudrait arrêter de boire pour retrouver un logement un travail ? Non non.
- Ben en France c'est beaucoup comme ça non ? Regardez-vous me dites que vous vous êtes fait virer 3 jours parce que vous êtes rentré bourré.
- Oui. Non mais c'était plus ou moins une punition. C'est vrai. Non mais je pense pas que faut que ça aille dans ce sens-là. J'veux dire on le fout dans un appart, après on le suit au niveau médical, et puis voilà. Après s'il ne fait pas d'effort on lui lâche les bottes et puis il se débrouille. »

Les acteurs du territoire trouvent également cette démarche intéressante.

Par qui ? Cela ne pourra être fait sans une réelle collaboration entre la psychiatrie et le social.

Conclusion

Contexte de la commande

Cette étude s'inscrit dans un contexte de forte évolution dans les champs sanitaire et social. Au nom du « logement d'abord » mais aussi du courant du rétablissement en psychiatrie, on assiste aujourd'hui à des transformations dans le champ de l'accompagnement et du soin du public précaire : prise en charge globale de la personne par une approche pluridisciplinaire, organisation de la prise en charge autour de la notion de « parcours », évolution des paradigmes en termes d'accompagnement au logement, volonté d'ouverture du champ sanitaire et social et d'impulser une culture partenariale, prise en compte grandissante des aspirations et des choix de vie de la personne, etc. Ces évolutions, parfois souhaitées par la puissance publique, les personnes accompagnées, les professionnels ou les directions des établissements peuvent toutefois différer suivant la place que chacun occupe et en fonction de ce que chacun attend de ce changement de paradigme.

La commande initiale de cette étude, impulsée par les CHRS du territoire de l'Ain était d'étudier les limites de la prise en charge du public précaire ayant des problématiques de santé mentale, à travers l'étude de leurs parcours. Les problématiques pointées par l'étude entrent bien en résonance avec ces évolutions proposées sur un plan politique et institutionnel, et montrent la volonté des professionnels à s'inscrire dans ces évolutions.

Perspectives

L'étude s'est d'abord confrontée à un problème méthodologique : celui de la difficulté à objectiver ce que l'on entend aujourd'hui par « problématiques de santé mentale ».

Du point de vue des dispositifs, la question des problématiques de santé mentale des personnes renvoie à des difficultés de prise en charge qui dépasse le champ de la psychiatrie. Aujourd'hui la question de la santé mentale du public précaire concerne aussi bien les professionnels du champ sanitaire, social³³ que les acteurs politiques³⁴. La prise en charge des troubles, ou d'une souffrance psychique d' « origine sociale »³⁵ pose donc la question des modalités de travail entre ces différents champs.

Du point de vue de la population concernée, la prise en compte de la santé mentale dans le champ de la précarité renvoie à la question de la définition du public « précaire » : que ce soit par l'effet d'une évolution du public du fait notamment des évolutions de la psychiatrie ou bien par l'augmentation de la prise en compte de la santé mentale du public en situation de précarité.

L'étude a donc pris le parti d'attraper cette question de la « santé mentale » d'une façon globale, qu'il s'agisse aussi bien de la question de la prise en charge des troubles psychiques, que le repérage de symptômes réactionnels à une situation sociale, ou encore qu'il s'agisse de la santé mentale dans son versant « positif ». La santé mentale recouvre donc des réalités très diverses qui convoquent différents types de réponses.

Ainsi, les préconisations issues de cette étude s'organisent en fonction de ces réalités, et proposent aussi bien la mise en place de dispositifs innovants de type logement d'abord, que la valorisation et l'amélioration de pratiques déjà en place dans les dispositifs CHRS notamment autour de la question de la participation des usagers, ou encore la mise en place de pratiques partenariales, notamment autour de la mise en place d'instance de coordination entre le champ sanitaire et social sur le territoire.

D'une façon générale, dans ce contexte politique, institutionnel et en réponse aux préoccupations du terrain, les modes d'accompagnement du public précaire s'orientent vers des modes de prise en charge centrés sur la personne, et soucieux de tenir compte et de s'adapter à ses aspirations en terme de choix de vie. La question du « projet » devient donc centrale, et constitue la pierre angulaire autour de laquelle se rencontrent les professionnels et se forment les parcours des personnes. Mais qu'en est-il de l'accompagnement de ceux qui ne sont pas en capacité de se projeter dans l'avenir ? Si cette étude a en partie montré l'enjeu qu'il pouvait y avoir à tenir compte du vécu et des attentes des personnes, en s'orientant notamment vers une plus grande participation des usagers (à leur projet individuel tant qu'aux projets collectifs des structures), elle a aussi montré la difficulté de certaines personnes à formuler un projet, ou encore les difficultés à mettre en place ou

³³ J. Furtos, « Les effets cliniques de la souffrance psychique d'origine sociale » Mental'idées n°11 - 09/2007

³⁴ Les élus locaux face à la souffrance psychosociale : de la sollicitude au politique, rapport Issu d'un séminaire de recherche-action organisé en 2003-2004 sur le thème : "Les maires et les élus locaux dans la nouvelle donne de la santé mentale" ONSMP-ORSPERE.

³⁵ J. Furtos, De la précarité à l'auto exclusion, Editions Rue d'Ulm, 2009

accepter un étayage social lié notamment à l'absence d'une demande d'aide. Si la question de la participation de la personne et de la prise en compte de ses aspirations devient donc centrale, il n'en demeure pas moins que cela demande des capacités à pouvoir se projeter dans l'avenir. On peut donc s'interroger sur ce que cette perspective pourrait produire comme nouvelles formes d'exclusions pour ceux qui dérogent à l'ordre du projet.³⁶

³⁶ N. Chambon, « Reconnaître et agir sur la dimension sociale du trouble », Rhizome n°65-66-12/2017

Synthèse des propositions

Glossaire

[Annexe 1](#) : Répartition des CHRS sur le territoire de l'Ain et distances

[Annexe 2](#) : Caractéristiques des CHRS

[Annexe 3](#) : Grille d'entretien

[Annexe 4](#) : Eléments sur la santé mentale

[Annexe 5](#) : Quelques parcours d'hébergement de personnes interrogées

[Annexe 6](#) : Schéma du fonctionnement du SIAO

[Annexe 7](#) : Schéma du parcours en escalier

Boite à outils

[Annexe 8](#) : Propositions et ressources pour la réalisation de guides

[Annexe 9](#) : Propositions et ressources sur les sanctions et exclusions

[Annexe 10](#) : Proposition de convention pour la mise en place de référents santé mentale au sein des CHRS



Synthèse des propositions

Objectifs		Activités	Acteurs impliqués dans la réalisation (porteurs ?)
I. Faciliter l'accès aux dispositifs		Développer des maraudes sur le département	DDCS, ARS , Accueils de jour, CHRS, CSMP
		Réalisation de guide de solidarité	DDCS, Conseil départemental, Collectivités locales , Ateliers Santé Ville, CLSM, Personnes hébergées, accueils de jour, CHRS, référents précarité / CSMP, acteurs du territoire, SIAO
		Développer les accueils de jour sur le département	DDCS , Accueil de jour
II. Renforcer la participation et la place des personnes hébergées au sein des structures	1/ Développer les outils de la participation	Mise en place de réunions mensuelles	CHRS , accueil de jour, personnes hébergées
		Mise en place de pauses café hebdomadaires	CHRS , accueil de jour, personnes hébergées
		Diversifier les supports de participation au sein des structures	CHRS , accueil de jour, personnes hébergées, en lien avec la Fédération des Acteurs de la Solidarité
	2/ Adapter les outils de gestion en collectivité	Développement du Conseil Régional et Départemental des Personnes Accueillies et accompagnées	CSMP, CLSM, CHRS , accueil de jour, personnes hébergées, CSMP
		Objectiver les données sur l'exclusion	SIAO, CHRS
		Travail sur les règlements / livrets d'accueil / charte de la personne accueillie	CHRS , accueil de jour, personnes hébergées, en lien avec la Fédération des Acteurs de la Solidarité
III. Renforcer les dispositifs de première ligne envers les personnes en situation de précarité et/ou avec des problématiques de santé mentale		Mise en place de réunion pré - post exclusion	CHRS - Le travailleur social référent, personnes hébergées
		Renforcer le CSMP	DDCS, ARS, CSMP
		Animation de temps hebdomadaires dans les CHRS	ARS, DDCS, CSMP, CHRS
		Mise en place de temps hebdomadaires au CSMP	ARS, CSMP
		Création d'une antenne du CSMP	ARS
		Création d'une équipe pluridisciplinaire hébergement et santé mentale	DDCS, ARS , Equipe externe aux CHRS - CSMP
		Créer et renforcer les Groupes d'Entraide Mutuelle	ARS, CPA
		Elargir le dispositif des agents de santé	Conseil départemental, Agents de santé
		Mise en place et animation réseau référents santé - santé mentale au sein des CHRS	CSMP, CHRS , accueil de jour, personnes hébergées
		Développer des actions de sensibilisation à la santé mentale et de lutte contre la stigmatisation	CLSM, ARS, ASV , acteurs du territoire
		Développer les permanences d'acteurs sanitaires au sein des structures sociales	CHRS , Accueils de jour, Ateliers Santé Ville, acteurs du territoire, personnes hébergées
IV. Renforcement des dispositifs de coordination et soutien à la professionnalité		Améliorer l'offre d'activités des accueils de jour et des CHRS	CHRS , Accueils de jour, acteurs du territoire, personnes hébergées
		Mutualisation du plan de formation des CHRS du département	DDCS, CHRS
		Mise en place de stages croisés, visites et réunions trimestrielles entre les CHRS	DDCS, CHRS
		Séminaire annuel regroupant les CHRS du département	DDCS, CHRS
		Mise en place de stages croisés entre les dispositifs du social et de la psychiatrie	CSMP et SIAO, CPA, CHRS
		Mise en place de formations flash sur des thématiques médico-sociales	CSMP, CLSM, Ateliers santé Ville, acteurs du territoire
		Réalisation d'un colloque annuel sur les questions de santé / santé mentale	DDCS, CSMP, ORSPERE-SAMDARRA, CHRS
		Développement des co-références	CHRS, personnes hébergées
		Réalisation d'un guide de l'hébergement	DDCS, SIAO , structures du territoire
		Réalisation d'un guide de la santé mentale	CSMP, CLSM, ASV , structures du territoire
		Réalisation d'un guide santé mentale et logement	
		Formation des professionnels sur les dispositifs d'hébergement, de logement et d'accompagnement	SIAO , Acteurs du territoire
		Créer / renforcer les CLSM et ASV sur les territoires	CSMP , Acteurs du territoire
		Mise en place d'espaces rencontres mensuels	CHRS , Equipes mobile secteur ou CSMP
		Création d'outils communs entre la psychiatrie et le social	CSMP, CLSM, ASV , Secteurs de psychiatrie, CHRS
		Redéfinition des réunions de synthèse et de concertation sur chaque territoire	CSMP, SIAO, CLSM, ASV , Acteurs du territoire
		V. Renforcer et diversifier l'offre d'hébergement et de logement sur le territoire	
Renforcer la prise en compte de l'individualité des parcours	DDCS, SIAO, CHRS		
Création / Adaptation de CHRS pour un accueil à bas seuil d'exigences	CHRS , accueil de jour, services et associations d'addictologie, personnes hébergées		
Création de Lits Haltes Soins Santé	ARS , opérateur		
Création de places en Foyer d'Accueil Médicalisé	ARS , opérateur		
Création d'Accueil Familial Thérapeutique	ARS, CPA , opérateur		
Création de places en Appartement de Coordination Thérapeutique	ARS , opérateur		
Création de Résidence accueil	DDCS, CPA , opérateur		
Création d'appartements d'essai	ARS, CPA , opérateur		
VI. Développement du projet "un chez soi d'abord"		Mise en place d'un groupe de travail	FAS, ORSPERE SAMDARRA, CMSP, CPA, CHRS , acteurs du territoire
		Temps de formation trimestriel des acteurs du territoire	FAS, ORSPERE SAMDARRA, CHRS , acteurs du territoire
		Mise en place du projet	

A

AFT	Accueil Familial Thérapeutique
ARS	Agence Régionale de Santé

C

CAP	Centre d'Accueil Provisoire
CATTP	Centre d'Activités Thérapeutiques à Temps Partiel
CCRPA	Conseil Consultatif Régional des Personnes Accueillies / Accompagnées
CHRS	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CLLAJ	Comité Local pour le Logement Autonome des Jeunes
CMP	Centre Médico-Psychologique
CMU	Couverture Maladie Universelle
CNPA	Conseil National des Personnes Accueillies / Accompagnées
CPA	Centre Psychothérapeutique de l'Ain
CPR	Commissions Parcours Résidentiel
CSAPA	Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CSMP	Carrefour Santé Mentale Précarité
CVS	Conseil de Vie Sociale

E

EHPAD	Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ESAT	Etablissements et Services d'Aide par le Travail

F

FAM	Foyer d'Accueil Médicalisé
FAS	Fédération des Acteurs de la Solidarité
FJT	Foyer Jeune Travailleur

