



CENTRE REGIONAL D'ÉTUDES ET D'ACTIONS POUR L'INSERTION

Conseil - Etudes – Animation - Formation

Rapport Final

ETUDE REGIONALE

**ANALYSE DE L'INADAPTATION DE
LA PRISE EN CHARGE DES
PERSONNES A AUTONOMIE
REDUITE DANS LES STRUCTURES
D'HEBERGEMENT TEMPORAIRE**

*A la demande de la
DRASS de Haute-Normandie*

*Etude réalisée par **Joël ANNE**
Conseiller Technique du CREA*

*Sous la direction de **Serge KROICHVILI**
Directeur du CREA*

CAEN le 7 mai 2007

SOMMAIRE

I. LE CONTEXTE DE LA COMMANDE	
1. L'EVOLUTION DES POLITIQUES PUBLIQUES.....	
2. LE CONTEXTE REGIONAL ET LA COMMANDE DE LA DRASS	
3. LA NECESSAIRE OBSERVATION PARTAGEE.....	
II. LA METHODOLOGIE DE L'ETUDE.....	
2. METHODE ET PROCEDURE DE RECUEIL DES DONNEES	
3. LA PLACE SPECIFIQUE DES FTM.....	
4. LE DEROULEMENT DE LA PHASE ENQUETE	
5. LES QUESTIONS POSEES.....	
6. L'ELABORATION DES PRECONISATIONS	
III. LES RESULTATS DE L'ENQUETE AUPRES DES CHRS.....	
1. L'IDENTITE PERSONNE ET FAMILIALE DES PERSONNES ENQUETEES.....	
2. LA SITUATION DES PERSONNES	
3. LES RELATIONS SOCIALES.....	
4. LE VIEILLISSEMENT	
5. LA SITUATION MEDICO-SOCIALE	
6. LA SITUATION VIS-A-VIS DU HANDICAP.....	
7. LES ADDICTIONS.....	
8. LE SUIVI SOCIAL.....	
9. TROUBLES DU COMPORTEMENT	
10. LES RESTRICTIONS D'ACTIVITE	
11. LES BESOINS DE LA PERSONNE	
IV. LES RESULTATS DE L'ENQUETE AUPRES DES FOYERS DE TRAVAILLEURS MIGRANTS	
1. LE VIEILLISSEMENT.....	
2. LA SITUATION SOCIALE ET MEDICO-SOCIALE.....	
3. EXPLOITATION DES DONNEES	

V. LES PRECONISATIONS

1. LES PROCESSUS DE RELEGATION ET LES LIMITES DES OUTILS EXISTANTS
2. LES ASPECTS A PRENDRE EN COMPTE DANS LES ORIENTATIONS
3. LES ACTIONS PROPOSEES PAR LES DIFFERENTS DISPOSITIFS DE PROGRAMMATION
4. DES REPONSES A DEVELOPPER

VI. PROPOSITIONS DE METHODES

ANNEXES

1. QUESTIONNAIRE D'ENQUETE
2. NOTE EXPLICATIVE POUR LES ENQUETEURS.....
3. COMPOSITION DU GROUPE DE PROJET
4. GRILLE DE RECUEIL DE DONNEES POUR LES FTM
5. OUTIL D'INVENTAIRE TERRITORIAL

I. LE CONTEXTE DE LA COMMANDE

1. L'EVOLUTION DES POLITIQUES PUBLIQUES

La nécessaire adaptation des politiques publiques aux besoins des populations confrontées à des situations de handicap, de dépendance ou à des difficultés d'insertion, a conduit l'Etat à articuler les priorités nationales avec les contextes locaux spécifiques, dans le cadre de schémas départementaux et de programmes régionaux.

Ces programmes ou schémas doivent proposer des orientations stratégiques et des actions adaptées à la diversité des besoins des populations. En effet, l'élaboration de toute action sociale ou médico-sociale, doit s'appuyer sur une évaluation des attentes et des besoins des populations auxquelles elle doit s'adresser.

Pour mémoire, on peut pointer le cadre juridique de ces évolutions :

- La loi d'orientation de lutte contre les exclusions de juillet 1998 a généré l'élaboration des Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (P.R.A.P.S.)
- La loi du 13 août 2004, a confié aux conseils généraux la responsabilité de l'élaboration des schémas départementaux de l'action sociale et médico-sociale,
- La loi de santé publique du 9 août 2004 a défini une politique de santé publique régionale sous la forme de Programmes Régionaux de Santé Publique (PRSP) dont les objectifs sont pris en compte par le SROS,
- La loi du 11 février 2005, pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapés a généré les programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC),

La procédure d'élaboration des Schémas régionaux de l'organisation Sanitaire (SROS), et notamment le volet santé mentale, prévue par l'ordonnance du 4 septembre 2003, relève de la même philosophie. Le SROS de troisième génération devient le seul document réglementaire opposable en matière de planification.

Enfin, la circulaire du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS III, définit la notion de « projet médical de territoire ».

2. LE CONTEXTE REGIONAL ET LA COMMANDE DE LA DRASS

Les structures d'hébergement temporaire de Haute-Normandie alertent régulièrement les services de l'Etat sur la situation de personnes accueillies, qui n'ayant pas une autonomie fonctionnelle suffisante, sont difficiles à orienter au terme de leur hébergement temporaire. Leurs difficultés psychiques ou physiques rendent en effet difficile leur insertion durable au sein des dispositifs de droit commun.

Ces difficultés sont corroborées par les professionnels de santé qui ont souligné, lors de l'élaboration des différents programmes régionaux de santé (PRAPS et PRSP) leurs difficultés à trouver des solutions d'accueil adaptées, au terme de l'hospitalisation de ces populations.

La DRASS et les DDASS de Haute Normandie ont souhaité qu'une étude à dimension régionale soit menée sur les inadéquations de prise en charge dans les structures d'hébergement du champ social (en complément de l'enquête sur les hospitalisations prolongées en psychiatrie menée par l'assurance maladie), dans le souci d'alimenter et d'objectiver les nombreuses réflexions en cours, tant au niveau local que national.

En effet, le contexte national évolue favorablement, d'une part, en consacrant de plus en plus fortement la notion d'articulation entre les champs du social, de la santé et du médico-social, en intégrant la notion de prise en charge à caractère social durable dans des dispositifs qui connaissent un fort développement (les maisons relais - pensions de famille et résidences accueil, la notion d'hébergement de stabilisation...), en développant la notion d'équipes psychiatriques mobiles, de services d'accompagnement à domicile...

La région Haute Normandie a été choisie comme région expérimentale par le Ministère (Mission Nationale d'appui en Santé Mentale) pour les questions d'articulations des politiques sanitaires, sociales et médico-sociales.

Au plan régional, à l'heure où de nombreux schémas s'écrivent ou se mettent en œuvre, il est primordial que cette question des personnes soit mise en lumière afin qu'elle ne reste plus «l'unique propriété» des acteurs du social :

- le Plan Départemental d'Action pour le Logement des Plus Démunis,
- le schéma accueil hébergement insertion, le schéma du handicap, schéma départemental des personnes âgées,
- les projets de territoire sur le handicap psychique...

Ce partage d'informations permet également de nourrir la réflexion commune entre services de l'Etat et des collectivités territoriales, notamment le Département : meilleure prise en compte de ces publics dans les maisons départementales du handicap...

Il s'agit aussi par exemple de disposer d'argumentaires étayés et transversaux aux publics CHRS et FTM dans le cadre d'instruction de dossiers pour la création de nouvelles structures ou services : montée en charge des SAVS et des SAMSAH, prise en compte des publics précaires dans les montages de structures d'accueil pour personnes âgées ou handicapées...

3. LA NECESSAIRE OBSERVATION PARTAGEE

L'énoncé de ces divers outils de programmation pourrait laisser percer une conception extrêmement cloisonnée, mais il n'en est rien. Une observation globale des besoins à l'échelle des territoires doit favoriser l'articulation à tous les échelons territoriaux des actions, entre les acteurs des champs du social, du sanitaire et du médico-social.

Ce qui prévaut, en dernier ressort, c'est, pour les personnes concernées, ici, les plus démunies, l'approche d'une prise en compte globale de la diversité des situations vécues : les problèmes de santé – et notamment de santé mentale - ne sont pas séparables des conditions de vie, de logement et d'activité des personnes.

La réflexion menée avec les acteurs pour élaborer et mettre en œuvre les différents outils de programmation ont conduit à cette étude : l'heure n'est plus à caractériser les publics pour les affecter à des institutions spécifiques, mais de recenser quelles sont les situations-problèmes qui empêchent leur accès au droit commun, à la santé

et participent au manque d'autonomie des personnes. Il peut s'agir de repenser les prestations dans une approche à la fois sociale, sanitaire et médico-sociale.

Cette étude porte donc sur les situations-problèmes en matière de restriction de l'autonomie et de santé, rencontrées par les personnes hébergées en centre d'accueil d'urgence, en CHRS ou en foyer de travailleurs migrants.

Cette étude doit donc permettre d'appréhender quantitativement et qualitative les besoins d'adaptation des prises en charge des personnes, souffrant de pathologies ou de handicaps limitant leur autonomie (réalisation des actes de la vie courante) accueillies dans les structures d'hébergement et de logement temporaire.

Les résultats de ces travaux d'analyse partagée, participeront à préciser les priorités à mettre en œuvre dans le cadre du programme régional de santé publique, du schéma régional d'organisation sanitaire, des schémas départementaux et des futurs schémas « Accueil, hébergement et insertion »

Ces travaux viendront compléter ceux de l'enquête portant sur les séjours prolongés en psychiatrie conduite fin 2005 dont l'objectif est de réaliser un bilan des hospitalisations prolongées en court séjour de psychiatrie, d'identifier les motifs des sorties retardées pour proposer des solutions permettant d'adapter l'offre de soins en fonction des besoins des patients.

En effet, à l'occasion des réflexions engagées lors de l'élaboration du programme régional d'accès à la prévention et au soin et du volet santé mentale du programme régional de santé publique et du schéma régional de l'organisation sanitaire, les professionnels de santé ont souligné leurs difficultés à trouver des solutions de prise en charges adaptées en aval de l'hospitalisation à temps complet en psychiatrie, dans le secteur social et médico-social. »

II. LA METHODOLOGIE DE L'ETUDE

1. METHODE ET PROCEDURE DE RECUEIL DES DONNEES

L'approche des besoins et des réponses à leur apporter a conduit le CREAL, à proposer un dispositif participatif, associant les acteurs à l'observation et partant d'une approche quantitative et qualitative des besoins des personnes accueillies par les CHRS, les FTM et les centres d'accueil d'urgence. Celui-ci repose sur un comité de pilotage, un groupe de projet et le recueil de données.

- **Le comité de pilotage** se compose des représentants des différents interlocuteurs de ce travail : DRASS, DDASS (les différents interlocuteurs des programmes concernés), Conseil Généraux, Conseil Régional, CCAS, fédérations concernées. Sa fonction est de piloter l'étude dans le respect de la démarche transversale et de la cohérence partagée par les partenaires.
- **Le groupe de projet** est un groupe opérationnel impliquant les différentes professions concernées : il élabore le questionnaire, facilite le recueil des données, exploite les résultats et participe activement à la formulation des préconisations.
- **La procédure de recueil de données** repose sur une enquête permettant de décrire les profils, la nature de leur handicap et/ou de leurs difficultés sociales, les parcours antérieurs, les incapacités fonctionnelles, les prises en charge actuelles, les demandes d'orientation, les souhaits ou les projets en attente.