G

GEM	Groupe d'Entraide Mutuelle
-----	----------------------------

M

MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MAS	Maison d'Accueil Spécialisée

P

PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PDALPD	Plan Départemental pour l'Accès au Logement des Personnes Défavorisées
PRS	Programme régional santé
PDAHI	Plan Départemental d'Accueil, d'Hébergement et d'Insertion
PDALHPD	Plan Départemental d'Action pour le Logement et l'Hébergement des Personnes défavorisées
PRAPS	Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
PTSM	Projet Territorial de Santé Mentale

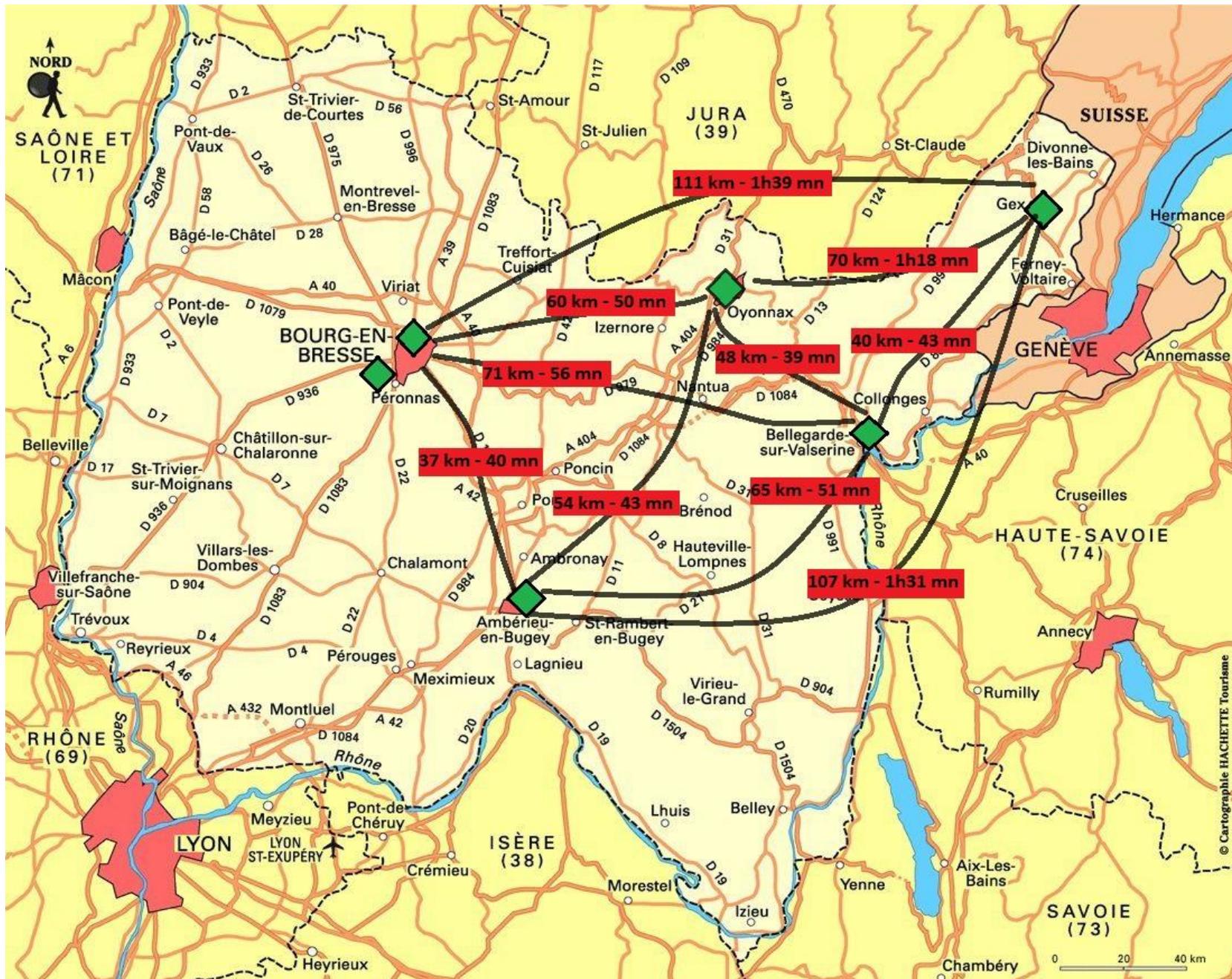
R

RSA	Revenu de Solidarité Active
-----	-----------------------------

S

SAMSAH	Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés spécialisés
SIAO	Service Intégré d'Accueil et d'Orientation
SPIP	Service Pénitencier d'Insertion et de Probation

Annexe 1 : Répartition des CHRS sur le territoire de l'Ain et distances



Annexe 2 : Caractéristiques des CHRS du département de l'Ain

	CHRS A	CHRS B 1 et 2		CHRS C 1 et 2		CHRS D	CHRS E
Ville	Bourg en Bresse	Bourg en Bresse	Bourg en Bresse	Oyonnax	Bellegarde	Gex	Ambérieu
Public	Tout public	Jeunes 18 – 25 ans	Femmes et enfants	Tout public	Tout public	Tout public	Tout public
Nombres et répartition des places d'hébergement	<p>Sur la structure collective : 31 places en hébergement d'urgence</p> <p>En logement diffus : 6 places en hébergement d'urgence et 31 places en hébergement d'insertion</p>	<p>Sur la structure regroupée : 14 places en hébergement d'urgence et 8 places en hébergement d'insertion</p> <p>En logement diffus : 4 places d'hébergement d'insertion en logement diffus</p>	<p>Sur la structure regroupée : 18 places en hébergement d'urgence et 22 places en hébergement d'insertion.</p> <p>En logement diffus : 34 places en hébergement d'insertion.</p>	<p>Sur la structure regroupée : 13 places en hébergement d'urgence et 6 places en hébergement d'insertion</p> <p>En logement diffus : 6 places en hébergement d'insertion</p>	<p>Sur la structure regroupée : 7 places en hébergement d'urgence et 5 places en hébergement d'insertion</p> <p>En logement diffus : 4 places en hébergement d'insertion</p>	<p>Appartements en diffus sur Bellegarde et Gex : 22 places en hébergement d'urgence : 6 logements en diffus (14 places) et 4 logements semi-collectifs (8 places). 19 places en hébergement d'insertion : 5 logements individuels (11 places) et 4 logements semi collectifs (8 places)</p>	<p>Appartements en diffus sur Ambérieu-en-Bugey, Meximieux et Lagnieu 25 places d'hébergement d'insertion et 14 places d'accueil d'urgence réservées aux familles</p>
Accueil de jour	Ouvert du lundi au vendredi de 8h30 à 17h. Douche, laverie, salon télé. Pas de WIFI. Dépannage repas ou ticket restaurant social. Café, thé, réalisé et servi par les travailleurs sociaux. Cuisine (pas d'information sur les possibilités d'utilisation dans l'accueil de jour).	Non	Ouvert tous les jours de 9h à 19h	Ouvert les matins de 9h à 12h en semaine Douche, ordinateur et internet, laverie Ordinateur et internet accessibles. Pas de télé, pas de WIFI accessible. Café, thé mis à disposition des personnes. Cuisine (pas d'information sur les possibilités d'utilisation dans l'accueil de jour)	Non	Non	Ouvert tous les matins de 9h à 12H et le jeudi après-midi. Pas de douche ni repas. Pas d'ordinateur, télé ou WIFI. Café, thé, réalisable et accessible par les personnes.

Annexe 2 bis : Fonctionnement des structures collectives et regroupées des CHRS de l'Ain

	CHRS A	CHRS B1	CHRS B2	CHRS C1	CHRS C2
Type d'hébergement proposé	Structure collective : Cuisine, douche et WC en commun. Chambres individuelles.	Studio équipé, avec un coin cuisine et des sanitaires et douches individuels. En HU, les studios sont partagés par 2 personnes.	Studio équipé, avec un coin cuisine et des sanitaires et douches. Un clic clac dans le salon et deux lits superposés permettent d'accueillir 4 personnes dans les studios	Le CHRS est en regroupé sur les étages. Les personnes hébergées disposent d'une petite cuisine et salle de bains dans leur studio.	3 places d'HU au rez-de-chaussée et partagent une cuisine collective. Les places d'HI sont sur les étages.
Repas	Sur la structure collective, repas pris en commun à 19h, préparé par l'équipe de Tremplin, tour de service pour le rangement. Pas d'accès en retard et pas de sortie de table. Pas d'accès à la cuisine. 2 tickets repas pour le restaurant social pour ceux qui n'ont pas de ressource.	Cuisine dans les appartements, et une cuisine collective en travaux. Cartons alimentaires de produits secs le vendredi après-midi. Tickets pour le restaurant social de Tremplin. Chèques alimentaires de 20 euros par semaine pour les jeunes sans ressource.	Cuisine dans les appartements, et une cuisine collective ouverte au rez-de-chaussée de la structure regroupée.	Cuisine dans les appartements. Une cuisine collective accessible lors de la présence des éducateurs à l'accueil de jour.	Cuisine dans les appartements partagés entre 3 personnes. Donations d'un supermarché partagées une fois par semaine.
Espaces collectifs	Salon télé / salle à manger, et jardin sont des espaces collectifs, accessibles uniquement de 17h30 à 8h30. L'accueil de jour est ouvert sur les horaires inversés.	Peu d'espaces collectifs (3 chaises dans le hall, un petit coin avec deux fauteuils). La cuisine collective est toujours en travaux.	Au rez-de-chaussée les femmes disposent d'un salon et d'une cuisine collective, et de deux espaces télés collectifs à l'étage	Les personnes hébergées peuvent aller dans les locaux de l'accueil de jour sur les heures d'ouverture. L'accès au jardin est fermé hors des temps de présence éducative.	La cuisine des studios du rez-de-chaussée en hébergement d'urgence sert de salle collective pour les réunions, repas, etc. Une cour est également accessible devant la structure.
Services	Pas de WIFI ni d'ordinateur. Télé accessible dans la salle commune sur des horaires limités en soirée. Laverie faite par le maître de maison.	Pas de WIFI ni de télévision (les jeunes peuvent en mettre une dans leur studio s'ils le souhaitent). Les jeunes peuvent emprunter un vélo.	Deux salons télés collectifs et un ordinateur collectif dans le salon. Pas de WIFI.	Ordinateur et internet accessibles à l'accueil de jour sur les horaires d'ouverture. Pas de télé (les personnes peuvent en mettre si elles le souhaitent dans leur chambre). Pas de WIFI accessible.	Pas de WIFI, de télévision ni d'ordinateur (les personnes peuvent en mettre si elles le souhaitent dans leur chambre).

Règlement sur les structures collectives et regroupées	<p>Sur la structure collective les résidents doivent quitter leur chambre à 8h30 et n'y ont pas accès avant 17h30. Ils doivent être rentrés à 22h même le week-end. Personne ne dispose des clés de sa chambre, demande d'ouvrir et fermer leur chambre à un éducateur.</p>	<p>Accès à leur studio lorsqu'ils le souhaitent, ils disposent d'un badge leur permettant d'aller et venir dans la structure. Il n'y a pas d'heure limite pour rentrer.</p>	<p>Accès à leur studio lorsqu'elles le souhaitent, elles disposent d'un badge leur permettant d'aller et venir dans la structure. Il n'y a pas d'heure limite pour rentrer.</p>	<p>Disposent de clés, accès à leur logement lorsqu'ils le souhaitent, il n'y a pas d'heure limite. Espaces collectifs sous vidéo surveillance.</p>	<p>Disposent de clés, accès à leur logement lorsqu'ils le souhaitent, il n'y a pas d'heure limite. Espaces collectifs sous vidéo surveillance.</p>
Présence éducative	<p>L'équipe éducative est présente au minimum en binôme de 8h à 22h15, de 9h à 21h les week-ends et un veilleur de nuit est présent le reste du temps.</p>	<p>L'équipe éducative est présente de 9h30 à 22h majoritairement seul et parfois en binôme. Un veilleur de nuit est présent de 22h à 7h15, et les cadres prennent le relais avant l'arrivée des éducateurs</p>	<p>L'équipe éducative est présente de 9h à 18h en semaine. Un système d'astreinte est mis en place pour les soirs et week-ends, sans présence physique</p>		

Les entretiens ont duré entre 30 minutes et 2h. Au début, la consultante rappelait le thème et les raisons de l'étude. Un point important était fait sur la confidentialité et l'absence de liens avec les institutions, la possibilité d'arrêter à tout moment l'entretien, de ne pas répondre aux questions, etc.

Lors des entretiens, la consultante proposait aux personnes de raconter leur parcours d'hébergement, de santé et de santé mentale, en interrogeant à chaque fois les ruptures, les problèmes rencontrés, en lien avec leurs attentes, et en questionnant sur les solutions qui auraient pu ou pourraient être mises en place. Les entretiens étaient la plupart du temps enregistrés, et la consultante prenait également des notes manuscrites. Un schéma était souvent réalisé durant l'entretien au fur et à mesure du récit, tel que celui présenté en annexe 5, pour représenter le parcours d'hébergement et questionner les ruptures.