Le questionnaire, nécessairement élaboré avec la participation des professionnels de l'hébergement d'urgence a fait l'objet d'un processus de recueil assez particulier : il est rempli conjointement par la personne enquêtée et son travailleur social référent afin que la réponse puisse être concertée.

Cette forme représente une sorte de pari sur la participation des professionnels et des établissements. Il s'agit d'initier une coopération, ce qui suppose que la démarche soit expliquée, que les enjeux et le bénéfices apparaissent clairement pour que l'effort à produire soit accepté.

Pour atteindre ces objectifs, la participation active des membres du groupe de projet s'est révélée centrale.

L'autre enjeu central était de définir précisément quelle population était ciblée par cette étude. Le principe d'une enquête exhaustive était acté par la convention. Mais il appartenait à chaque établissement le soin d'établir la liste des gens concernés autour de la définition suivante: « toute les personnes qu'un problème de santé (au sens extensif du mot) empêchait d'accéder à l'autonomie. »

La fiche de consigne (jointe en annexe) prévoyait de pouvoir interroger le conseiller technique du CREAL, pour éviter des doutes. Mais un espace de subjectivité était impondérable et semblait assez souhaitable. Il est incontestable que ce qui est vécu subjectivement dans les structures d'accueil ne se mesure pas au nombre de cas, mais aux perturbations qu'il faut résoudre.

Les directeurs d'établissement ont été invités à une réunion dans chaque département (Eure et Seine-Maritime) et séparément entre CHRS et Foyer de travailleurs Migrants. Ces réunions ont permis d'expliquer les enjeux de l'étude et sa méthodologie, la manière dont elle cherchait à apporter une pierre aux problèmes qui se posent concrètement et d'ajuster les pratiques d'enquête.

2. LA PLACE SPECIFIQUE DES FTM

Au moment de lancer le questionnaire, la technique d'entretien avec le référent social a effrayé les réseaux des foyers de travailleurs migrants : très peu d'établissements, en effet, sont classés en résidence sociale et l'ensemble ne dispose pas de travailleurs sociaux en interne pour réaliser ce travail. Leur intérêt porté à l'esprit du travail n'est pas en cause, car ils ont vu dans le cadre de cette étude, une ouverture pour rejoindre des fonctionnements de droit commun, à un période où la situation démographique et sociale des FTM est mise en lumière par les récents rapports de la CNAV.

Des contacts ont été établis avec l'ACSE (Agence Nationale pour la Cohésion Sociale) que nous avons rencontrée. Nous avons cherché des solutions possibles dont celle de trouver les moyens de confier le travail d'enquête à un travailleur social.

Plusieurs réunions se sont déroulées pour que la situation des résidents des FTM soit prise en compte et leurs besoins pris en compte : une réunion à Evreux, le 30 octobre à la DDASS, avec les représentants des foyers SONACOTRA a permis de faire un état des lieux du contexte de l'Eure. Elle a été suivie d'une matinée de travail avec monsieur Aouadi le 20 novembre.

Un dernière réunion avec les trois directions départementales (Sonacotra Eure et Seine Maritime et AFTAM Seine Maritime) le 22 janvier. Elle a abouti au principe d'une fiche simplifiée par établissement quantifiant les grandes problématiques concernées par l'étude (vieillesse, maladies, comportement, addictions, dépendances) Voir la fiche « repérage des problèmes » en annexe 4.

Ces données, montrent la convergence de mêmes questions, le croisement des parcours de certains publics et donc la porosité des systèmes d'hébergement entre eux.

3. LE DEROULEMENT DE LA PHASE ENQUETE

Prévue pour se dérouler en octobre/novembre, la phase enquête a commencé après les réunions départementales des directeurs, le 17 octobre 2006 pour l'Eure, et le 20 octobre 2006 pour la Seine-Maritime.

Les questionnaires à compléter ont été adressés au 6 CHRS de l'EURE et aux 32 établissements de Seine-Maritime et aux sièges sociaux des associations pour information.

Cette phase d'enquête s'est révélée plutôt complexe : la circulation de l'information, au sein d'une même institution, au sein d'un même établissement, la « géographie » des prestations et des modes d'organisation propres à chaque structure, la nécessité que chaque interlocuteur mesure la pertinence de la proposition, au regard de l'importance du travail sollicité, puisque les tests avaient montré que chaque questionnaire exigeait de 30 à 45 minutes. Ces difficultés ont obligé à un suivi de proximité de cette phase par le CREAL qu'on peut légitimement taxer de « harcèlement ».

Les derniers questionnaires ont été retournés au début du mois de février, mais nous en avons attendu jusqu'à la mi-février (sur l'assurance qu'ils étaient réalisés). Au final, nous avons collecté 173 questionnaires.

- 43 dans l'Eure équitablement répartis dans le département,
- 130 en Seine-Maritime, dont 111 sur l'arrondissement de Rouen

- 9 dans l'arrondissement du Havre, ce qui est problématique,

Les hypothèses quantitatives de relevé des questionnaires d'enquête étaient beaucoup plus élevées, compte tenu du nombre de places d'hébergement d'urgence existants sur la région Haute-Normandie et des travaux réalisés précédemment par les DDASS et la DRASS. Nous examinerons, dans l'exploitation, les limites que cette situation pose à l'approche quantitative.

Le tableau ci-après met en évidence ces distorsions territoriales.

TERRITOIRES	ETABLISSEMENTS	PLACES	QUESTIONNAIRES	%
EURE	6	355	42	11.80
ROUEN	19	804	111	13.80
LE HAVRE	7	322	9	2.8
DIEPPE	2	49	11	22.5
TOTAL	34	1525	173	11.40

4. LES QUESTIONS POSEES

Le temps de suivi et d'explication que le CREAL a consacré dans cette phase d'enquête, est riche d'enseignements en lui-même. Dans ce travail, nous avons observé deux cultures en présence. Travailler à leur rapprochement est la condition même du succès de l'observation partagée.

Il y a la culture du « terrain » : les professionnels de l'urgence et de l'hébergement temporaire, qui, chaque jour, « le nez dans le guidon » ont à résoudre des problèmes insolubles, souvent à partir d'une reconnaissance insuffisante de leur fonction et avec des moyens qu'il vivent comme des « expédients ». Beaucoup de ceux-là ont le sentiment que lorsqu'ils font appel (souvent pour des urgences) les services publics ne les entendent pas.

Il y a la culture de la fonction publique dont la finalité est de passer de l'individuel au collectif, dont l'enjeu essentiel est le droit commun, et donc la qualité du dispositif, de la programmation des moyens, de la cohérence de leur usage.

Dans cette étude, ces deux cultures ont pu se reconnaître et initier une réflexion commune qui satisfasse les uns et les autres. La notion du temps et de l'urgence n'est pas la même, la perception des priorités est différente, la perception de l'écrit, également.

Ainsi, cette enquête, a très souvent été mal comprise : le sentiment d'être, « *alors que nous sommes déjà complètement surchargés* », assaillis de rendus administratifs, de contrôles, « *d'enquêtes qui sont toujours les mêmes et qui ne changent rien* », « *qui produisent des connaissances qui existent déjà* » (« *nous avons, nous-mêmes fait des dossiers dont on ne tient pas compte* »).

Il a fallu, à chaque fois expliquer, montrer la conviction que ce travail était nécessaire à l'amélioration des prestations à la disposition des acteurs, qu'il avait un enjeu qui allait dans le même sens.

5. L'ELABORATION DES PRECONISATIONS

Le groupe de projet s'est réuni à trois reprises, les 31 janvier et 14 février 2007, puis, une dernière fois le 26 mars, après l'examen du comité de pilotage. Il a pris la mesure des premiers résultats de l'enquête en les déclinant en quatre axes :

- le vieillissement,
- le handicap,
- les troubles du comportement,
- les restrictions d'activités.

Etayant les données de nombreux exemples vécus, le groupe a examiné :

1. les processus qui conduisent à ces situations de relégation dans centres d'hébergement temporaire,
2. Les atouts et les limites des outils existants,
3. Certaines orientations à prendre en compte.

Enfin, le groupe projet a élaboré les préconisations de méthode qui figurent dans la dernière partie de ce rapport : elles s'appuient sur la consolidation d'une culture commune, dans le cadre d'une approche territoriale permettant de réaliser un inventaire concerté des besoins, de résultat et des projets.

III. LES RESULTATS DE L'ENQUETE AUPRES DES CHRS

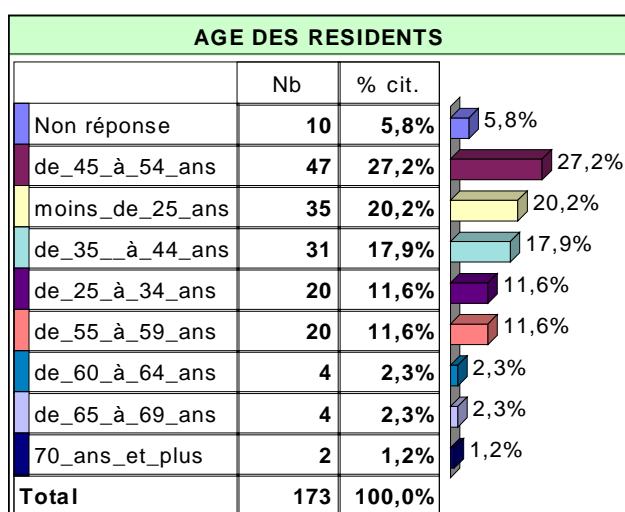
Nous allons présenter dans cette partie l'ensemble des éléments qualitatifs que nous avons analysés à partir de l'exploitation des données, à partir des 10 thèmes d'enquête :

- La situation sociale et familiale de la personne,
- Sa situation professionnelle, résidentielle et financière,
- Son environnement social,
- Sa situation médicale et médico-sociale,
- Sa situation de handicap éventuelle,
- Ses addictions, les troubles de comportement,
- Son suivi social actuel,
- Ses restrictions d'activité, ses besoins en matière d'hébergement et d'accompagnement,
- Sa vision de l'avenir.

1. L'IDENTITE PERSONNE ET FAMILIALE DES PERSONNES ENQUETEES

a) L'âge

Si plus du quart des personnes qui ont été enquêtées ont entre 45 et 54 ans, le points d'attention concernent les plus jeunes (20% ont moins de vingt ans) et les plus âgés, 6 % ont plus de 60 ans dont 3.5 % plus de 65 ans.



b) Le genre

La population enquêtée se répartie ainsi : 79.8 % sont des hommes et 20.2 % des femmes.