Les questions ci-dessous n'étaient pas toutes posées systématiquement, ou pas de la même manière, ou encore dans un ordre différent.

Hébergement - Logement

Lieu de rencontre. Depuis quand vivez-vous là ?

[Parcours d'hébergement]

Est-ce que vous pouvez me parler de la façon dont vous avez habité jusqu'à aujourd'hui (en squat, en CHRS, en hébergement autonome, en nuitées d'hôtel, chez la famille, les amis, autres foyers...)?

Quel âge aviez-vous la première fois que vous vous êtes retrouvé sans domicile ?

Avez-vous déjà eu des passages à la rue ?

A quels moments ? Pourquoi ?

Avez-vous déjà refusé des hébergements ?

Pourquoi ?

Avez-vous déjà eu un chez vous ?

[Ruptures]

Interroger l'entrée et la sortie dans les dispositifs à chaque fois.

Pour chaque structure, pourquoi est-ce que cela s'est arrêté ?

Avez-vous déjà été exclu d'un CHRS ? Pourquoi ?

[Adaptation des structures/hébergements aux besoins]

Qu'est-ce qui vous posait problème dans ces différents types d'hébergement ?

Qu'est-ce qu'il aurait fallu pour vous à ce moment-là ?

Comment cela se passe pour vous dans les différentes structures / hébergement au niveau de

La cohabitation / l'aspect collectif ?

Les règles ?

L'accompagnement social ?

L'accompagnement médical ?

Etc.

[Lieux et zones fréquentés]

De manière quotidienne où est-ce que vous allez ?

Quels autres dispositifs connaissez-vous sur le territoire ?

[Représentation du logement]

Quand je vous dis logement, quels sont les 3 mots qui vous viennent à l'esprit ?

[Habitat idéal]

Quel serait votre habitat idéal ? Pouvez-vous me le décrire ? Pourquoi ?

Avec quel accompagnement ? Social, médical, psychologique, etc. ?

Quel point de vue avez-vous sur les différentes formules : structures collectives ? Logement autonome ? Colocation ? Formule de type foyer ? Squats ? Familles d'accueil thérapeutique, communauté autonome ?...

[Problèmes et amélioration du territoire]

Quels sont les manques selon vous en termes de logement, d'hébergement sur le territoire ?

Quelles solutions ou propositions envisagées ? Qu'est-ce qui devrait être fait pour améliorer l'offre existante ?

Santé

[Représentation de la santé]

Quand je vous dis « santé », quels sont les 3 mots qui vous viennent à l'esprit ?

Estimez-vous en bonne santé ?

[Soins et Accès aux soins]

Comment vous faites quand vous êtes malade ?

Si c'est le cas, pourquoi n'avez-vous pas vu de médecin ?

Où vous rendez-vous pour un problème d'ordre médical ?

Avez-vous une couverture sociale ?

Avez-vous un médecin traitant ? A quand remonte votre dernière visite chez le médecin ?

Avez-vous confiance en la médecine ?

Avez-vous un traitement ou un suivi régulier pour raison médicale ?

[Addictions]

A quelle fréquence buvez-vous de l'alcool / fumez-vous ? Habituellement lorsque vous buvez / fumez, combien buvez-vous ?

Est-ce problématique pour vous ?

Avez-vous déjà essayé d'arrêter ? Avez-vous déjà rencontré des structures proposant de vous aider sur cela ? Qui ?

Où ?

Pensez-vous que la vie sans domicile a modifiée votre consommation d'alcool/de cannabis ?

+ autres addictions ?

[Problèmes et améliorations du territoire]

Quels sont les manques selon vous en termes d'accès aux soins sur le territoire ?

Quelles informations et/ou accompagnement vous aident ou pourrait vous aider à être mieux soigné ?

A votre avis, qu'est-ce qui devrait être fait pour améliorer la santé des personnes en situation de précarité ? et l'accès aux soins ?

Connaissance des dispositifs : Quels autres dispositifs connaissez-vous sur le territoire ?

Santé mentale – Bien être et réseaux de soutien

[Représentation de la santé mentale]

Quand je vous dis santé mentale, quels sont les 3 mots qui vous viennent à l'esprit ?

[Accès aux soins – Parcours de soins]

Au cours de votre vie, avez-vous déjà consulté quelqu'un pour des problèmes émotifs, nerveux, psychologiques, psychiatriques ou de comportement ?

Quel professionnel avez-vous consulté ?

Dans quelle structure ?

Est-ce que ce mode de prise en charge vous satisfaisait ?

Au cours de votre vie avez-vous déjà pris des médicaments pour dormir ou pour les nerfs (des tranquillisants, des somnifères, des antidépresseurs ou des neuroleptiques) ?

Vous ont-ils été prescrits par un médecin ?

Avez-vous déjà été hospitalisé dans un service de psychiatrie ?

Pour quel type de problème ?

Avez-vous déjà été hospitalisé en psychiatrie contre votre volonté ?

A votre sortie quel hébergement aviez-vous ?

Êtes-vous suivi actuellement ? Où ? Quelles modalités ?

Si vous ne vous sentez pas bien, triste, déprimé, savez-vous à qui vous adresser ?

[Problèmes et améliorations du territoire]

Quels sont selon vous les problèmes dans l'accès aux soins de santé mentale sur le territoire ?

A votre avis, qu'est-ce qui devrait être fait pour améliorer la santé mentale des personnes en situation de précarité ? et l'accès aux soins de santé mentale ?

Connaissance des dispositifs : Quels autres dispositifs connaissez-vous sur le territoire ?

[Bien être et réseaux de soutien]

Aujourd'hui comment vous vous sentez ?

Qu'est ce qui fait que vous pourriez aller mieux ? Qu'est ce qui fait soutien pour vous ? Qu'est-ce qui vous aide dans les moments difficiles ? Sur qui pouvez-vous compter en cas de besoin ?

Est-ce compatible avec l'hébergement actuel ? Passé ?

Faites-vous un lien entre vos problématiques d'hébergement et de santé ?

Si vous aviez des conseils à donner à quelqu'un qui souffre ?

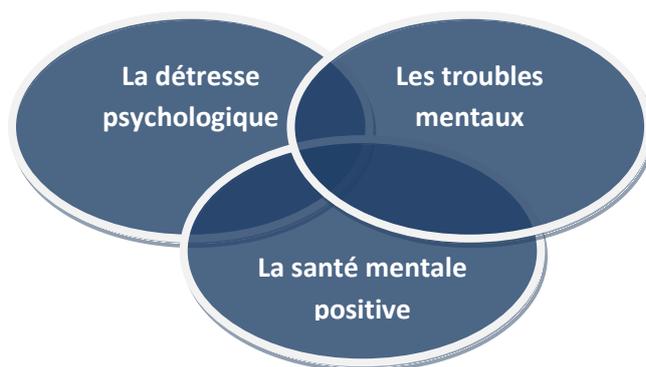
Est-ce que vous avez quelque chose à rajouter ?

1) Notions clés sur la santé mentale

Extraits du Guide méthodologie réalisé par le Carrefour Santé Mentale Précarité en 2016 : Interventions psychosociales et de santé mentale auprès de personnes en situation de précarité

« Comme la sante physique, la sante mentale ne se limite pas a l'absence de maladies.

L'évolution des trente dernières années dans la prise en compte des différentes dimensions positive/négative de la sante mentale a conduit a un enrichissement considérable du concept [...]. Si la psychiatrie traditionnelle s'occupait surtout de pathologies mentales, désormais trois dimensions de la sante mentale sont communément distinguées, à savoir :



- **La détresse psychologique**

C'est « un état de mal-être qui n'est pas forcément révélateur d'une pathologie ou d'un trouble mental. Elle indique la présence de symptômes anxieux et dépressifs, peu intenses ou passagers, ne correspondant pas a des critères diagnostiques de troubles mentaux et qui peuvent être réactionnels a des situations éprouvantes (migration, exil, catastrophe naturelle pouvant entrainer une symptomatologie relevant du traumatisme psychologique) et a des difficultés existentielles ». Lorsque cette détresse psychologique est liée a une causalité sociale, elle est appelée **souffrance psychosociale**¹ (ou souffrance psychique d'origine sociale). Cette détresse n'entraîne pas forcément de troubles mentaux (même si elle peut être associée), elle est non pathologique mais assez sévère pour pouvoir être prise en compte dans une définition négative de la sante mentale (souffrance extrême, incapacitante, invalidante, aliénante, etc.).

Parmi la souffrance psychosociale, la clinique psychosociale considère toutes les situations qui engendrent l'exclusion et la précarité sociale : pauvreté, absence de logement, perte de liens familiaux et/ou sociaux, perte du travail, perte de tout ce qui donne un statut, une reconnaissance d'existence, une valeur, qui permet d'être en relation. La « clinique psychosociale » est a la croisée de la psychiatrie et du social. Elle se définit comme la prise en compte de la souffrance psychique lorsqu'elle apparait sur les lieux du social, à l'occasion et autour de la perte des objets sociaux (travail, argent, logement pour l'essentiel). A ce niveau, la différence entre pathologie franchement psychiatrique et souffrance psychique n'est plus pertinente : on se trouve dans une filière sociale qui fait identité. Les formes cliniques d'expression de la souffrance s'étayent sur la perte des « objets sociaux » et sur les formes d'aide et d'assistance qui y répondent.

- **Les troubles mentaux**

Les troubles mentaux sont diagnostiqués a partir de manuels de référence (DSM IV² - CIM 10³). Ils renvoient à des critères et à des actions thérapeutiques ciblées qui sont de durées variables et qui peuvent être plus ou moins

¹ Cf. Observatoire National des pratiques en Santé Mentale et Précarité (ONSMP): <http://orspere.fr>

² Le DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual, révision 4) est un outil de classification des troubles mentaux publié par l'Association américaine de psychiatrie. Il représente le résultat actuel des efforts poursuivis depuis une trentaine d'années aux États-Unis pour définir de plus en plus précisément ces troubles.

³ La CIM 10 (Classification internationale des maladies, révision 10) est publiée par l'OMS pour l'enregistrement des causes de morbidité et de mortalité touchant les êtres humains à travers le monde. Depuis 1893 (date de sa première version), la CIM permet le codage des maladies, des traumatismes et de l'ensemble des motifs de recours aux services de santé.

sévères et invalidants. Parmi les troubles mentaux, [nous nous intéressons] aux troubles suivants, car ils sont lourds de conséquences en termes de mortalité, de morbidité et d'invalidité :

- les troubles psychotiques (schizophrénie, psychose maniaco-dépressive, délire chronique),
- les troubles dépressifs caractérisés (dépression, dysthymie),
- les troubles anxieux (syndromes traumatiques, phobies, trouble obsessionnel compulsif),
- les troubles de l'usage de substances psycho-actives (alcool, drogues et médicaments),
- les troubles de la personnalité (dont les personnalités antisociales),
- les troubles du développement liés à une maladie chromosomique/génétique (syndrome de Down – trisomie 21, X fragile, syndrome de Prader-Willi, syndrome de Smith-Magenis, syndrome de Williams) ;
- les troubles envahissants du développement (troubles autistiques, syndrome de Rett, syndrome desintégréatif de l'enfance, syndrome d'Asperger, trouble envahissant du développement non spécifique).