S e x e		
	N b	% c i t .
H o m m e	1 3 8	7 9 , 8 %
f e m m e	3 5	2 0 , 2 %
T o t a l	1 7 3	1 0 0 , 0 %

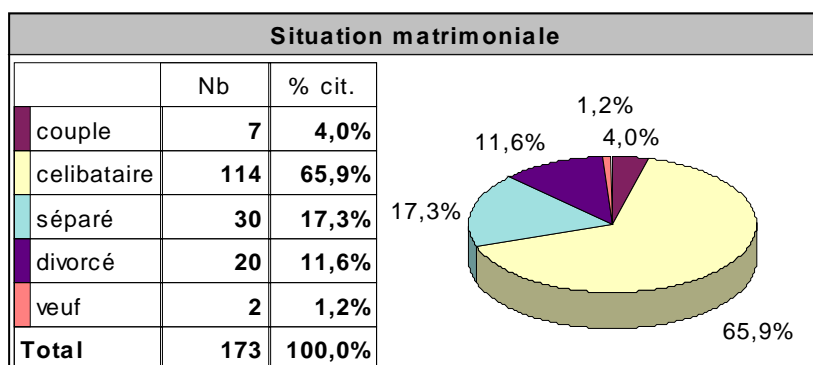
Cette répartition subit des variations territoriales significatives : sur Rouen, qui représente une échelle statistique importante, la proportion d'hommes est encore plus importante (85 % sont des hommes et 15 % des femmes).

Sur Evreux, la proportion s'inverse : 39,1 % sont des hommes et 60,9 % sont des femmes. Cette donnée est très liée aux types de projets des établissements qui ont le plus significativement répondu à l'enquête.

répartition H/F par territoire						
	Homme		femme		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
Rouen	94	84,7%	17	15,3%	111	100,0%
Dieppe	7	77,8%	2	22,2%	9	100,0%
Le Havre	8	88,9%	1	11,1%	9	100,0%
Bernay	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%
Evreux	9	39,1%	14	60,9%	23	100,0%
Les Andelys	18	94,7%	1	5,3%	19	100,0%
Total	137	79,7%	35	20,3%	172	100,0%

c) La situation matrimoniale et parentale

Plus de 65 % des personnes se sont déclarées célibataires et presque 30%, divorcées ou séparées. seulement 4 % vivent en couple. La situation matrimoniale est, à l'évidence un indicateur tout à fait important de la solitude voire de l'isolement de ces personnes.



Près de 40% des personnes enquêtées ont des enfants, dont 13% des enfants à charge, qui représentent 22 familles, dont 13 sont des mères soit 37 % de la population féminine de l'échantillon , 9 sont des pères, soit 6.6 % de la population masculine.

enfants à charge	2 enfants et moins	3 à 5 enfants	TOTAL
Sexe			
Homme	8	1	9
femme	10	3	13
TOTAL	18	4	22

C'est sur Evreux que la proportion des personnes accueillies ont des enfants à charge, cette spécificité étant liée au type d'établissements qui ont répondu

Répartition géographique des résidents avec enfants à charge				
	2 enfants et moins	3 à 5 enfants	6 et plus	Total
Rouen	7	3	0	10
Dieppe	1	0	0	1
Le Havre	0	0	0	0
Bernay	0	0	0	0
Evreux	8	1	0	9
Les Andelys	2	0	0	2
Total	18	4	0	22

d) Lieu de résidence

Le lieu de résidence, au moment de l'enquête permet de situer la représentativité de l'échantillon, au regard de l'offre d'hébergement d'urgence. Le point fragile, c'est l'arrondissement du Havre, dont la population représente seulement 5.8 % de l'échantillon, alors que l'offre locale d'hébergement s'élève à 23.30 %.

lieu de résidence		
	Nb	% cit.
Rouen	111	64,2%
Dieppe	9	5,2%
Le Havre	10	5,8%
Bernay	1	0,6%
Evreux	23	13,3%
Les Andelys	19	11,0%
Total	173	100,0%

La population concernée par l'enquête est essentiellement française, comme le tableau ci-après, le montre.

nationalité		
	Nb	% cit.
Française	165	95,4%
Autres nationalité européenne	1	0,6%
Autre nationalité	7	4,0%
Total	173	100,0%

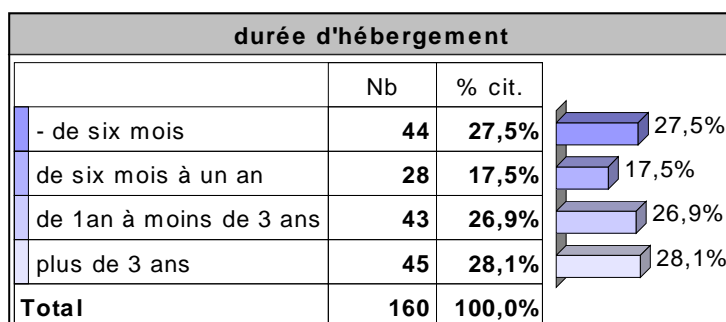
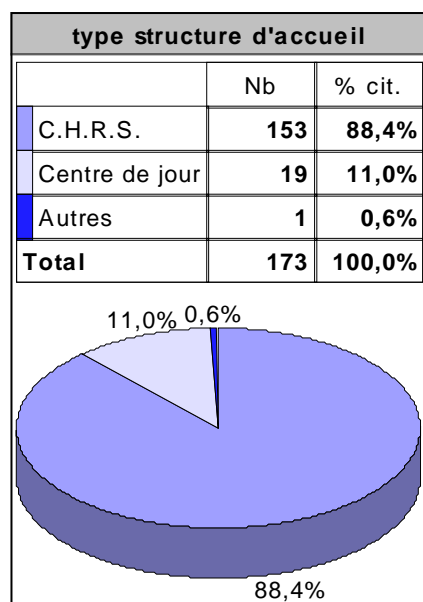
2. LA SITUATION DES PERSONNES

a) Le mode d'hébergement actuel

Il avait été décidé que l'étude prendrait en compte les personnes en situation de grande précarité, identifiées par les centres de jour lorsque la santé compromet leur autonomie, c'est pourquoi la durée d'hébergement subit quelques « non réponses ».

Sur le plan global, les durées d'hébergement inférieures à 6 mois ou comprises entre 1 à 3 ans voire au delà de 3 ans, se répartissent équitablement en trois « gros quarts ».

La durée d'hébergement de 6 mois à un an est plus faible, proportion qui ne se vérifie pas dans l'Eure, où la durée de présence de 6 mois à un an est la plus forte, notamment à Evreux (47%). A Rouen, les hébergements d'une durée supérieure à un an, représentent près de 60% de l'effectif enquêté.



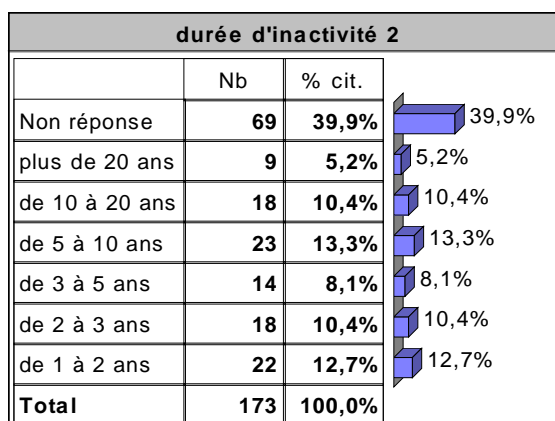
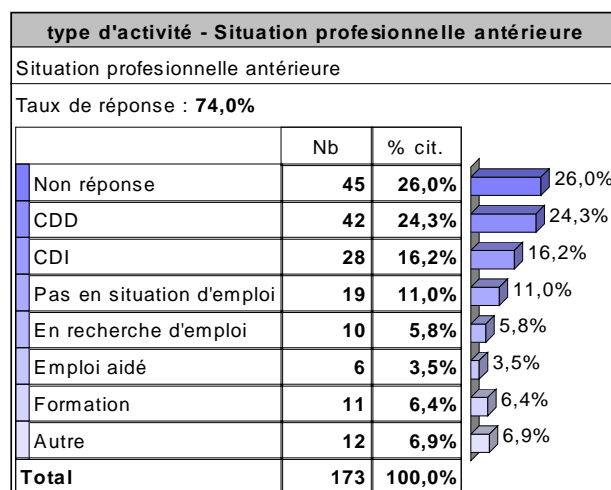
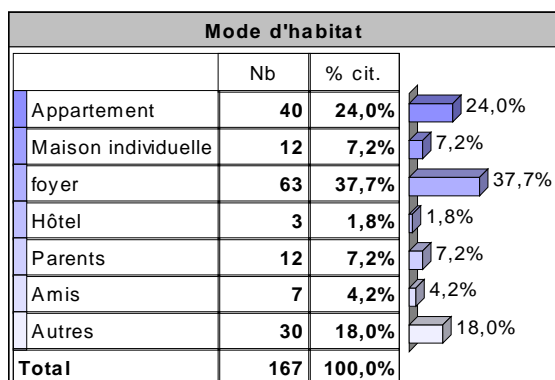
durée d'hébergement par territoire										
	- de six mois		de six mois à un an		de 1an à moins de 3 ans		plus de 3 ans		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
Rouen	30	29,7%	13	12,9%	31	30,7%	27	26,7%	101	100,0%
Dieppe	1	11,1%	0	0,0%	3	33,3%	5	55,6%	9	100,0%
Le Havre	1	10,0%	0	0,0%	0	0,0%	9	90,0%	10	100,0%
Bernay	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%
Evreux	7	33,3%	10	47,6%	3	14,3%	1	4,8%	21	100,0%
Les Andelys	5	27,8%	5	27,8%	5	27,8%	3	16,7%	18	100,0%
Total	44	27,5%	28	17,5%	43	26,9%	45	28,1%	160	100,0%

b) Le parcours antérieur

Malgré un nombre significatif de non-réponses à cette question (le passé est oublié ou dénié ?), trois indicateurs sont utiles à mettre en lumière :

- Le mode d'habitat : près de 40 % de l'effectif concerné ont un passé en foyer, un quart (24 %) occupant un appartement avant leur hébergement
- La situation professionnelle : cette question obtient beaucoup de non-réponses (26%). Le quart des personnes était en CDD (24.3%), 10% en parcours d'insertion (contrat aidé ou formation et 16% en CDI.
- La durée d'inactivité : cette question obtient le plus de non-réponses (39.9 %) Pour 13% des enquêtés, elle est inférieure à 2 ans, pour 10% elle est comprise entre 2 et 3 ans. Elle est supérieure à 5 ans pour 28.9 % des personnes enquêtées. On peut vraisemblablement classer les non-réponses dans cette catégorie.

Cette durée d'inactivité est variable selon la dernière situation professionnelle : elle est de plus de 17 ans en moyenne pour ceux qui n'ont pas eu de situation d'emploi, elle est en moyenne de 13 ans pour ceux qui ont occupé un CDI. Elle est moins de deux ans pour ceux qui ont suivi un stage de formation (13 mois) ou un contrat aidé (19 mois).

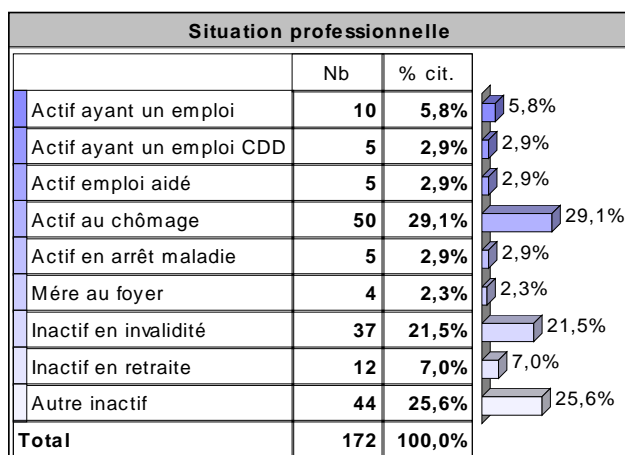


3. Profession actuelle

Les actifs avec emploi (CDI, CDD, Emploi aidé) représentent 12% des personnes enquêtées, dont la moitié en CDI.

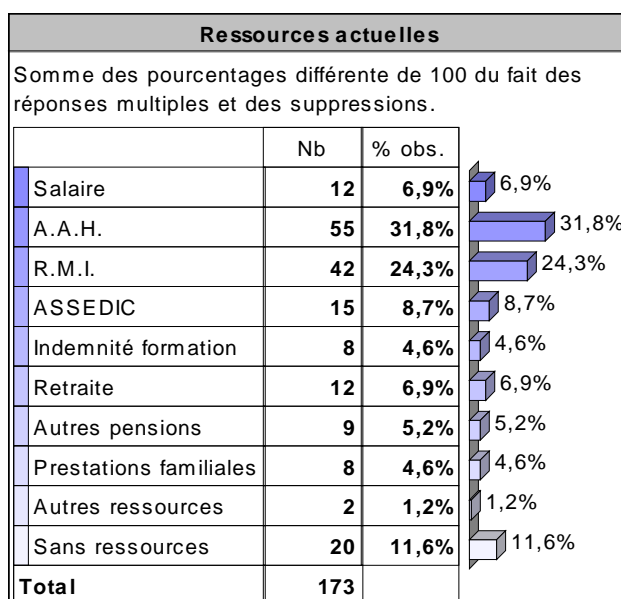
Les actifs sans emploi représentent près du tiers de l'effectif, dont la majorité est au chômage. Les personnes inactives représentent la majorité de l'effectif concerné (54%)

Les personnes concernées par le travail rémunéré forment un effectif important. Les mères au foyer, elles forment 2% de l'effectif



4. Les ressources financières

Les trois tableaux qui suivent montre bien la problématique des revenus des personnes : si 12% ont des revenus salariaux, 32% ont l'AAH (Allocation Adulte Handicapé) et 24% disposent du RMI.



Le tableau suivant montre que 40% de l'effectif perçoivent moins de 433 € de revenu mensuel. Cette population est composée de ceux qui perçoivent le RMI pour les personnes seules et ceux qui sont sans revenu, notamment les jeunes âgées de moins de 25ans. On retrouve dans cette catégorie, les salariés a temps très partiel.

La tranche des revenus mensuels compris entre 433 € et 719 € représentent plus de la moitié de l'échantillon. Elle concerne ceux qui disposent de l'AAH, qui perçoivent un salaire et les prestations aux familles.

Montant des ressources		
	Nb	% cit.
Non réponse	1	0,6%
- de 433€	69	39,9%
entre 433 et 719€	90	52,0%
entre 720 et 1078€	9	5,2%
entre 1079 et 1438€	3	1,7%
entre 1439 et 1798€	1	0,6%
Total	173	100,0%

Les deux tranches de revenu inférieure à 719 €, forment plus de 90% de l'effectif. Comme l'indique le tableau ci-après, la stabilité des ressources tient à la stabilité des prestations sociales. Près des trois quarts perçoit des ressources permanentes.

Ressources sur la dernière année		
	Nb	% cit.
Non réponse	14	8,1%
- de 1 mois	11	6,4%
Entre 1 et 3 mois	6	3,5%
Entre 3 et 6 mois	8	4,6%
Supérieures à 6 mois	11	6,4%
Permanententes	123	71,1%
Total	173	100,0%

3. LES RELATIONS SOCIALES

Pour approcher la densité des relations sociales, l'analyse des réponses négatives figurant au tableau ci-après, révèle un isolement social important, avec les réponses négatives importantes suivantes :

- 46 % des personnes ayant leurs parents n'ont plus de relation avec eux,
- 32 % n'ont pas de relation avec leurs enfants,
- 26.8 % n'ont pas de lien avec leur conjoint,
- 44% n'ont pas de relation avec leurs amis
- et 47% n'a pas de liens avec leurs voisins.

Si l'on aborde la question de leur relations avec les cercles de proximité :

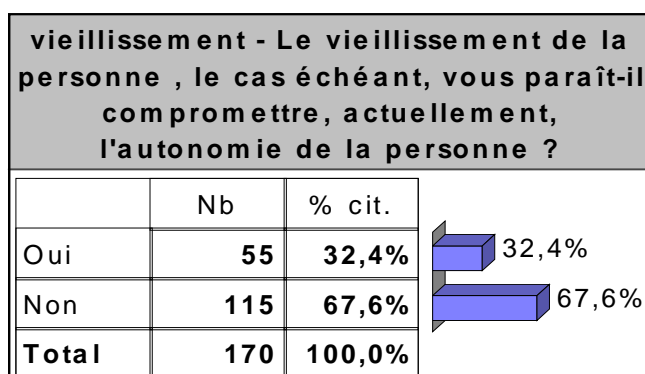
- 32 % ne voient plus leurs enfants, alors que 29 % les rencontrent fréquemment,
- 46 % ne voient plus leurs parents, alors que 24% les voient régulièrement,
- 27 % ne voient plus leur conjoint, alors que 41% les voient régulièrement,
- 44 % n'ont pas d'amis et 47% ne lient pas avec des voisins,

relations sociales										
	Oui, fréquemment		Oui occasionnellement		Oui rarement		Non		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
relations parents_1	24	18,0%	30	22,6%	18	13,5%	61	45,9%	133	100,0%
Relations enfants_1	21	29,6%	17	23,9%	10	14,1%	23	32,4%	71	100,0%
relations autres famille_1	22	13,5%	35	21,5%	29	17,8%	77	47,2%	163	100,0%
relation amis_1	39	23,6%	37	22,4%	16	9,7%	73	44,2%	165	100,0%
relations conjoint_1	23	41,1%	13	23,2%	5	8,9%	15	26,8%	56	100,0%
relations voisins_1	52	32,5%	22	13,8%	10	6,3%	76	47,5%	160	100,0%
relations avec association_1	32	19,0%	12	7,1%	6	3,6%	118	70,2%	168	100,0%
Total	213	23,3%	166	18,1%	94	10,3%	443	48,4%	916	100,0%

4. LE VIEILLISSEMENT

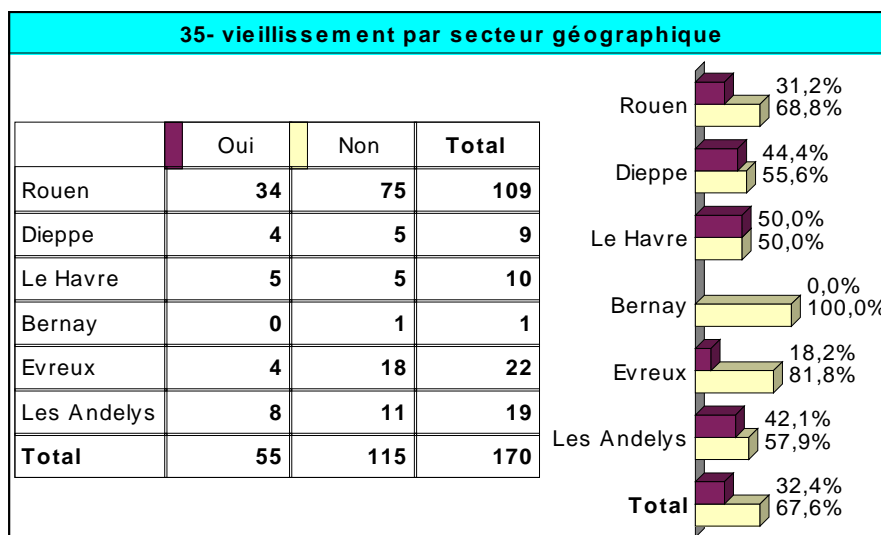
L'âge de la population a été examiné dans la première partie et a fait apparaître que la classe d'âge des plus de 55 ans représente 17 %, et les plus de 60 ans, 6 % de l'effectif.

Si on questionne l'importance du vieillissement dans les difficultés d'autonomie, alors le tiers des personnes est concerné. C'est donc un indicateur du vieillissement accéléré, perçu comme tel, au regard de leur parcours de vie.



Si l'on prend l'arrondissement de Rouen, 34 personnes souffrent de handicap dus au vieillissement (31.2%), alors que 21 personnes seulement de l'effectif dépassent 55 ans (18.9%).

Ces dernières ne représentent que 62 % des personnes affectées par le vieillissement : compte tenu de la proportion de Rouen dans la population totale de l'effectif (64.2%), on peut considérer ce ratio comme un indicateur pertinent.



5. LA SITUATION MEDICO-SOCIALE

a) La santé des personnes

Près de 60 % de l'effectif souffre d'une maladie affectant son autonomie. La plupart bénéficient d'un suivi médical.

maladie affectant l'autonomie		
	Nb	% cit.
Oui	102	59,3%
Non	70	40,7%
Total	172	100,0%

Suivi médical	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	3	1,7%
Oui	95	54,9%
Non	75	43,4%
TOTAL OBS.	173	100%

b) Le suivi médical

L'enquête avait privilégié de rechercher dans le détail la spécialité médicale du praticien assurant le suivi médical des personnes enquêtées. On peut remarquer à la lecture du tableau ci-après que plus de la moitié de l'effectif (53.70 %) est suivi par un médecin psychiatre.



Spécialité	Rouen	Le Havre	Dieppe	Evreux	Bernay	Les Andelys	Total
Psychiatre	23	6	2	12	0	6	49
Alcoologue	9	0	4	2	0	0	15
Psychologue	4	0	0	1	0	0	5
Chirurgien	1	0	0	0	0	1	2
Diabétologue	0	1	1	2	0	0	4
Gynécologue	4	0	0	0	0	0	4
Dermatologue	2	0	0	0	0	1	3
Gastro- Entérologue	1	0	1	1	0	0	3
Orthopédiste	3	0	0	0	0	0	2
Cancérologue	0	0	0	2	0	0	2
Cardiologue	1	1	0	2	0	0	4
Ophtalmologue	0	0				1	1
ORL	1	0	0	0	0	0	1
Divers	4	1	1	1	1	3	17
Total	52	9	9	23	1	12	113



Nous pouvons constater que les spécialités sont facilement citées, puisque il y a plus de citations que de personnes déclarant bénéficier d'un suivi médical : 1.21 observations en moyenne par personne.

Un regard sur la répartition territoriale des suivis spécialisés fait apparaître que le suivi des addictions est concentré sur Rouen, Dieppe et Evreux, mais aucun sur Le Havre, Bernay et Les Andelys. Il est clair que le nombre de enquête sur Le Havre et Bernay est insuffisant, mais il faudra vérifier que l'implantation géographique des dispositifs du suivi des addictions est satisfaisante.