- **La santé mentale positive**

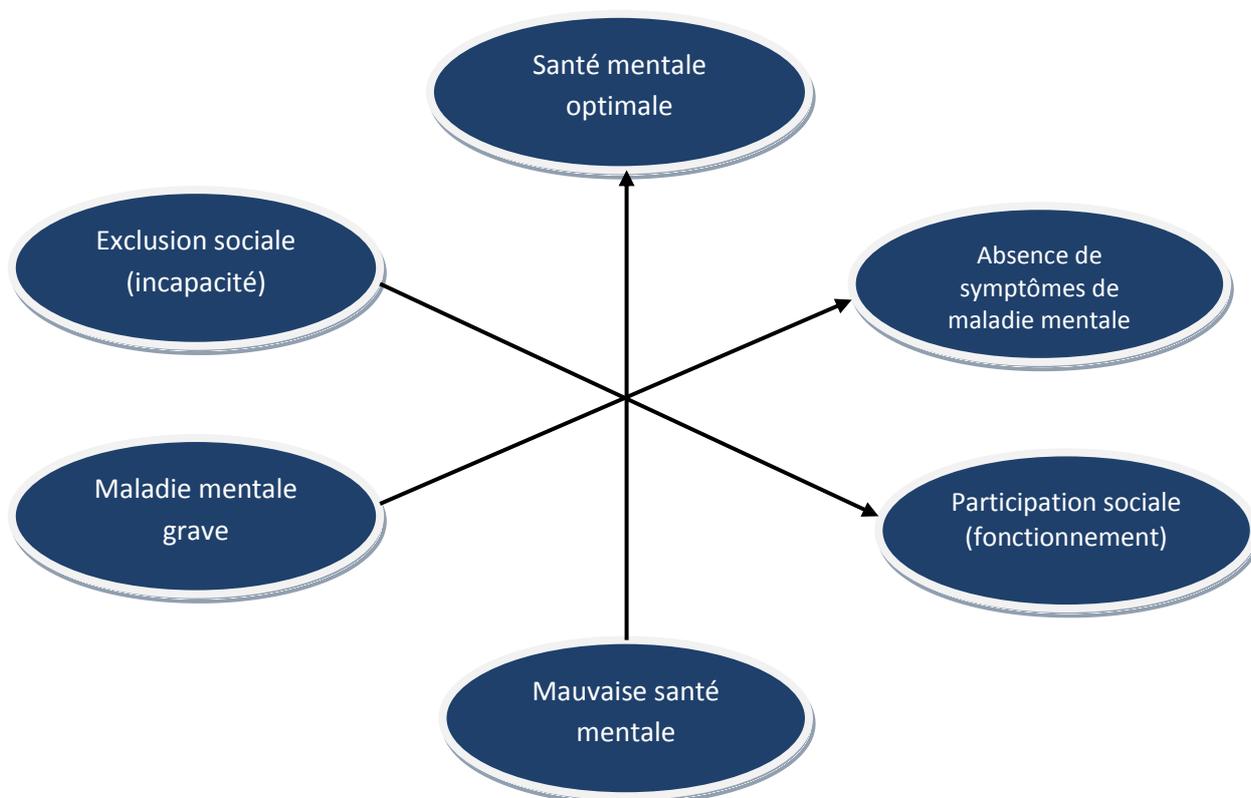
Elle « fait référence, soit à un état de bien-être, un sentiment de bonheur et/ou de réalisation de soi, soit à des caractéristiques de la personnalité (résilience, optimisme, capacité de faire face aux difficultés, impression de maîtriser sa vie, estime de soi). C'est un état positif, d'équilibre et d'harmonie entre les structures de l'individu et celles du milieu auquel il doit s'adapter. C'est la part de « sante » dans la sante mentale, qui ne se définit pas seulement par l'absence de troubles mais comme une capacité dynamique, voire comme « *un effort permanent, une perpétuelle conquête de l'autonomie* »⁴

Cette distinction en trois dimensions invite à dépasser le modèle dualiste opposant « être malade mental » et « être en bonne sante mentale » au sens « neutre » comme « ne pas avoir de maladie mentale ». De plus, il s'agit de mettre en évidence que ce ne sont pas forcément les mêmes facteurs qui sous-tendent l'absence de troubles mentaux et la sante mentale positive : un certain nombre de causes de stress affecteront les troubles mentaux, mais ne se refléteront pas forcément sur la sante mentale positive ; inversement, par exemple, le fait de pratiquer un exercice physique est souvent lié à une bonne sante mentale, mais n'a pas d'action sur les pathologies. Enfin, la maladie mentale et la sante mentale ne sont pas mutuellement exclusives : une personne souffrant d'une maladie mentale peut jouir par d'autres aspects d'une sante mentale positive ».

⁴ « Paul Silvadon avec Jeanne Duron, La Santé mentale, Ed. Privat, 1979. »

Les trois continuums évolutifs de la santé mentale

À partir des définitions précédentes «la santé mentale peut être envisagée au croisement de deux continuums, selon une modélisation [inspirée du] ministère de la Santé canadien⁶ »



Modélisation du champ de la santé mentale en trois continuums⁷

- **1er continuum: de la mauvaise santé mentale à la santé mentale optimale**

«Ainsi, un premier continuum a pour pôles respectivement la santé mentale optimale et la mauvaise santé mentale. La santé mentale optimale est une situation dans laquelle les demandes et les contributions respectives de la personne, du groupe et de l’environnement sont équilibrées. La mauvaise santé mentale désigne l’état de détresse psychologique ou souffrance psychique décrit précédemment. Le contraire de la santé mentale positive n’est pas la maladie mentale en soi, mais la détresse (stress permanent et destructeur), qui a des déterminants internes et externes.»

- **2e continuum: de la maladie mentale grave à l’absence de symptôme de maladie mentale**

«Le second continuum s’étend lui de [la maladie mentale grave à l’absence de symptôme de maladie mentale]. Entre ces deux extrémités, se trouvent différentes situations dans lesquelles les symptômes de trouble mental sont présents à divers degrés.»

- **3e continuum**

À partir de ces 2 continuums se dessine un 3e continuum, allant de l’exclusion sociale à la participation sociale, «qui décrit le retentissement des troubles de la subjectivité (maladie mentale et mauvaise santé mentale) dans les différents rôles de la vie quotidienne (activités physiques, domestiques, scolaires, professionnelles, etc.). Ce continuum dépend des deux autres dimensions évoquées⁸» [...].

⁵ Visible à http://www.hiproweb.org/uploads/tx_hidrtdocs/DC03_Sante_mentale.pdf

Cette partie est inspirée du document suivant: Boisson M., Godot C., Sauneron S. La santé mentale, l’affaire de tous. Pour une approche cohérente de la qualité de vie. Paris : Centre d’analyse stratégique, 2009, p. 24–26. <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/094000556/0000.pdf>

⁶ La santé mentale des Canadiens : vers un juste équilibre, 1988

⁷ Adaptation du schéma présent dans le document : Boisson M., Godot C., Sauneron S. La santé mentale, l’affaire de tous. Pour une approche cohérente de la qualité de vie. Paris : Centre d’analyse stratégique, 2009, page 25.

(<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/094000556/0000.pdf>), dont la source initiale est : Institut Canadien d’information sur la santé. Améliorer la santé des canadiens : explorer la santé mentale positive. Ottawa : ICIS, 2009

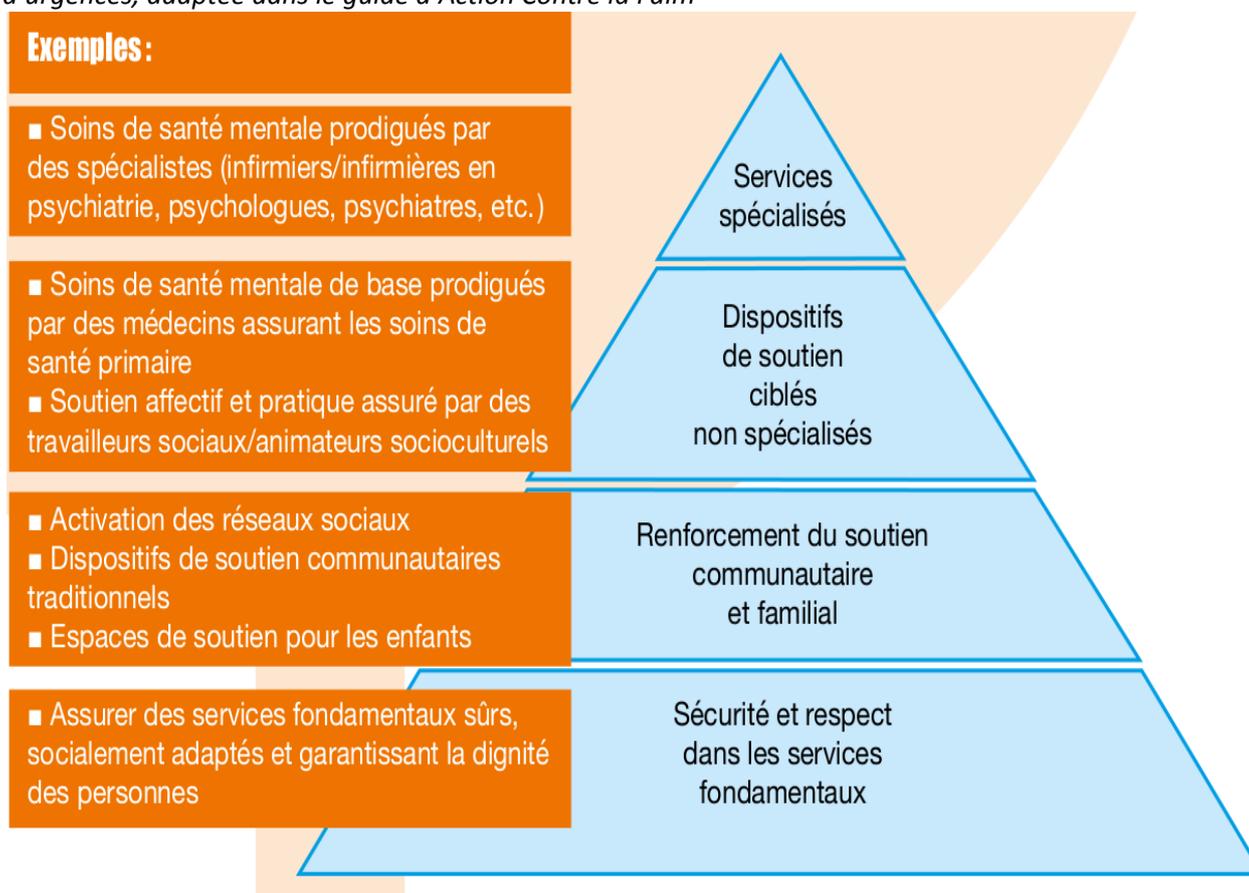
⁸ Cette partie est inspirée du document suivant: Boisson M., Godot C., Sauneron S. La santé mentale, l’affaire de tous. Pour une approche cohérente de la qualité de vie. Paris : Centre d’analyse stratégique, 2009, p. 24–26. <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/094000556/0000.pdf>

2) La pyramide IASC

L'Inter Agency Standing Committee⁹ propose une pyramide des interventions pour le soutien de la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgences. Le bas de la pyramide représente les besoins psychosociaux de l'intégralité de la population, le nombre de personnes concernées diminue au fil des étages et le haut ne concerne qu'un nombre restreint de personnes.

Si cette pyramide des interventions est habituellement utilisée dans l'humanitaire, elle nous semble intéressante pour éclairer les possibilités d'interventions en santé mentale auprès d'un public en situation de précarité.

Pyramide des interventions pour le soutien de la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgences, adaptée dans le guide d'Action Contre la Faim¹⁰



Le premier niveau concerne **les services de base et de sécurité** : La promotion de services de base sûrs, socialement appropriés, et respectueux de la *dignité*. En terme d'interventions, il peut ici s'agir d'une sensibilisation des acteurs pour que les services de base qu'ils mettent en place soient participatifs, socialement appropriés et respectueux de la dignité des personnes. Par exemple s'assurer que les personnes vulnérables puissent accéder aux services de base et de sécurité (que les femmes, les enfants, les personnes en situation de handicap, ayant des problématiques de santé mentale, etc. puissent également accéder à la nourriture, à l'hébergement, aux sanitaires, etc.).

Le 2^{ème} niveau concerne les **dispositifs de soutien communautaires et familiaux**. Il s'agit de permettre à la communauté de retrouver des mécanismes de soutien qui existaient avant la crise ou d'en développer de nouveaux. Par exemple permettre à des femmes de se retrouver dans un lieu non mixte, créer des espaces de soutien pour enfants, permettre des lieux qui puissent favoriser les liens parents-enfants, etc.

Le 3^{ème} niveau désigne les **dispositifs de soutien ciblés non spécialisés**, tels que les soins de base en santé mentale par des médecins généralistes. Ce niveau comprend également les premiers secours psychologiques, les soins de

⁹ Groupe de référence du CPI pour la santé mentale et le soutien psychosocial en situation d'urgence (2010). Santé mentale et soutien psychosocial dans les situation d'urgence : ce que les acteurs de santé humanitaires doivent savoir. Genève.

http://www.who.int/mental_health/emergencies/what_humanitarian_health_actors_should_know_french.pdf

¹⁰ ACF, L'impact psychosocial des crises humanitaires, mieux comprendre pour mieux intervenir.

<http://docplayer.fr/24329048-Acf-international-l-impact-psychosocial-des-crisis-humanitaires-mieux-comprendre-pour-mieux-intervenir.html>

santé mentale de base réalisés par des intervenants en santé. Ce sont des soins assurés par des personnes formées, telles que l'accompagnement de victimes de violences basées sur le genre, etc.

Enfin, au sommet de la pyramide se trouve **les dispositifs spécialisés**, le soutien psychologique ou psychiatrique nécessaire pour le faible pourcentage de la population pour lequel les dispositifs des étages précédents n'auront pas été suffisants.

Ainsi, les services spécialisés en santé mentale procurés par des professionnels ne sont nécessaires que pour un faible pourcentage de la population. Nous voyons que de nombreux dispositifs peuvent être imaginés pour répondre aux besoins en santé mentale, ne se limitant pas aux seuls entretiens cliniques, la palette d'interventions possibles contribuant à préserver ou renforcer une santé mentale positive est très large. Par ailleurs, nous voyons que les acteurs de la santé mentale ne sont pas uniquement les psychiatres et psychologues, les travailleurs sociaux et autres intervenants non spécialisés en santé mentale agissent à chaque niveau de cette pyramide.

Cela permet d'envisager une prise en charge globale centrée sur la personne, prenant en compte l'impact de l'environnement, l'importance de la communauté, l'existence de ressources internes et sociales et la mobilisation d'un réseau dans la potentialisation du pouvoir d'agir des groupes et des individus.