La hiérarchie des problématiques se retrouve dans les tableaux suivants. Le croisement de ces deux tableaux fait apparaître que :

- 14 personnes déclarent bénéficier en même temps d'un suivi psychologique et d'un suivi psychiatrique ;
- l'un ou l'autre de ces suivis concerne au total 40 % de l'effectif total de l'enquête.

suiv psychiatrique			
	Nb	% cit.	
Oui	33	29,7%	
Non	78	70,3%	
Total	111	100,0%	

suivi psychologique			
	Nb	% cit.	
Oui	48	43,2%	
Non	63	56,8%	
Total	111	100,0%	

c) Qui est concerné par l'hospitalisation ?

Près de 30 % des personnes enquêtées ont été hospitalisées dans les 12 mois en hopital général et 16 % en hopital psychiatrique. Ce sont 12 personnes qui déclarent avoir été hopitalisées dans les deux types d'hôpitaux, soit 18.5 %.

Ainsi ce sont 65 personnes de l'effectif qui ont subi une hospitalisation soit 38 % de l'effectif total, dont 17 (10% de l'effectif total) ont fait plusieurs séjours.

Hopital général	Nb. cit.	Fréq.
Oui	49	29,0%
Non	120	71,0%
TOTAL CIT.	169	100%

Hôpital psychiatrique	Nb. cit.	Fréq.
Oui	28	16,5%
non	142	83,5%
TOTAL CIT.	170	100%

La durée des séjours en hôpital est connue pour 47 personnes (73%) qui ont été hospitalisées. La durée du séjour en hôpital psychiatrique est supérieure à 3 mois pour un quart de la population concernée. Cette durée d'hospitalisation en hopital général est inférieure à 1 mois pour 65.3 % de la population concernée. L'hospitalisation en hôpital général supérieure à 3 mois concerne 12.2 % de l'effectif concerné.

durée du séjour ¹		
	Nb	% cit.
Non réponse	126	72,8%
- de 1 mois	32	18,5%
de 1 à 2 mois	9	5,2%
de 3 à 6 mois	5	2,9%
plus de 7 mois	1	0,6%
Total	173	100,0%

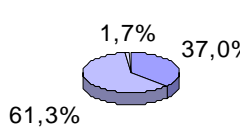
plusieurs séjours ¹		
	Nb	% cit.
Non réponse	128	74,0%
Oui	17	9,8%
Non	28	16,2%
Total	173	100,0%

6. LA SITUATION VIS-A-VIS DU HANDICAP

a) Les situations repérées

La situation de handicap est une problématique majeure de la population concernée : elle concerne 37 % de l'effectif, soit 64 personnes. Ce sont 80 % d'entre elles, qui sont aussi affectées d'une maladie qui réduit leur autonomie. Ce sous-ensemble constitue le noyau dur des problématiques lourdes en matière de restriction de l'autonomie des personnes.

reconnaissance handicap		
	Nb	% cit.
Oui	64	37,0%
Non	106	61,3%
En cours	3	1,7%
Total	173	100,0%

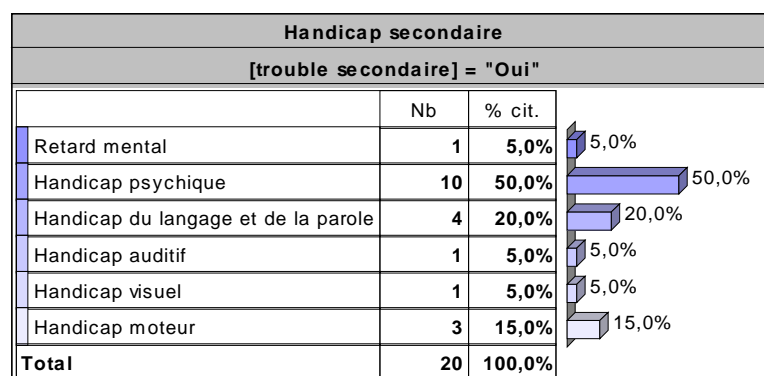
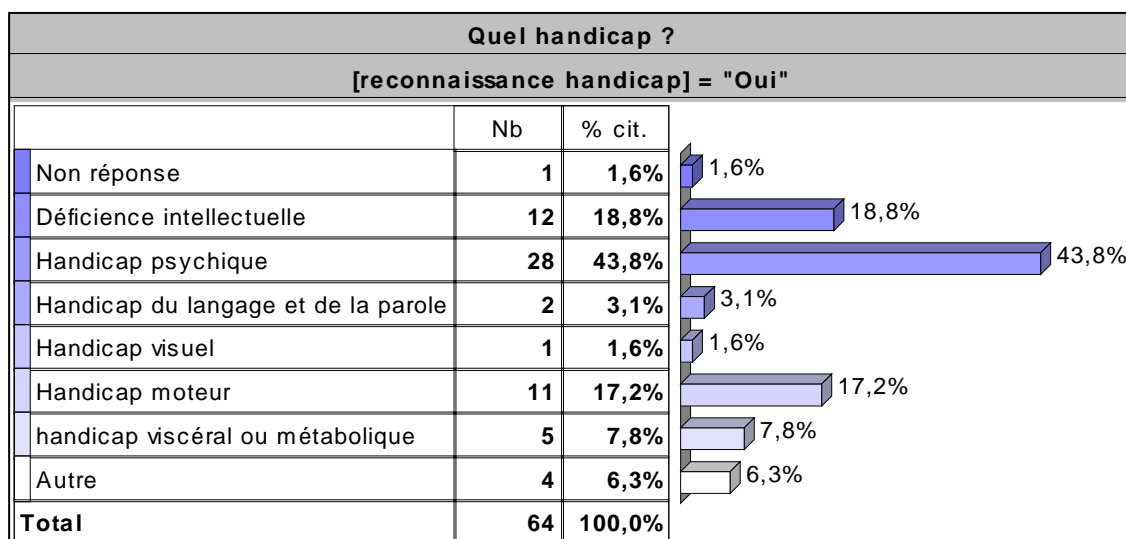


L'observation des

différentes

situations de handicap met en lumière l'importance du handicap psychique pour cette population : 28 citations en handicap principal et 10 citations en handicap secondaire.

Ainsi, le handicap psychique affecte 40% des personnes handicapées. La déficience mentale, est dans une moindre mesure concernée (19%). Parmi les différents handicaps, ce sont ceux d'ordre mental ou psychique qui sont les plus concernés pas l'exclusion sociale, comme le soulignent les travaux du PRAPS II.



b) L'orientation (ex) COTOREP

L'enquête permet de repérer l'itinéraire de ces personnes. Parmi ces personnes, 23 ont bénéficié d'un classement par l'ex-COTOREP, soit un peu plus du tiers. Mais elle n'a abouti que pour 4 d'entre eux.

L'importance des dossiers « en cours d'instruction » peut être expliquée vraisemblablement par le soutien apporté par le CHRS aux personnes pour qu'elles accèdent à leurs droits.

Quand aux refus, l'origine se répartit entre la personne et les structures d'accueil. Ce qui est repérable ici, c'est l'effet « entonnoir » : 64 personnes sont reconnues handicapées, 23 bénéficient d'une orientation, 4 ont abouti. Cette population est particulièrement sensible à l'exclusion sociale.

orientation COTOREP		
[reconnaissance handicap] = "Oui"		
	Nb	% cit.
Non réponse	3	4,7%
Oui	23	35,9%
non	38	59,4%
Total	64	100,0%

c) La dernière notification

Pour ces personnes reconnues handicapées, une orientation a été prononcée, dont 3 vers une structure de travail adapté et 14 vers un établissement de travail protégé. (8 en ESAT, 6 en FOA).

A noter les deux personnes orientées vers une MAS, structure recevant des adultes lourdement handicapés sur le plan moteur, mental, sensoriel, et des adultes polyhandicapés, nécessitant surveillance et soins constants.

dernière notification		
	Nb	% cit.
Entreprise adaptée	3	10,7%
ESAT	8	28,6%
Foyer Occupationnel	6	21,4%
Foyer d'hébergement pour travailleurs handicapés	2	7,1%
Maison d'Accueil Spécialisé	2	7,1%
Service d'accompagnement	0	0,0%
Milieu ordinaire	4	14,3%
autre orientation	3	10,7%
Total	28	100,0%

L'orientation n'a pas abouti pour 13 personnes. Celles-ci concernent notamment les 3 orientations en entreprise adaptée, la moitié des orientations en ESAT ou en FOA.

Orientation aboutie	
	Nb
Oui	4
Non	13
en cours	10
Total	27

Sinon pourquoi?	
	Nb
Refus de sa part	3
refus par l'établissement	3
liste d'attente	3
autre	4
Total	13

7. LES ADDICTIONS

Parmi la population enquêtée, 73% des personnes (124 sur 173) sont concernées par une consommation de produits psycho-actifs.

frein à l'autonomie - Cette consommation vous paraît-elle constituer un frein à l'autonomie ?		
	Nb	% cit.
Oui	70	56,5%
Non	54	43,5%
Total	124	100,0%

L'alcool représente le produit le plus significatif puisqu'il affecte l'autonomie de 49.7% de la population totale composant l'effectif et près de 70% de ceux qui déclarent une consommation de produits psycho-actifs. Parmi cette population, ce sont les personnes âgées de 45 à 54 ans qui sont les plus concernées par la consommation de l'alcool (64%), puis les 26/44 ans (60.70%), les plus de 55 ans (36.70%) et enfin les moins de 25 ans (22.90%).

Le groupe de projet en analysant ces données se pose la question d'une large sous-estimation des situations de poly-consommation (5 % de l'effectif) et de ses conséquences sur la recherche de solutions.

Quel type	Nb. cit.	Fréq.
Alcool	86	77,5%
Autres produits psycho-actifs	13	11,7%
Médicaments hors prescription	3	2,7%
Poly-consommation	9	8,1%
TOTAL CIT.	111	100%

L'autonomie en est affectée pour 70 d'entre eux soit 56,5 % d'entre elles et 40 % des personnes constituant l'effectif total.

frein à l'autonomie	Oui	Non	TOTAL
Quel type			
Alcool	74,4% (64)	24,4% (21)	100% (85)
Autres produits psycho-actifs	53,8% (7)	46,2% (6)	100% (13)
Médicaments hors prescription	66,7% (2)	33,3% (1)	100% (3)
Poly-consommation	88,9% (8)	11,1% (1)	100% (9)
TOTAL	40,5% (81)	31,2% (29)	100% (110)

Le suivi médical lié à la consommation de produits psycho-actifs, concerne 29 personnes, soit le quart des personnes limitées dans leur autonomie. Le croisement

par territoire ci-après permet de repérer si des arrondissements sont exclus du suivi, les données obtenues ne sont pas significatives.

lieu de résidence suivi	Rouen	Dieppe	Le Havre	Bernay	Evreux	Les Andelys	TOTAL
Non réponse	35	2	9	0	11	5	62
Oui	16	4	0	0	5	4	29
Non	60	3	1	1	7	10	82
TOTAL	111	9	10	1	23	19	173

8. LE SUIVI SOCIAL

Ce volet de l'enquête vise à analyser le suivi social complémentaire à celui qui est intégré aux prestations d'accompagnement organisées par les structures d'hébergement d'urgence.

Ce sont 41 % des personnes qui bénéficient d'un suivi social extérieur, dont 40 % bénéficient d'une mesure de protection (69 personnes), auxquelles il convient d'ajouter 15 personnes en situation de surendettement.