3) Ressources bibliographiques

Arveiller, J.P., Mercuel, A. (2012). Santé mentale et précarité : aller vers et rétablir. Paris : Lavoisier.

FNARS (2010). Précarité et santé mentale, repères et bonnes pratiques.

http://www.federationsolidarite.org/images/stories/2_les_actions/sante/ressources_documentaires/precarite-et-sante-mentale-2.pdf

Furtos, J. (2011). La précarité et ses effets sur la santé mentale. Le Carnet PSY, 156,(7), 29-34.

<https://www.cairn.info/revue-le-carnet-psy-2011-7-page-29.htm>

Furtos, J. et al. Mondialisation et santé mentale, la déclaration de Lyon du 22 octobre 2011.

<http://www.ch-le-vinatier.fr/orspere-samdarra/rhizome/anciens-numeros/rhizome-n45-la-mondialisation-pour-une-ecologie-du-lien-social/declaration-de-lyon-du-22-octobre-2011-1708.html>

Parquet, J. (2003) Souffrances psychiques et exclusion sociale.

http://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_PARQUET_Septembre_2003_Souffrance_psychique_et_exclusion.pdf

VST – Vie sociale et traitements, 2009/101. Dossier Psychiatrie et Précarité.

Rhizome, 2001/5. La souffrance psychique aujourd'hui, un concept évident et incertain.

<http://www.ch-le-vinatier.fr/orspere-samdarra/rhizome/anciens-numeros/rhizome-n5-963.html>

Ces représentations de parcours d'hébergement et de soins de personnes interrogées permettent d'apercevoir la diversité des parcours et de ce qui fait ruptures de personnes en situation de précarité ayant, ou ayant eu des problématiques de santé mentale.

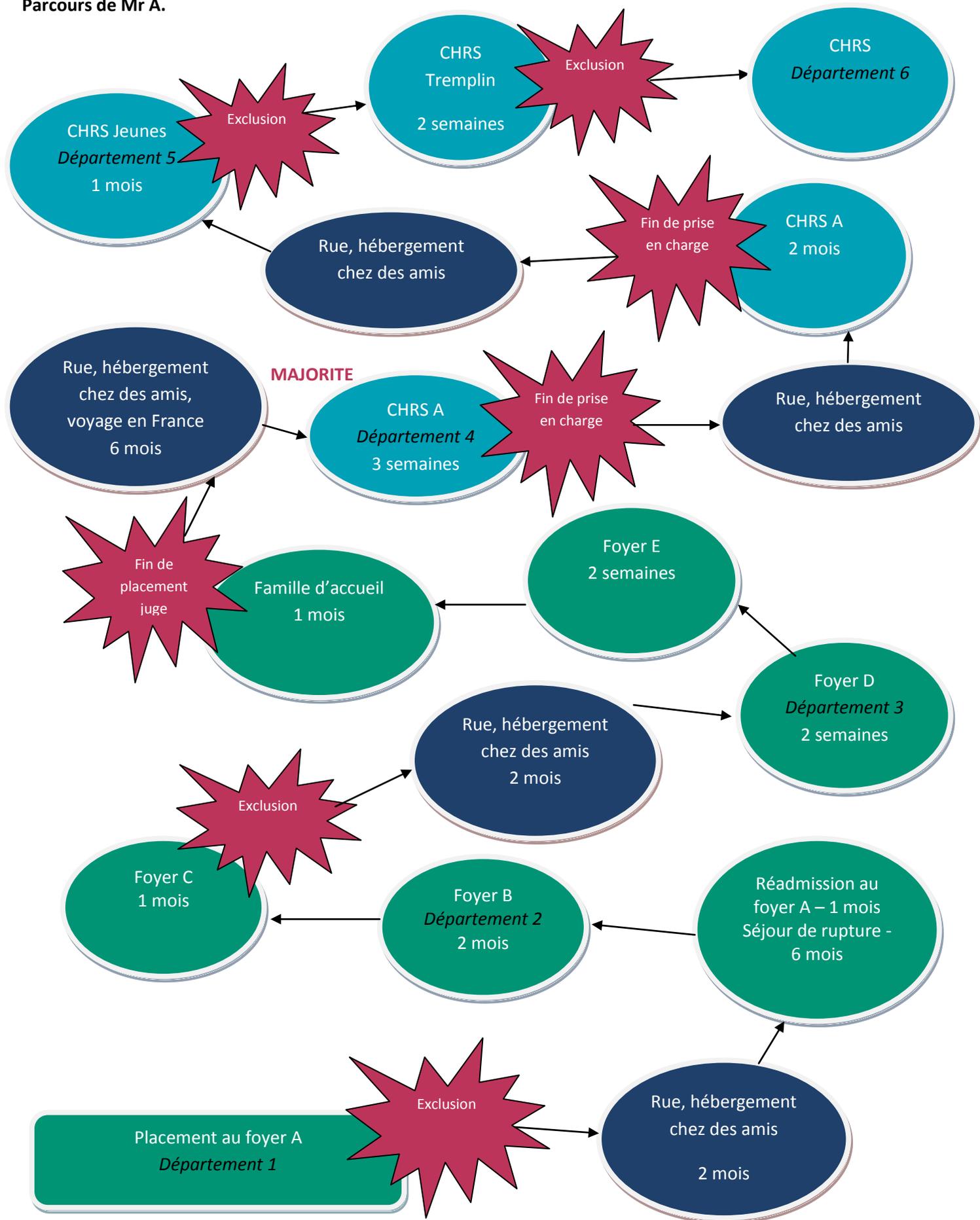
Ces extraits de parcours concernent majoritairement des personnes de moins de trente ans, ayant un parcours d'errance toutes supérieures à trois ans. Pour les personnes plus âgées, dont le parcours d'errance a duré sur de nombreuses années, l'entretien n'était pas orienté aussi précisément sur les différentes étapes.

Parcours de Mr A

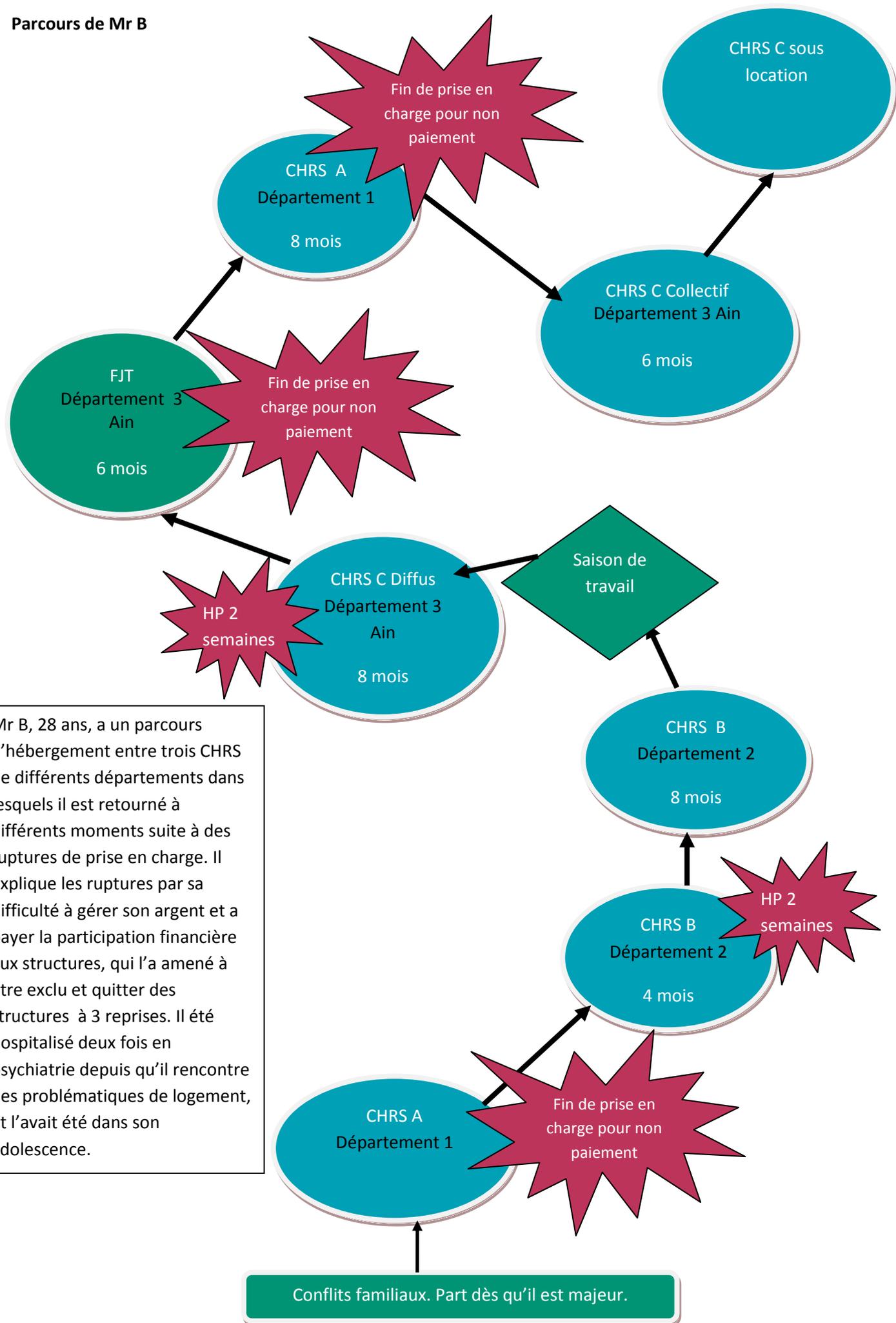
La représentation du parcours d'hébergement de ce jeune de moins de 20 ans montre de nombreuses ruptures, certaines dont il s'attribue la responsabilité (certaines des exclusions), d'autres pour lesquelles il attribue une responsabilité aux structures (fin de prise en charge, etc.). Certaines sont liées à des problèmes de comportement au sein des structures, de violences ou de consommation de cannabis. D'autres ruptures sont justifiées par le non avancement dans les démarches, ayant débouché sur des fins de prise en charge.

Mr A, arrivé récemment dans une structure du département lors de sa rencontre, n'était pas identifié par les travailleurs sociaux comme une personne « cyclique », son parcours ayant lieu entre plusieurs départements. Contrairement à d'autres personnes interrogées rencontrées qui attendent d'être acceptés de nouveau dans les structures desquelles elles ont été exclues, ce jeune choisi de changer de département lorsqu'il n'y est plus accepté en hébergement.

Parcours de Mr A.



Parcours de Mr B



Mr B, 28 ans, a un parcours d'hébergement entre trois CHRS de différents départements dans lesquels il est retourné à différents moments suite à des ruptures de prise en charge. Il explique les ruptures par sa difficulté à gérer son argent et a payer la participation financière aux structures, qui l'a amené à être exclu et quitter des structures à 3 reprises. Il été hospitalisé deux fois en psychiatrie depuis qu'il rencontre des problématiques de logement, et l'avait été dans son adolescence.