Les mesures de protection, pour celles-ci se répartissent ainsi :

quelle mesure ?		
	Nb	% cit.
Tutelle	33	51,6%
Curatelle	22	34,4%
T.P.S.E.	1	1,6%
P.P.S.F.	5	7,8%
Sauvegarde de justice à la demande d'un tiers	2	3,1%
Autre sauvegarde de justice	1	1,6%
Total	64	100,0%

En croisant les mesures de protection avec les différentes de situations de handicap, on observe que :

- 21 personnes handicapées psychiques sont suivies (soit les $\frac{3}{4}$), la majorité dans le cadre d'une tutelle (8) ou d'une curatelle (11),
- La quasi totalité des personnes avec un handicap mental (11/12) ou un handicap moteur (3/3) bénéficie d'une tutelle,

9. TROUBLES DU COMPORTEMENT

Pour 65 % des personnes de l'effectif les professionnels déclarent qu'elles souffrent de troubles du comportement. Les troubles les plus fréquents sont :

- l'anxiété (26%),
- les interactions sociales (25%),
- les troubles du sommeil (23%)

Les troubles occasionnels concernent soit l'agressivité, soit les interactions sociales. Le retrait social (15.6%), les troubles du sommeil et l'anxiété sont aussi cités en troubles occasionnels. Si on tente de mesurer l'importance des troubles du comportement, le total des citations représente 279 citations pour 112 personnes concernées : chaque personne signale donc en moyenne 2 troubles et demi. Les personnes de l'effectif sont nombreuses à souffrir de troubles du comportement (112) et elles sont fortement affectés (2,5 citations par personne).

Les troubles du comportement peuvent aussi trouver leurs sources dans la perte de repères usuels liés à leur conditions de vie et à leur hygiène de vie subie dans la rue et la précarité. Ceux-ci peuvent donc constituer un obstacle à leur admission dans des dispositifs d'hébergement traditionnel : maison de retraite par exemple.

	Non réponse	oui répétitif	occasion nellement	TOTAL
interactions sociales	54,3% (94)	24,9% (43)	20,8% (36)	100% (173)
communication verbale1	79,8% (138)	11,6% (20)	8,7% (15)	100% (173)
retrait isolement	69,4% (120)	15,0% (26)	15,6% (27)	100% (173)
Troubles du sommeil	63,0% (109)	23,1% (40)	13,9% (24)	100% (173)
troubles alimentaires	74,0% (128)	13,3% (23)	12,7% (22)	100% (173)
Agitation	77,5% (134)	12,1% (21)	10,4% (18)	100% (173)
Anxiété	60,1% (104)	26,0% (45)	13,9% (24)	100% (173)
Phobie	85,5% (148)	6,9% (12)	7,5% (13)	100% (173)
Agressivité	71,1% (123)	8,7% (15)	20,2% (35)	100% (173)
Tentatives de suicide	88,4% (153)	3,5% (6)	8,1% (14)	100% (173)
Ensemble	72,3% (1251)	14,5% (251)	13,2% (228)	100% (1730)

10. LES RESTRICTIONS D'ACTIVITE

Parmi l'effectif, Les restrictions d'activité, les dépendances les plus importantes concernent :

- les tâches de la vie domestique, (18% de l'effectif n'y parvient pas)
- la gestion du traitement médical, (17.5 de l'effectif n'y parvient pas)
- la maîtrise du temps, (12% de l'effectif n'y parvient pas)
- le respect des règles sociales ou institutionnelles, (8% de l'effectif n'y parvient pas)
- à un niveau moindre, l'autonomie dans la toilette (besoin de stimulation pour plus de 20%)

Le tableau ci-après reprend en détail les restrictions d'activité :

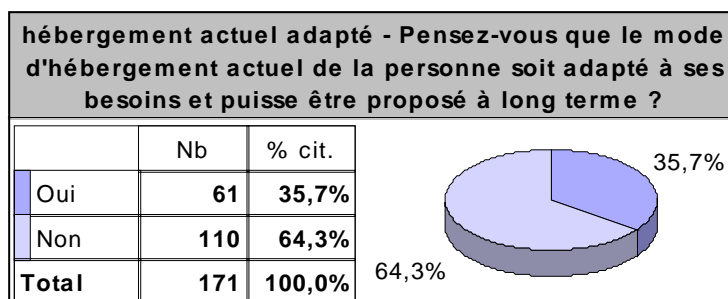
	Oui seul	Oui, avec stimulation	Oui, avec l'aide d'une tierce personne	Non	Ne sait pas ou sans objet	TOTAL
s'habiller	97,1% (167)	1,7% (3)	1,2% (2)	0,0% (0)	0,0% (0)	100% (172)
s'alimenter	95,3% (164)	3,5% (6)	0,6% (1)	0,6% (1)	0,0% (0)	100% (172)
Faire sa toilette ?	72,7% (125)	20,3% (35)	6,4% (11)	0,6% (1)	0,0% (0)	100% (172)
Gérer sa continence	85,5% (147)	1,2% (2)	1,2% (2)	4,1% (7)	8,1% (14)	100% (172)
Se déplacer dans l'institution ?	97,7% (168)	1,2% (2)	0,0% (0)	0,0% (0)	1,2% (2)	100% (172)
Se déplacer à l'extérieur de l'inst	82,6% (142)	6,4% (11)	8,1% (14)	1,2% (2)	1,7% (3)	100% (172)
Tâches de la vie domestique	50,9% (86)	17,2% (29)	12,4% (21)	17,8% (30)	1,8% (3)	100% (169)
Gérer son traitement médical ?	42,2% (70)	12,7% (21)	15,7% (26)	17,5% (29)	12,0% (20)	100% (166)
Lire	86,1% (149)	4,6% (8)	2,3% (4)	6,4% (11)	0,6% (1)	100% (173)
Ecrire	76,7% (132)	6,4% (11)	5,8% (10)	10,5% (18)	0,6% (1)	100% (172)
Compter	81,3% (139)	4,7% (8)	5,3% (9)	8,2% (14)	0,6% (1)	100% (171)
Communiquer	81,0% (136)	11,9% (20)	1,8% (3)	4,2% (7)	1,2% (2)	100% (168)
Maîtriser son temps	59,6% (102)	21,6% (37)	5,8% (10)	12,3% (21)	0,6% (1)	100% (171)
règles sociales	60,4% (102)	21,3% (36)	6,5% (11)	8,3% (14)	3,6% (6)	100% (169)
règles institutionnelles	59,6% (99)	23,5% (39)	6,6% (11)	8,4% (14)	1,8% (3)	100% (166)
Ensemble	75,4% (1928)	10,5% (268)	5,3% (135)	6,6% (169)	2,2% (57)	100% (2557)

11. LES BESOINS DE LA PERSONNE

Pour saisir les besoins de la personne le groupe de projet a adopté la démarche d'enquête suivante : l'enquête part du questionnement sur ce qui est adapté dans l'hébergement actuel (indépendamment du caractère temporaire), puis, par différence avec ce qu'il convient d'améliorer, cherche à identifier les solutions souhaitables, celles qui ont été envisagées ou pas, les raisons pour lesquelles elles ne se concrétisent, avant d'ouvrir sur les souhaits de la personne.

a) L'hébergement actuel adapté

Ce sont 36 % des personnes interrogées (61/173), en lien avec leur référent, qui estiment leur hébergement actuel adapté.



Parmi ces 61 personnes, 41 d'entre elles ont répondu :

- 37 réponses portent sur l'équilibre entre niveau d'autonomie stabilisée et les services de l'établissement notamment l'accompagnement administratif et social.
- 4 trouvent un soutien pour progresser dont 1 parce qu'il peut accueillir son enfant tous les 15 jours, 1 parce que l'alcool est toléré, 1 parce qu'il est sans ressources, 1 en attente de maison de retraite (dossier long).

Ces réponses sur l'adaptation de la solution d'hébergement actuel, appellent trois remarques :

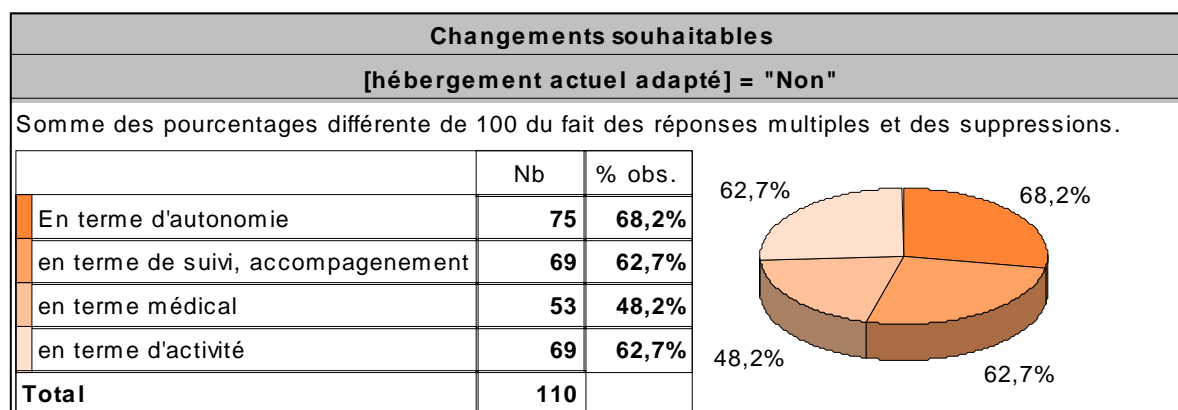
- la première concerne l'usage potentiel de dérogations de durée des dispositifs d'hébergement d'urgence de droit commun,
- la deuxième concerne la manière d'observer, de mesurer l'autonomie des personnes par elles-mêmes et les professionnels,
- les modalités d'hébergement semblent adaptées à la situation présente des personnes parce qu'elles favorisent sa stabilisation, mais elles ne sauraient être durables.

b) Les changements souhaitables

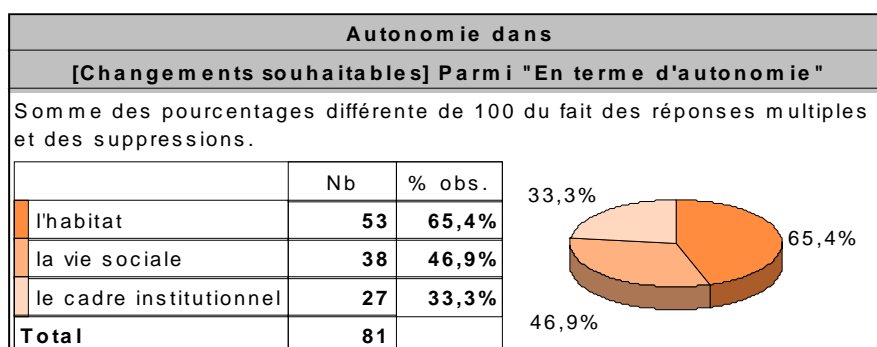
L'analyse se situe à partir de la situation vécue telle qu'elle est perçue au moment de l'entretien, et propose quatre directions :

- plus d'autonomie,
- plus de suivi, accompagnement,
- plus de suivi médical
- plus d'activité.