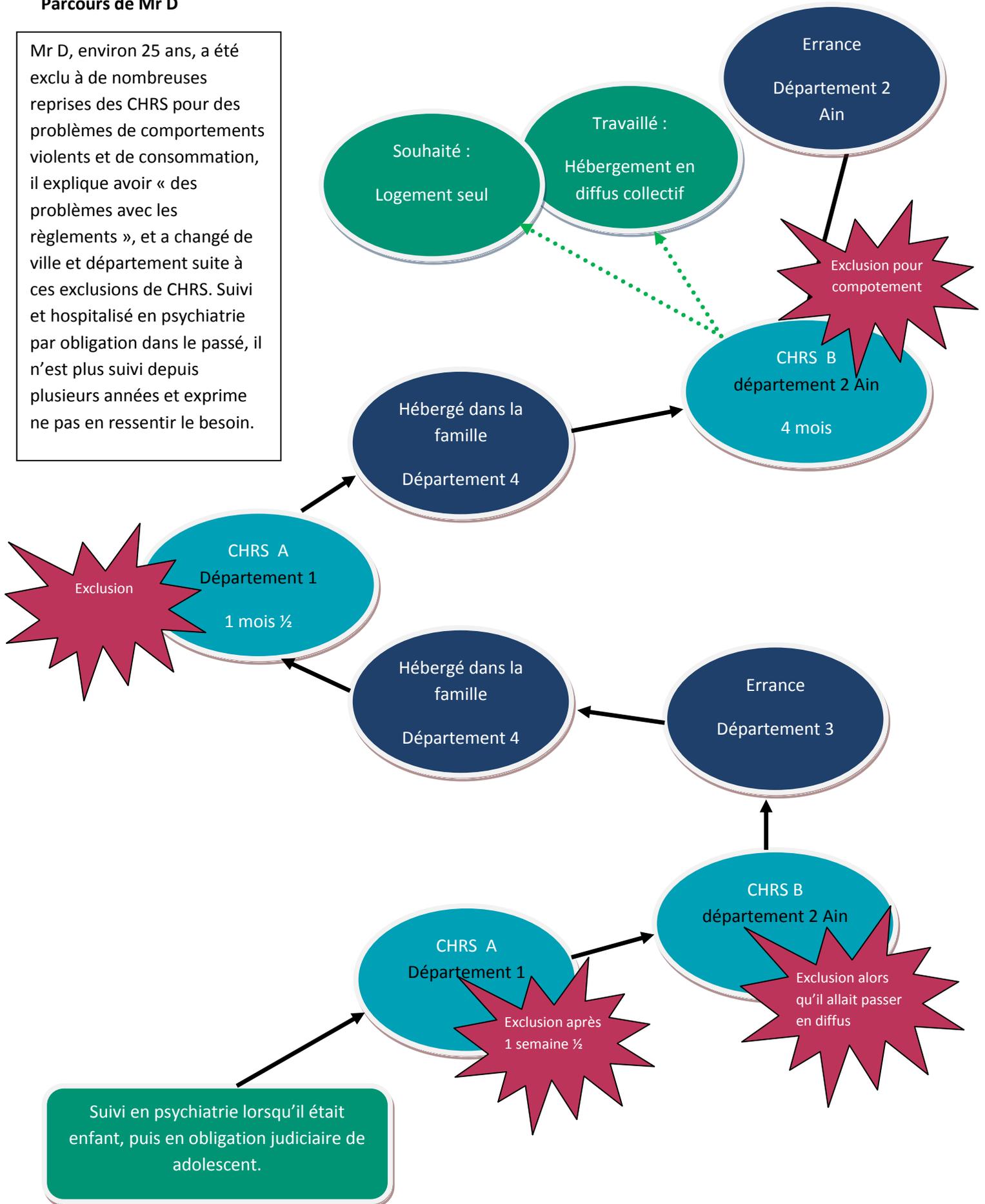
Parcours de Mr C



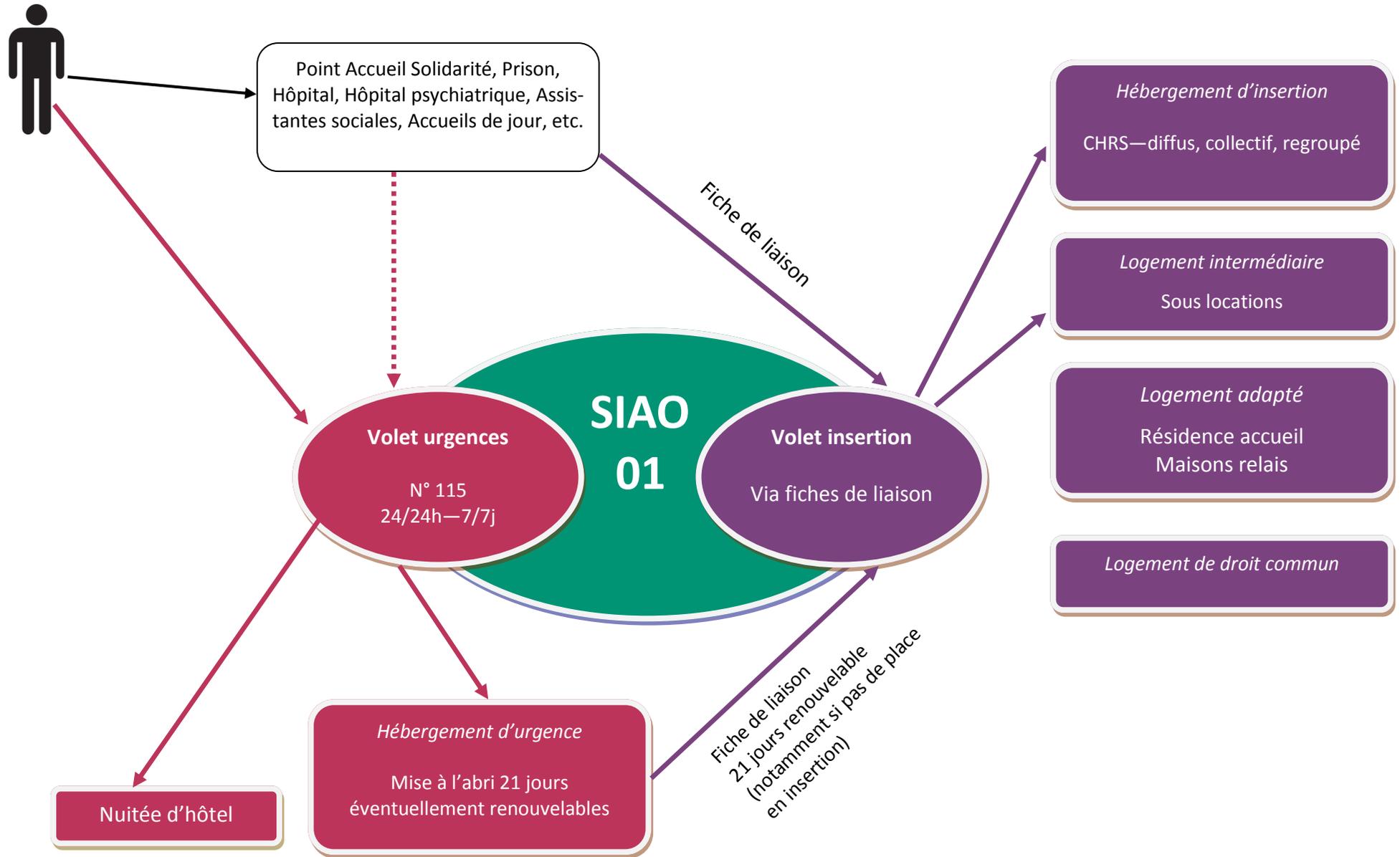
Mr C, la trentaine, a rencontré des problématiques d'hébergement dans sa vie d'adulte suite à une rupture sentimentale. Resté longtemps en errance par méconnaissance des dispositifs, il a été accueilli dans un CHRS du département, dans lequel il est revenu après un passage en prison. Il a choisi de quitter le CHRS après plusieurs mois de prise en charge quelques jours avant son passage en résidences sociales. Suivi par un psychologue en prison, il n'a pas souhaité poursuivre.

Parcours de Mr D

Mr D, environ 25 ans, a été exclu à de nombreuses reprises des CHRS pour des problèmes de comportements violents et de consommation, il explique avoir « des problèmes avec les règlements », et a changé de ville et département suite à ces exclusions de CHRS. Suivi et hospitalisé en psychiatrie par obligation dans le passé, il n'est plus suivi depuis plusieurs années et exprime ne pas en ressentir le besoin.



Annexe 6 : Organisation de l'hébergement d'urgence et d'insertion dans le département de l'Ain



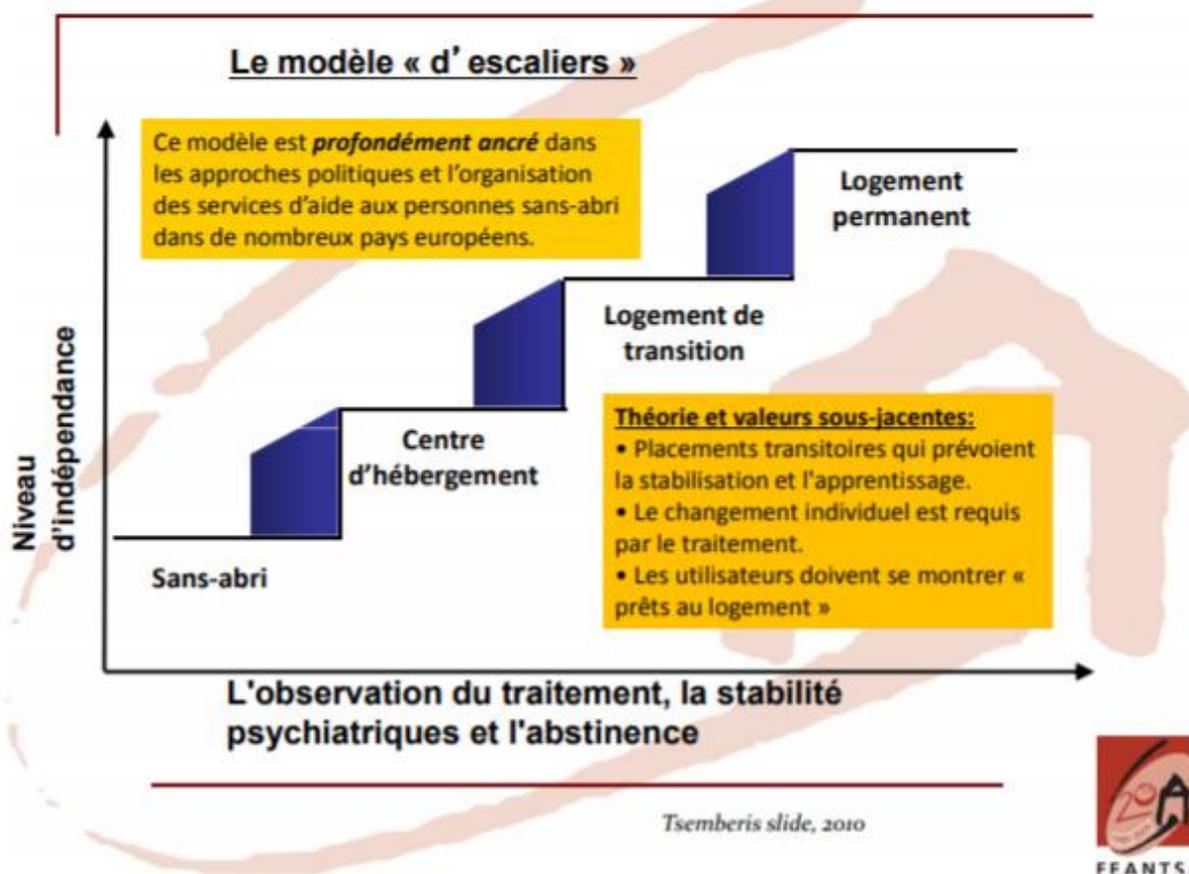


Schéma extrait d'une présentation « Logement d'abord dans des contextes européens » réalisée par la FEANTSA, visible [http://www.drihl.ile-de-france.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Annexe4_Pr_sentationFEANTSA_cle213b5b.pdf]

∞ Annexe 8: Propositions et ressources pour la réalisation de guides dans le département

Ci-dessous la proposition de réalisation de différents guides pour le département de l'Ain. Le découpage proposé entre les thématiques nous semble le plus pertinent, même si d'autres sont également possibles¹. Les différents liens de guides réalisés dans d'autres villes ou départements permettront de constater la diversité des réalisations et de s'en inspirer pour trouver celle qui semblera la plus adéquate sur le département de l'Ain.

L'actualisation régulière des guides, généralement de manière annuelle, est évidemment essentielle.

1) Guide de la solidarité / de l'urgence sociale

Pourquoi ? Afin de rendre accessibles les informations de base sur les services essentiels pour les personnes en situation de précarité. Cela leur permet d'être autonomes dans leurs démarches.

Pour qui ? En premier lieu pour les personnes en situation de précarité, ce guide pourra également être une ressource pour les professionnels.

Quelques exemples

Guide Solidarité à Paris hiver 2018	https://api-site-cdn.paris.fr/images/87884
Guide de l'urgence sociale de la Ville de Lyon	https://www.lyon.fr/sites/lyonfr/files/content/migrated/379/661/Guide%20de%20l%27urgence%20sociale.pdf
Guide de l'urgence sociale de la Ville de Nantes	https://www.nantes.fr/files/live/sites/nantesfr/files/PDF/Guides-pratiques/Urgence-sociale/guide-urgence-sociale-2017.pdf
Guide de l'urgence sociale de Marseille	http://social.marseille.fr/sites/default/files/contenu/social/PDF/guide_urgence_sociale_9e_edition_corrige.pdf

Le Guide Solidarité à Paris, Hiver 2018 propose différentes catégories, regroupant les informations essentielles pour :

- S'orienter (adresses des structures d'informations et d'accompagnement)
- S'occuper de soi (bagagerie, bains douches, loisirs, etc.)
- Se nourrir (dispositifs d'aide alimentaire et conditions)
- Se loger (informations sur le droit au logement, les dispositifs d'hébergement, la domiciliation, et les aides au maintien dans le logement)
- Se soigner (les possibilités d'accès aux soins et les structures de santé)
- Se réinsérer (les solutions de réinsertion sociale et professionnelles liées ou non au RSA)

Le Guide de l'urgence sociale de la Ville de Lyon donne les informations essentielles pour répondre à différentes questions : Où s'adresser pour demander un hébergement ? Où manger ? Où se faire aider ? Où se laver ? Où s'habiller gratuitement ? Où avoir une adresse ? Où se faire soigner ? Et pour mon animal ?

Le Guide de l'urgence sociale de la Ville de Nantes est structuré en trois grands chapitres :

- Urgences : Domiciliation, information et boîte mail ; Accueil en journée ; Accueil soir et nuit ; Laverie – vestiaire ; Bagages ; Toilettes publiques ; Bains douches ; Vétérinaires
- Au quotidien : Accueil ; Hébergement ; Autres lieux spécialisés
- Santé

Le Guide de l'urgence sociale de Marseille présente différents acteurs et associations, puis donne les informations permettant de répondre aux questions suivantes : Où manger ? Où dormir ? Où se doucher ? Où trouver des vêtements ? Où se soigner gratuitement ? Où se faire vacciner gratuitement ?