Les réponses qui découlent de cette interrogation met en évidence un changement souhaitable de leur situation en matière d'autonomie, d'accompagnement et d'activité.:



Le besoin d'autonomie se manifeste prioritairement sur l'habitat



Le besoin de changement d'ordre médical s'apprécie au regard des 53 personnes qui l'expriment dans le tableau des changements souhaitables (le besoin de surveillance représente donc 80 % du suivi médical). Le besoin de suivi accompagnement s'apprécie au regard des 69 personnes qui l'expriment dans le même tableau, ce qui donne aussi 80 % du suivi accompagnement.

Suivi accompagnement	Nb. cit.	Fréq.
psychologique	55	56,1%
social	43	43,9%
TOTAL CIT.	98	100%

changement médical	Nb. cit.	Fréq.
Facilité d'accès	25	31,3%
Besoin de surveillance	42	52,5%
Complexité de traitement	13	16,3%
TOTAL CIT.	80	100%

Le besoin de changement à propos de l'activité s'exprime pour près de la moitié de l'effectif. On observe notamment une volonté de travailler en milieu ordinaire pour le tiers de ceux qui le souhaitent, des souhaits d'activités occupationnelles pour 29.3% et enfin, des activités sociales ou de loisirs pour 21.3%.

Changement activité	Nb. cit. (rang 1)	Fréq.	Nb. cit. (rang 2)	Fréq.	Nb. cit. (somme)	Fréq.
travail milieu ordinaire	25	33,3%	0	0,0%	25 (0,67)	24,5%
Travail protégé	6	8,0%	0	0,0%	6 (0,16)	5,9%
Activités occupationnelles	22	29,3%	0	0,0%	22 (0,59)	21,6%
Activités formatives	6	8,0%	9	33,3%	15 (0,28)	14,7%
Loisirs et diversité de relations	16	21,3%	18	66,7%	34 (0,67)	33,3%
TOTAL CIT.	75		27		102	100%

c) L'hébergement souhaitable

La question sur l'hébergement souhaitable rend compte des différentes expressions des personnes interrogées par un professionnel. Ainsi, une plus grande individualisation du mode d'habitat est recherché :

Hébergement souhaitable - Quel type d'hébergement serait actuellement souhaitable ?		
Somme des pourcentages différente de 100 du fait des réponses multiples et des suppressions.		
	Nb	% obs.
Domicile personnel	48	27,7%
Internat	12	6,9%
Internat de semaine	2	1,2%
Internat quelques jours semaines	0	0,0%
Internat ponctuellement	2	1,2%
Famille d'accueil	17	9,8%
Appartement dépendant d'un foyer	29	16,8%
Appartement supervisé	26	15,0%
Foyer de jeunes travailleurs	7	4,0%
Maison de retraite	21	12,1%
maison relais	24	13,9%
Foyer occupationnel	14	8,1%
Maison d'accueil spécialisée	12	6,9%
Foyer d'accueil médicalisé	3	1,7%
Foyer d'hébergement pour travailleurs handicapés	4	2,3%
Autres	21	12,1%
Total	173	

- le domicile personnel est recherché pour un peu plus d'un quart de l'effectif (27%).
- Sont aussi souhaités soit un appartement dépendant d'un foyer (17%), soit un appartement supervisé (15 %),
- un hébergement en maison-relais, apparaît aussi comme une solution qui préserve l'autonomie individuelle (14%).

Des hébergements en établissement social ou médico-social sont également recherchés :

- En maison de retraite (12.1%),
- En internat permanent, de semaine ou ponctuellement (9.3%),
- En foyer occupationnel (8.1%),
- En Maison d'accueil spécialisé ou en FAM (8.6%).

Dans le tableau "Hébergement souhaitable", la rubrique "autres" représente 12% soit 21 personnes. Une investigation individualisée a permis de repérer que

- malgré la logique du questionnaire, certaines personnes (8) insistent sur le souhait de rester durablement en CHRS,

- certains (7) font appel à une structure novatrice ("où existe une certaine tolérance pour des personnes qui ont passé plusieurs années dans la rue")
- certaines enquêtes reprennent de solutions proposées (maison de retraite médicalisée(1), maison de repos(1), SAUS (2), appartement thérapeutique (1).

Parmi les solutions qui mériteraient d'être envisagées, on retrouve un ordre inversé aux réponses concernant l'hébergement souhaitable :

- le domicile personnel (10.50%) et l'entrée en maison relais (8.30%) sont moins représentés,
- les appartements dépendant d'un foyer (22.50%) ou supervisés (18%) sont les plus souvent cités.

Hébergement souhaitable en fonction du handicap :

Une exploration plus fine concernant les souhaits des personnes handicapées fait apparaître que :

- les solutions individualisantes (appartements supervisés ou dépendants d'un foyer, la maison relais, domicile personnel) sont très largement le fait de personnes handicapées psychiques dont les souhaits se diversifient en fonction des restrictions d'activités.
- Les autres handicaps (notamment moteurs) conduisent les personnes à des solutions médico-sociales.

Quel handicap ?	Déficience intellectuelle	Handicap psychique	Handicap visuel	Handicap moteur	handicap viscéral ou métabolique	Autre	TOTAL
Hébergement souhaitable							
Domicile personnel	14,3% (1)	71,4% (5)	0,0% (0)	14,3% (1)	0,0% (0)	0,0% (0)	100% (7)
Internat	20,0% (1)	20,0% (1)	0,0% (0)	60,0% (3)	0,0% (0)	0,0% (0)	100% (5)
Famille d'accueil	11,1% (1)	33,3% (3)	0,0% (0)	33,3% (3)	22,2% (2)	0,0% (0)	100% (9)
Appartement dépendant d'un foyer	0,0% (0)	85,7% (6)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)	14,3% (1)	100% (7)
Appartement supervisé	0,0% (0)	69,2% (9)	0,0% (0)	15,4% (2)	15,4% (2)	0,0% (0)	100% (13)
Maison de retraite	28,6% (2)	14,3% (1)	14,3% (1)	28,6% (2)	14,3% (1)	0,0% (0)	100% (7)
maison relais	0,0% (0)	75,0% (6)	0,0% (0)	12,5% (1)	0,0% (0)	12,5% (1)	100% (8)
Foyer occupationnel	20,0% (2)	50,0% (5)	0,0% (0)	20,0% (2)	0,0% (0)	10,0% (1)	100% (10)
Maison d'accueil spécialisée	30,0% (3)	30,0% (3)	0,0% (0)	30,0% (3)	0,0% (0)	10,0% (1)	100% (10)
Foyer d'accueil médicalisé	0,0% (0)	33,3% (1)	0,0% (0)	0,0% (0)	66,7% (2)	0,0% (0)	100% (3)
Foyer d'hébergement pour travailleurs handicapés	50,0% (2)	50,0% (2)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)	100% (4)
Autres	0,0% (0)	33,3% (3)	0,0% (0)	33,3% (3)	11,1% (1)	22,2% (2)	100% (9)
TOTAL	13,0% (12)	48,9% (45)	1,1% (1)	21,7% (20)	8,7% (8)	6,5% (6)	100% (92)

d) Les services complémentaires

On constate ici une expression importante d'une demande de services qui s'exprime pour les deux tiers de l'effectif. Les réponses vont au-delà de la question centrée sur les services complémentaires à un habitat souhaité.

services nécessaires ?	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	19	11,0%
Oui	111	64,2%
Non	43	24,9%
TOTAL OBS.	173	100%

si oui lesquels ?	Nb. cit.	Fréq.
Aides techniques	15	9,3%
Aménagement logement	5	3,1%
Aide au transport	12	7,5%
Aides humaines	51	31,7%
Hôpital de jour	8	5,0%
Groupe d'entraide mutuelle	6	3,7%
S.A.A.D.	8	5,0%
S.A.V.S.	27	16,8%
S.A.M.S.A.H.	23	14,3%
S.S.I.A.D.	6	3,7%
TOTAL CIT.	161	100%

Ces deux tableaux sont à lire ensemble : sur les 173 personnes, 111 expriment un besoin de services complémentaires : ces derniers expriment 161 citations, soit près de 1.4 citations par personne

Les demandes d'aide humaines sont le plus souvent citées pour ceux qui souhaitent être hébergés dans un domicile personnel ou en appartement supervisé ou dépendant d'un foyer, voire en famille d'accueil... (?)

e) Les services nécessaires pour les personnes handicapées

Malgré une certaine difficulté des personnes enquêtées à apprécier le besoin de services en fonction de la solution envisagée (et non en fonction de la situation actuelle) il apparaît que le besoin de services est moins prégnant pour le handicap psychique : mais , ce sont aussi ces personnes qui sont touchées par le déni.

services nécessaires ?	Oui	Non	TOTAL
Quel handicap ?			
Déficiences intellectuelle	17,6% (9)	22,2% (2)	18,3% (11)
Handicap psychique	43,1% (22)	66,7% (6)	46,7% (28)
Handicap du langage et de la parole	2,0% (1)	0,0% (0)	1,7% (1)
Handicap visuel	2,0% (1)	0,0% (0)	1,7% (1)
Handicap moteur	19,6% (10)	11,1% (1)	18,3% (11)
handicap viscéral ou métabolique	9,8% (5)	0,0% (0)	8,3% (5)
Autre	5,9% (3)	0,0% (0)	5,0% (3)
TOTAL	100% (51)	100% (9)	100% (60)

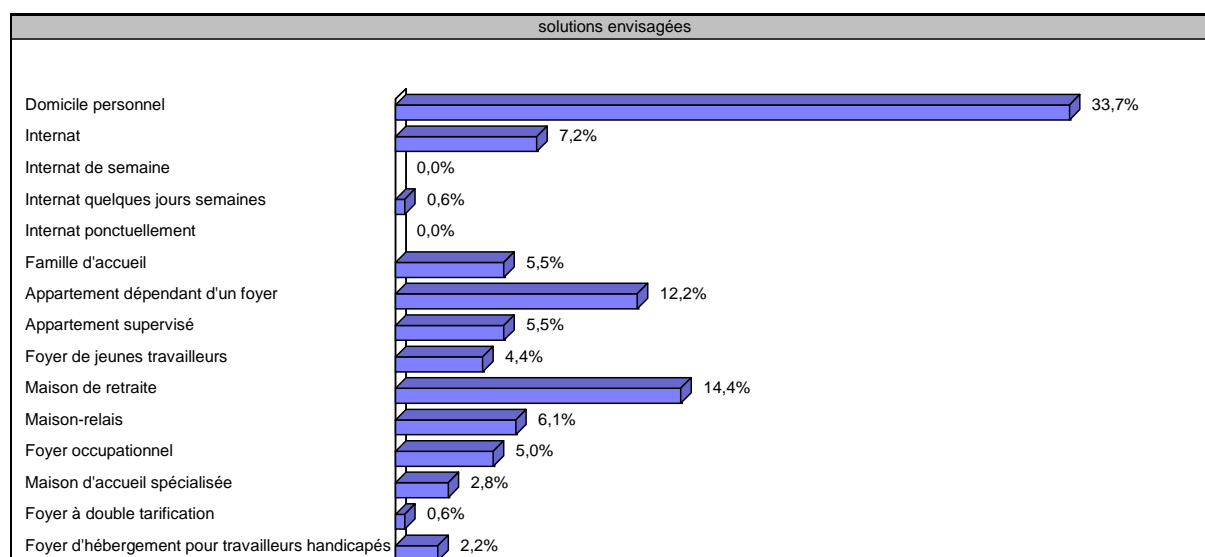
Il faut observer :