Des informations concernant les addictions, les IST et le SIDA ainsi que la prostitution sont également indiquées dans le guide.

¹ Par exemple le guide santé à l'usage des acteurs de l'hébergement réalisé en Ile de France.

https://www.iledefrance.ars.sante.fr/sites/default/files/2016-12/Guide_sante_acteurs_hebergement.pdf

A retenir

Les différents guides comprennent tous les informations, adresses et numéros de téléphone utiles pour accéder à des services dans les villes. L'usage de **pictogrammes** et de visuels permet de faciliter l'accès à l'information pour des personnes ayant des difficultés de lecture. Plusieurs guides comprennent des **traductions** en différentes langues (guide de Marseille, Nantes, Toulouse). D'autres introduisent des **plans des villes**. Notons que l'information concernant les **animaux** permet de toucher un public plus large.

Comment faire dans le département de l'Ain ?

Il nous semble essentiel que ce guide départemental soit **co-construit avec les personnes en situation de précarité** afin qu'il comporte les informations dont elles ont réellement besoin. Par le biais d'ateliers avec les travailleurs sociaux, ces temps de co-construction permettront également une valorisation des savoirs.

Nous proposons la réalisation de ces guides dans un premier temps par territoire, avant qu'ils puissent être mutualisés pour la création d'un guide départemental.

Groupe de travail	
Secteur Est	*CHRS C1 *CHRS C2 * CHRS D Groupes de travail réalisés dans chacun de ces CHRS en lien avec les acteurs locaux et un référent du Carrefour Santé Mentale Précarité en charge de ce secteur
Secteur Sud	*CHRS E Groupe de travail au sein du CHRS en lien avec les acteurs locaux et un référent du Carrefour Santé Mentale Précarité en charge de ce secteur
Secteur Ouest	Le secteur Ouest n'est pas pourvu de CHRS. La réalisation de ce guide pourrait donc être portée par un référent du Carrefour Précarité Santé Mentale en lien avec les acteurs locaux.
Secteur Centre	*CHRS B1 et B2 *CHRS et accueil de jour A * Accueil de jour Choc'chaud Groupe de travail au sein des CHRS et des accueils de jour, en lien avec les acteurs locaux et un référent du Carrefour Santé Mentale Précarité en charge de ce secteur.

2) Un guide de l'hébergement et du logement

Pourquoi ? Afin d'avoir un référentiel commun et partagé par les différents acteurs du territoire sur les hébergements et logements du département, les modalités d'accès, les caractéristiques, ainsi que les aides possibles.

Pour qui ? Pour les travailleurs sociaux travaillant dans le département.

Quelques exemples

Guide national des dispositifs d'hébergement et de logement adapté	http://www.federationsolidarite.org/images/stories/2_les_actions/accueil_et_hebergement/guide_dispositifs_hebergement_logement_2008.pdf
Répertoire des dispositifs d'accueil, d'hébergement, de logements accompagnés et adaptés en Vendée	https://fr.calameo.com/read/0025378379dbcf0b54b8e
Guide de l'accès au logement à l'usage des travailleurs sociaux, Ile de France.	http://www.drihl.ile-de-france.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/guide_de_l_acces_au_logement_a_l_usage_des_travailleurs_sociaux.pdf
Catalogue des dispositifs d'accueils, d'hébergements de logements accompagnés et adaptés de la Sarthe.	http://www.unafam.org/IMG/pdf/GUIDE_DES_DISPOSITIFS_2016_2017-pub.pdf
Guide des dispositifs d'hébergement et de logement adapté / accompagné en Savoie	https://www.respects73.fr/wp-content/uploads/2017/08/guide-de-hebergement-dec-2015.pdf
Guide de l'hébergement vers le logement du département du Gard	http://www.gard.gouv.fr/content/download/22880/166912/file/Guide%20hebergement%20vers%20le%20logement%202016.pdf

A retenir

Ces guides se composent généralement de différentes catégories :

- Des informations sur la **veille sociale** (SIAO, 115, accueil de jour, maraudes)
- **Dispositifs d'hébergement** (CHRS, ALT, dispositifs d'hébergement des demandeurs d'asile et réfugiés, etc.)
- Le **logement adapté ou accompagné** (résidences sociales, maisons relais, résidences accueils, sous location, etc.)
- Les **dispositifs d'accès ou de maintien dans le logement** (prévention des expulsions, AVDL, ASLL, FSL, DALO, etc.)
- Les structures en lien avec la **santé** (LHSS, etc.)
- Les **acteurs** (bailleurs sociaux, CCAS, les associations, etc.)

Dans chaque catégorie, ils présentent les adresses, modalités d'accès, caractéristiques, outils nécessaires, et le cadre réglementaire. Certains guides proposent un **sommaire** par public des différents dispositifs accessibles, ou par implémentation géographique, ou encore par catégorie de besoins et type de réponses (guide de la Sarthe, Savoie) permettant aux lecteurs de trouver facilement l'information nécessaire.

Comment faire sur le département ?

Ce travail pourrait être réalisé par le SIAO, en lien avec la DDCS. Il pourrait également inclure les informations sur les structures d'hébergement et de logement des demandeurs d'asile du département.

3) Un guide des ressources en santé mentale

Pourquoi ? Afin de rendre accessibles les informations de base sur les services de soins de santé mentale existants dans le département et les modalités pour y accéder.

Pour qui ? Pour tous les habitants du département, ainsi que pour les professionnels.

Quelques exemples

Guide pratique santé mentale dans l'est du Val d'Oise	http://www.ville-goussainville.fr/telechargements/guide_pratique_sante_mentale_13-09-17.pdf/view
Guide Orienter vers les services de soins ambulatoires en psychiatrie à Marseille	http://www.polvillemarseille.fr/ftp/article/681/guide-orienter-services-soins-ambulatoires-psychiatrie-marseille-2017.pdf
Guide Ressources en santé mentale de la Ville de Rennes	http://maisondelasante.com/wp-content/uploads/2016/04/2312-Livret-32P-2016.pdf
Guide Santé mentale parlons en de la Ville de Brignolles	http://www.brignolles.fr/uploads/media/guide_sante_mentale_2016_page_V2.pdf
Guide Ressources en santé mentale de la Ville de Neuilly à destination des professionnels	http://fr.calameo.com/read/000026281b269230a5b9c
Guide Ressources en santé mentale en Mayenne	http://clsm-ccoms.org/wp-content/uploads/2017/01/guide-des-ressources-en-sante-mentale-clsm-pays-de-mayenne.pdf
Guide pratique santé mentale Grand Chalons	http://www.ch-sevrey.fr/fichiers_site/a2157sev/contenu_pages/guide-pratique-sante-mentale.pdf

A retenir

Certaines villes ont fait le choix de réaliser le guide uniquement pour les professionnels (Neuilly, Grand Chalons), d'autres ont axé sur les personnes en situation de précarité (Marseille). La lutte contre les **idées reçues** sur la santé mentale, la réponse aux questions et préjugés les plus souvent véhiculés fait partie de certains guides (Brignolles, Sevrey), et **l'usage de dessins et BD** permet également de faciliter la lecture (Val d'Oise). Un aspect **législatif** fait partie de certains guides, indiquant notamment les démarches d'hospitalisation sous contrainte. Un **annuaire** permet d'indiquer les ressources existantes sur le territoire, qu'elles soient associatives (GEM, associations de soutien, etc.) ou institutionnelles (CMP, CMPP, hôpital psychiatrique, accueils de jour, etc.). Ces guides sont souvent **réalisés par les CLSM**.

Comment faire dans le département de l'Ain ?

Il nous semble important que ce guide soit départemental et puisse être accessible à tous, pas uniquement aux professionnels. La **lutte contre les préjugés** semble nécessaire, et une définition des différents **professionnels** de santé mentale et de leurs missions pourrait être incluse. Il serait intéressant d'y inclure également des informations sur les problématiques de **dépendance** et les lieux ressources, sur le handicap et les démarches (MDPH, etc.). Ce travail pourrait être réalisé dans le cadre des CLSM sur le département de l'Ain.

4) Un guide habitat et santé mentale

Pourquoi ? Afin de réunir les différentes informations concernant le logement pour les personnes ayant des problématiques de santé mentale et de les rendre accessibles.

Pour qui ? Destinés aux professionnels, ce guide pourra également être une ressource pour les personnes ayant des problématiques de santé mentale et leurs proches.

Quelques exemples

Guide pratique santé psychique et logement, Grand Lyon	http://www.spel-grandlyon.com/files/2014/11/Guide-pratique-Sant%C3%A9-Psychique-et-Logement-2015.pdf
Guide Habitat et santé mentale de Lille Métropole	http://www.lillemetropole.fr/files/live/sites/lmcu/files/docs/ACCESSIBILITE-HANDICAP/Guide-habitat-sante-mentale_LilleMetropole_sept2013.pdf
Guide santé mentale et logement dans les Yvelines	http://www.aorif.org/publications-espace-presse/autres-publications/Guide%2078%20sante%20mentale%20et%20logement.pdf/view
Guide santé Mentale et Logement dans le 20 ^{ème} arrondissement de Paris	http://www.aorif.org/publications-espace-presse/autres-publications/Guide_Mentale_logement_web.pdf/view

A retenir

Ces guides incluent généralement une partie sur la **législation**, les **instances** et **outils** possibles pour l'accompagnement et le travail en réseau, ainsi qu'une présentation des différents **acteurs** et **services**. Une partie comprend un **annuaire** des structures et services de santé mentale et de psychiatrie. Des informations clés théoriques peuvent également être communiquées (définition et explication du syndrome de Diogène, santé mentale, etc.) mais également des explications concrètes (comment orienter une personne ayant des problématiques de santé mentale vers le logement, etc.).

Comment faire sur le département de l'Ain ?

Des groupes de travail pourraient être réalisés sur le territoire, alliant les acteurs de l'hébergement et de la santé mentale, les associations d'usagers, afin de compiler les informations utiles.

1) Proposition de méthodologie pour un travail inter CHRS sur les sanctions

Ci-dessous quelques propositions pour la mise en place d'un travail sur la question des sanctions au sein puis entre les CHRS. Il semble indispensable que ce travail de réflexion soit réalisé avec les personnes hébergées.

- 1^{ère} étape : Organisation au sein de chaque structure d'un temps de réflexion et d'échanges sur les sanctions et exclusions avec les personnes hébergées.
Groupe de travail entre professionnels et entre personnes hébergées, puis mise en commun.
Quelles sanctions actuellement ? Sont-elles adaptées ? Qu'est ce qui pose problème ? Quelle échelle des sanctions ? Quels avertissements ? Y en a t il d'autres à créer ? Quelle adaptabilité en fonction des problématiques personnelles ? Quelles possibilités de recours pour les personnes sanctionnées ? Quels outils à créer ? Quelles règles ? Etc.
- 2^{ème} étape : Rencontre des structures d'hébergement du département sur la question des sanctions et exclusions, avec un représentant des personnes hébergées par structure.
Retours sur les ateliers ayant eu lieu dans les CHRS : Qu'est ce qui est commun ? Qu'est ce qui diffère ? Qu'est ce qui peut être mis en place entre les différents CHRS ? Quelles différences entre les CHRS ? Quels outils à créer ?
- 3^{ème} étape : Création de procédures et d'outils communs pour les professionnels et pour les personnes hébergées.
Par exemple outil de recueil de données mis en place au sein des CHRS pour avoir une visibilité sur les sanctions et exclusions, guide sur les possibilités de recours pour les personnes hébergées, aide à la décision pour les professionnels, etc.
- 4^{ème} étape : Groupe de travail 3 ou 6 mois après la mise en place des outils pour les réadapter si nécessaire et faire le point sur les avancées, au sein des CHRS puis entre les CHRS.

Ces temps de travail inter CHRS pourraient être animés par le SIAO ou la DDCS, en lien avec le Conseil Régional Consultatif des Personnes Accueillies et Accompagnées et la Fédération des Acteurs de la Solidarité qui pourraient être des acteurs clés pour accompagner cette réflexion.

2) Proposition de trame pour bilan de prise en charge avant / après exclusion d'une structure d'hébergement

Afin de limiter les ruptures dans le parcours des personnes à la sortie des dispositifs d'hébergement, il est proposé de réaliser un entretien bilan lors des fins de prise en charge dans les CHRS, à un passage dans un autre dispositif (maisons relais, logement dans le droit commun, etc.) mais également (et surtout) lors d'une exclusion de la structure ou d'un départ de la personne. Cela pourra faciliter une continuité de la prise en charge et de l'accompagnement, notamment par le biais de passation.

Ainsi, cet entretien, réalisé avant le départ du dispositif ou à la suite (lors d'une exclusion par exemple) pourra permettre de réaliser un bilan de l'accompagnement réalisé à différents niveaux :

- Au niveau de l'hébergement (souhait d'hébergement / logement et possible évolution, fiche de liaison, demande de logements sociaux, recherche de logement, demandes FSL, etc.)
Quelles ont été les avancées pendant l'hébergement, qui prend la suite si besoin, est ce que les dossiers sont transmis à un travailleur social d'une autre structure, etc. ?
- Au niveau de la santé et de la santé mentale (souhaits dans ce domaine, bilan de santé, couverture sociale, accès aux soins, suivi, etc.)
- Dans le domaine professionnel (souhait d'emploi, accès à l'information sur les possibilités, suivi Pôle emploi, etc.)
- Au niveau de l'insertion sociale (souhait dans ce domaine, vie collective, participation aux activités, inscription dans la ville, connaissances des structures, etc.)

Ce temps permettra un bilan du travail réalisé avec la personne, conjointement, comment c'est passé l'accompagnement pour l'une et l'autre, les avancées, les choses restant en cours, les prochaines étapes, etc. Il est important que la personne puisse exprimer son ressenti, pour la période passée dans l'hébergement et pour la suite. Les démarches et objectifs peuvent être définis par les personnes en fonction de leurs souhaits et possibilités, sans que cela représente une pression.

Proposition de trame pour entretien individuel de bilan et passation

Entretien à réaliser avec le(s) travailleur social référent à la sortie de la structure d'hébergement. L'objectif est de faire un bilan de la période passé en hébergement / logement, et de mettre en œuvre les moyens d'une passation, afin que les actions entamées se poursuivent à la sortie de la structure.

Cette fiche doit être remplie ensemble lors de l'entretien précédent ou suivant le départ de la structure : les désaccords éventuels peuvent y être indiqués dans chaque bulle.

Une copie doit être gardée par la structure. Ce document pourra être transmis à l'arrivée dans une autre structure d'hébergement par la personne ou avec son accord.

Date d'arrivée dans la structure (1^{ère} et dernière si plusieurs) :

Date de sortie de la structure :

Date de l'entretien :

HEBERGEMENT - LOGEMENT

Situation à l'arrivée dans la structure :

Ce qui a été fait pendant l'hébergement, avancées :

Prochaines étapes :

<i>Démarches - Objectifs</i>	<i>Structure prenant le relai - Passation - Dates éventuelles</i>

SANTE ET SANTE MENTALE

Situation à l'arrivée dans la structure :

Ce qui a été fait pendant l'hébergement, avancées :

Prochaines étapes :

<i>Démarches - Objectifs</i>	<i>Structure prenant le relai - Passation - Dates éventuelles</i>

INSERTION PROFESSIONNELLE

Situation à l'arrivée dans la structure :

Ce qui a été fait pendant l'hébergement, avancées :

Prochaines étapes :

<i>Démarches - Objectifs</i>	<i>Structure prenant le relai - Passation - Dates éventuelles</i>

INSERTION SOCIALE

Situation à l'arrivée dans la structure :

Ce qui a été fait pendant l'hébergement, avancées :

Prochaines étapes :

<i>Démarches - Objectifs</i>	<i>Structure prenant le relai - Passation - Dates éventuelles</i>

Commentaire de la personne :

Commentaire du travailleur social :

3) Ressources bibliographiques

- **Documents utiles pour la réflexion sur les questions de sanction et exclusions**

FNARS Ile de France (2016). Droits et obligations des personnes hébergées : Cadre juridique, enjeux, préconisations et témoignages d'expériences.

http://www.miedepain.asso.fr/wp-content/uploads/2012/09/MANUEL_VF- maquette-web.pdf

FNARS, ANIL. Guide pratique élaborer le règlement de fonctionnement.

http://www.federationsolidarite.org/images/stories/participation_des_usagers/guides/Reglement-Fonctionnement-ESSMS.pdf

Lahso (2014). Le droit à l'hébergement face au non respect des contrats de séjour par les usagers : recueil de pratiques à l'usage des professionnels et autres intervenants.

http://www.lahso.fr/wp-content/uploads/2014/09/Proc%C3%A9dure_droit_%C3%A0_lh%C3%A9bergement_LAHSo.pdf

CCRPA Nord-Pas-de-Calais (2014). Réflexions, constats et propositions soumises sur la question des sanctions, mises à pieds et fins de prises en charges d'hébergement

<http://www.ccpa-ccrpa.org/sites/ccrpa-preprod.semi-k.net/files/documents/Avis%20du%20CCRPA%20Nord%20Pas-de-Calais%20sur%20les%20sanctions%2C%20mises%20%C3%A0%20pied%20et%20fin%20de%20prise%20en%20charge.pdf>

Jurislogement (2015) Fin du contrat en hébergement / logement foyer / logement de transition : quels droits et obligations pour les personnes et les organismes gestionnaires ?

http://www.jurislogement.org/wp-content/files/Le%20droit%20en%20pratique_Fin%20contrat%20h%C3%A9bergement_Mars2015.pdf

Bruneteaux, P. (2007). Les pénalisations formelles et informelles dans les Centres d'Hébergement d'Urgences. Notes du colloque international La fabrique des populations problématiques par les politiques publiques, Nantes juin 2007.

http://www.msh.univ-nantes.fr/servlet/com.univ.collaboratif.utils.LectureFichier?CODE_FICHER=1181219794795&ID_FICHE=1327

- **Outils pouvant inspirer / être adaptés pour le département de l'Ain :**

CCRPA Nord-Pas-de-Calais (2014). Droits, devoirs et recours.... Guide à destination des personnes accueillies et accompagnées dans les dispositifs d'accueil, d'hébergement et d'insertion.

http://www.federationsolidarite.org/images/stories/participation_des_usagers/guides/Guide_droits_devoirs_et_recours_V04_2014.pdf

ADIL (2015). Procédure d'expulsion dans le cadre d'un hébergement d'urgence ou temporaire.

http://www.adiltarn.org/adil/rubriques/18/utilisateur2/fichiers/file/ENQUETE_ET_RAPPORTS/EXPULSION_ET_HEBERGEMENT_URGENCE_-_NOVEMBRE_2015.pdf

∞ Annexe 10 : Propositions de convention pour la mise en place de référents santé mentale au sein des CHRS

Inspirée de la convention actuelle des Référents Précarité du CPA.

Le projet du Carrefour Santé Mentale Précarité prévoit l'intégration de Référents Précarité dans le cadre du projet d'Espace de Ressources et d'Information sur la Précarité. Les Référents Précarité sont des professionnels assurant les soins ou intervenant dans le domaine du social au CPA : infirmier, psychologue clinicien, assistant de service social, psychiatre, médecin généraliste. Il est souhaitable que chaque secteurs et dispositifs du CPA soient représentés par plusieurs Referents Precarite.

PARTIES DE LA CONVENTION

[Les CHRS, désignés ci-après
Liste de la structure, adresse et nom du responsable]

Et d'autre part :

Le Carrefour Santé Mentale Précarité, désigné ci-après sous le terme CSMP [...]

ARTICLE 1 – TEMPS DE TRAVAIL

Avec leurs accords, formalisés par avenant a leurs contrats de travail, les personnels mentionnés ci-dessus sont mis a disposition du CSMP a hauteur de 1 journée ½ par mois maximum / une demie journée par mois minimum en tant que Référent Santé Mentale.

Nom de la structure	Localisation	Nom du responsable	Nom du professionnel

ARTICLE 2 – MISSION, OBJECTIFS ET ACTIVITÉS

La mission des Référents Santé mentale est de permettre aux personnes en situation de précarité d'accéder à la prévention et aux soins de sante mentale en initiant, maintenant et coordonnant leur parcours sanitaire et social.

Les objectifs des Référents Santé mentale au sein des CHRS sont de :

- Favoriser la prise en charge et l'accompagnement aux soins de sante mentale des personnes en situation de précarité
- Appuyer la mise en œuvre de politiques locales et d'actions de développement local visant l'amélioration de la sante mentale des personnes en situation de précarité

Pour mettre en œuvre ces objectifs, les activités des Référents Précarité **peuvent être** (en fonction de chaque référent et des besoins sur son territoire de rattachement) les suivantes :

1. Liens entre CSMP et lieu d'activité :

- Se situer, sur son lieu d'activité, en tant que personne ressource du CSMP par rapport à la santé mentale. Faire connaître le CSMP et ses projets.
- Conseiller, orienter les équipes par rapport a l'accueil, les soins et le suivi des personnes démunies, précaires et exclues.

- Faciliter les liens avec l'Equipe Mobile Sante Mentale Précarité, la PASS Psy et les autres dispositifs d'accès aux soins de santé mentale.
- Mettre en œuvre la diffusion et la prise de connaissance de tout document de référence

2. Réseau local Sante Mentale Précarité

- Dans le cadre de l'existence et l'animation d'un réseau local de sante mentale précarité : veiller a l'entretien et la qualité des liens fonctionnels entre les structures sociales et caritatives qui prennent en charge les populations démunies, et les structures de soin.
- Si besoin être force de proposition pour l'établissement de convention entre ces structures et le CSMP.
- Se tenir informé des évolutions, mouvements et événements concernant ces structures et de leurs répercussions sur les liens avec le secteur psychiatrique.
- Faire remonter ces informations au CSMP.
- Représenter, les cas échéant, le CSMP dans diverses instances locales

3. Activités internes au CSMP

- Participer aux réunions bimestrielles (1/2 journée) du CSMP a Bourg-en-Bresse
- Participer a des actions de formation dans le domaine de la précarité auprès des IFSI, de la Formation Continue ou de tout autre organisme de formation, ou de groupes transversaux.
- Participer a des missions ponctuelles du CSMP.

ARTICLE 3 – ORGANIGRAMME, RÈGLEMENTATIONS

Le référent santé mentale reste place sous la responsabilité de la hiérarchie de son lieu d'activité. Son action se déroule en coordination avec la hiérarchie du CSMP. Il agira de fait sous le lien fonctionnel du psychologue coordinateur du CSMP. Les personnels interviendront au CSMP dans le cadre horaire défini par les responsables du CSMP en lien avec leur responsable hiérarchique.

ARTICLE 4 – RÉMUNÉRATIONS, FRAIS DE DÉPLACEMENT

La rémunération des personnels sera assurée par leurs structures d'origines. Les frais de déplacement seront imputés au budget du CSMP.

ARTICLE 5 – ASSURANCES

Les personnels intervenant au CSMP seront couverts selon les mêmes modalités assurantielles que celles figurants dans leur contrat de travail.

ARTICLE 6 – DÉONTOLOGIE

Les personnels intervenant au CSMP seront tenus de respecter la Charte du CSMP.

ARTICLE 7 – FORMATION

Le Référent Santé mentale s'engage à actualiser ses connaissances dans le domaine sante mentale-précarité, par des formations ad hoc. La prise en charge de ces formations pouvant Faire, au coup par coup, l'objet de négociations pour la répartition des moyens, entre CSMP et le cadre d'activité.

ARTICLE 8 – COMITÉ DE SUIVI

Les représentants habilités des services contractants s'engagent à participer a une rencontre annuelle afin de renforcer l'efficacité, l'articulation, la qualité et la complémentarité du partenariat réalisé par les équipes. Ce temps d'échange appelé "Comite de suivi " aura pour objectif de nourrir la réflexion autour de la politique d'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de précarité et d'exclusion sociale, d'échanger des informations, de participer à l'amélioration des problématiques, besoins et ressources des personnes en situation de précarité sur le département de l'Ain.

ARTICLE 9 - DURÉE

La présente convention prendra effet le...

Elle est conclue pour une durée de 1 an, renouvelable par tacite reconduction.

Elle peut être dénoncée, a l'initiative d'une des deux parties signataires, par lettre recommandée, adressée a l'autre partie, trois mois avant la date d'effet souhaitée.

Pour citer ce document :

Orspere-Samdarra (2018). *Parcours d'hébergement et santé mentale : Une étude dans les CHRS de l'Ain.*



Orspere-Samdarra

Observatoire - Ressource national

Santé mentale, Vulnérabilités et sociétés

L'Orspere-Samdarra est un observatoire national sur les thématiques de santé mentale et vulnérabilités, fondé en 1996 et hébergé par l'hôpital du Vinatier à Lyon. Il est dirigé par Halima Zeroug-Vial, médecin psychiatre, et animé par une équipe pluridisciplinaire travaille sur les problématiques qui lient santé mentale et questions sociales. L'Orspere-Samdarra édite notamment la revue Rhizome et porte le diplôme universitaire «santé, société, migration».

Rédaction du rapport

Lou Einhorn – Jardin, Psychologue

Sous la direction de

Halima Zeroug Vial, psychiatrie, directrice de l'Orspere-Samdarra

Mathilde Sorba, Sociologue

Nicolas Chambon, Sociologue, responsable recherche à l'Orspere-Samdarra

Guillaume Pegon, Psychologue, coordinateur du Carrefour Santé Mentale Précarité de l'Ain

Ruxandra Jorioz, médiatrice réseaux au Carrefour Santé Mentale Précarité de l'Ain

Avec le soutien de

La Direction Départementale de la Cohésion Sociale (DDCS) de l'Ain