- l'importance des souhaits d'aides humaine, particulièrement sensible pour les personnes handicapés moteurs,
- le besoin de services type SAMSAH/SAVS pour le handicap psychique.

f) Les solutions envisagées

Parmi les solutions envisagées en matière d'hébergement, on retrouve la même répartition que celles qui ont été observées en matière d'hébergement souhaitable. Ainsi, ont été envisagées par les personnes avec les professionnels :

- Le domicile personnel pour 33.70% des personnes de l'effectif,
- L'accès à un appartement supervisé (15.80%), ou dépendant d'un foyer (12.30%),
- L'hébergement en maison-relais (6.10%),
- L'accès au dispositif médico-social concernant les personnes handicapées : FOA (5%), MAS ou FAM (3.40%) ou foyer d'hébergement (2.20%),
- L'entrée en maison de retraite (14.40%).



e) Solutions non concrétisées

L'effectif se répartit en trois tiers : Le solutions qui se concrétisent, celles qui ne se concrétisent pas, et le solutions en cours.

sans concretisation	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	11	6,4%
Oui	57	32,9%
Non	58	33,5%
En cours	47	27,2%
TOTAL CIT.	173	100%

si oui pourquoi ?	Nb. cit.	Fréq.
Liste d'attente	12	21,8%
Eloignement	1	1,8%
Refus de la personne	17	30,9%
Refus de l'établissement	11	20,0%
La personne a quitté l'établissement	2	3,6%
Autres	12	21,8%
TOTAL CIT.	55	100%

L'analyse des solutions préconisées sans concrétisation met en évidence la difficulté pointée par les professionnels de trouver des solutions adaptées à la diversité et à la complexité des situations vécues par les personnes. Sept propositions d'hébergement sont les plus concernées pour leur manque de concrétisation :

- L'entrée en maison de retraite non concrétisée pour les ¾ des personnes concernées (72%)
- L'admission en FOA pour 71.40% des personnes concernées par cette proposition,
- L'entrée en MAS non concrétisée pour 60% des personnes concernées par cette proposition,
- L'accueil en famille d'accueil, non concrétisée pour 54% des personnes concernées par cette proposition,
- L'entrée en Foyer d'hébergement pour travailleurs handicapés non aboutie pour la moitié des personnes concernées par cette proposition

Le tableau ci-après décrit cette difficulté de concrétisation des solutions envisagées ; il faut noter, après vérification que les personnes handicapées n'y sont pas spécialement sur-représentées par rapport à l'ensemble de la population enquêtée.

envisagées	sans concretisation	Oui	Non	En cours	TOTAL
Domicile personnel		32,8% (20)	21,3% (13)	39,3% (24)	100% (57)
Internat		46,2% (6)	23,1% (3)	30,8% (4)	100% (13)
Internat quelques jours semaines		0,0% (0)	0,0% (0)	100% (1)	100% (1)
Famille d'accueil		54,5% (6)	0,0% (0)	36,4% (4)	100% (10)
Appartement dépendant d'un foyer		22,7% (5)	18,2% (4)	54,5% (12)	100% (21)
Appartement supervisé		50,0% (5)	30,0% (3)	20,0% (2)	100% (10)
Foyer de jeunes travailleurs		37,5% (3)	12,5% (1)	37,5% (3)	100% (7)
Maison de retraite		72,0% (18)	12,0% (3)	16,0% (4)	100% (25)
Maison-relais		53,8% (7)	7,7% (1)	30,8% (4)	100% (12)
Foyer occupationnel		71,4% (5)	0,0% (0)	28,6% (2)	100% (7)
Maison d'accueil spécialisée		60,0% (3)	0,0% (0)	40,0% (2)	100% (5)
Foyer à double tarification		0,0% (0)	0,0% (0)	100% (1)	100% (1)
Foyer d'hébergement pour travailleurs handicapés		50,0% (2)	0,0% (0)	50,0% (2)	100% (4)
TOTAL		32,9% (80)	33,5% (28)	27,2% (65)	100% (173)

f) Solutions connues des référents

Les référents affirment avoir une bonne connaissance des différents dispositifs et des solutions :

Solutions connues ?	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	11	6,4%
Oui	107	61,8%
Oui mais, pas toutes	50	28,9%
Non, trop peu	4	2,3%
Non pas du tout	1	0,6%
TOTAL OBS.	173	100%

IV. LES RESULTATS DE L'ENQUETE AUPRES DES FTM

1. LE VIEILLISSEMENT

L'un de paramètres importants de l'exploration avec les foyers de travailleurs migrants concerne l'âge des résidents ; on observe sur ce tableau que :

- dans l'Eure, les plus de 60 ans représentent 30%, les plus de 55 ans, 60%
- sur Rouen, les plus de 60 ans représentent 33%, les plus de 55 ans, 60%
- sur Le Havre, les premiers représentent 30 %, les autres 47 %

pour une population totale de près de 2000 personnes.

Compte tenu de la particularité du peuplement des FTM, avec aussi le vieillissement accéléré, près de 200 personnes dans l'Eure, 460 dans l'agglomération rouennaise, et 315 au Havre

	moins de 25	26 à 35	36 à 45	46 à 55	56 à 60	plus de 60	TOTAL
Evreux	8	35	40	31	22	31	96
Gaillon	11	13	18	9	13	27	91
Saint Marcel	3	15	22	14	15	27	96
Vernon	4	9	20	23	25	36	117
total EURE	26	72	100	77	75	121	400
%	6,50%	18,00%	25,00%	19,25%	18,75%	30,25%	100,00%
Sarcelles LGQ	3	19	22	22	11	17	94
Montmorency LGQ	2	16	12	13	13	27	83
Fauquet Oissel	11	11	14	18	3	17	74
Cèdre DLR	25	36	24	26	26	37	174
C. Monet PQ	6	15	8	29	54	141	253
Chateau Blanc SER	4	27	28	31	27	42	159
Raspail CLE	3	18	13	19	16	30	99
Total ROUEN	54	142	121	158	150	311	936
%	5,77%	15,17%	12,93%	16,88%	16,03%	33,23%	100,00%
Bléville LH	1	1	2	16	16	15	51
Brindeau LH	6	13	20	25	28	68	160
La Lézarde GL'O	0	2	2	6	5	25	40
Léo Delibes LH	6	25	24	30	23	27	135
Rouelles LH	4	19	19	20	11	4	77
Graville LH	4	4	11	27	10	22	78
Le Marin LH	7	13	20	22	19	40	121
Total Le Havre	28	77	98	146	112	201	662
%	4,23%	11,63%	14,80%	22,05%	16,92%	30,36%	100,00%
TOTAL HN	108	291	319	381	337	633	1998
%	5,41%	14,56%	15,97%	19,07%	16,87%	31,68%	100,00%

2. LA SITUATION SOCIALE ET MEDICO-SOCIALE

La fiche de renseignements sur laquelle les responsables des FTM ont travaillé comprend les renseignements suivants :

- la proportion de travailleurs migrants dans l'établissement,
- la proportion de personnes suivies socialement,
- les mesures de protection : tutelle, surendettement,
- Les situations de handicap reconnu,
- Les troubles du comportement,
- Les situations de maladies psychiatriques,
- Les maladies invalidantes,
- L'hospitalisation et ses suites,
- Les addictions qui réduisent l'autonomie.

Ils sont intégrés dans les tableaux suivants :

Tableau récapitulatif du département de l'Eure

	EURE					
	Evreux	Gaillon	St Marcel	Vernon	Total	%
Nombre Résidents	167	91	96	117	471	100.0%
Trav. Migrants	93	37	36	85	251	53.3%
Prop. Autonomie	86	91	94	105	376	79.8%
Suivi Social	7	26	27	84	144	30.6%
Mesures prot.	3	3	3	1	10	2.1%
surendettement		0	0	2	2	0.4%
Handicap	1	1	0	9	11	2.3%
Troubles comport.	1	1	1	3	6	1.3%
maladies psy	3	3	1	2	9	1.9%
maladie invali.	3	1	2	10	16	3.4%
Hospitalisation		1	3	4	8	1.7%
addictions auto	4	17	0	5	26	5.5%

	AFTAM Rouen				
	Sarcelles GQ	Montmor.-GQ	Oissel	Total AF R	%
Nombre Résidents	94	83	74	251	100.0%
Trav. Migrants	20	39	6	65	25.9%
Prop. Autonomie	72	44	60	176	70.1%
Suivi Social	22	39	13	74	29.5%
Mesures prot.	2	2	3	7	2.8%
surendettement	3	1		4	1.6%
Handicap	5	5	5	15	6.0%
Troubles comport.	15		13	28	11.2%
maladies psy	5		3	8	3.2%
maladie invali.	4		2	6	2.4%
Hospitalisation	2		3	5	2.0%
addictions auto	8		4	12	4.8%

La proportion de travailleurs migrants est ici assez minoritaire (le quart de la population).

La population présentant de difficultés d'autonomie atteint 30 %.

Les troubles du comportement (28), le handicap (15), les maladies psychologiques (8) caractérisent aussi cette population

Sur l'agglomération du Havre, **la population de travailleurs migrants est majoritaire (77.7%).**

Si le suivi social semble plus léger, les situations de surendettement sont significatives (15)

Les problèmes de handicap (14), les troubles du comportement (12) et les maladies psychologiques (8) sont à examiner.

	AFTAM Le Havre				
	Bleville	Brindeau	La Lésarde	Total A-LH	%
Nombre Résidents	51	160	40	251	100.0%
Trav. Migrants	43	119	33	195	77.7%
Prop. Autonomie	44	97	25	166	66.1%
Suivi Social	10	41	10	61	24.3%
Mesures prot.	1	1	2	4	1.6%
surendettement	3	10	6	19	7.6%
Handicap	3	8	3	14	5.6%
Troubles comport.	2	4	6	12	4.8%
maladies psy	2	4	2	8	3.2%
maladie invali.	1	2	3	6	2.4%
Hospitalisation	1	4		5	2.0%
addictions auto	6	30	5	41	16.3%

3. Exploitation des données

Il apparaît que la population âgée des FTM constitue massivement le lot des travailleurs migrants, qui forment pour la Haute Normandie, un effectif important de **970 personnes.(plus de 55 ans).**

L'étude récente commanditée par l'ACSE, (Agence Nationale pour la Cohésion Sociale, ex FASILD) en présente les grandes particularités, sans avoir pu faire un état des lieux précis des problèmes de santé : nomadisme avec le pays d'origine, difficultés culturelles à utiliser les services de soins, difficultés à faire reconnaître ses droits et à maîtriser les arcanes de dossiers complexes, cette population est particulièrement isolée.

Le premier tableau concernant l'âge fait apparaître que la population âgée est particulièrement concentrée au foyer Claude Monet du Petit Quevilly : 195 résidents de plus de 55 ans, soit 77% de la résidence. La singularité de cet établissement ne s'arrête pas là : il est habité pour 88% de résidents d'origine maghrébine, et pour 57% par des résidents présents depuis plus de 10 ans.

Dans l'état actuel, seuls l'Eure et les Foyers AFTAM de la Seine Maritime peuvent être exploités complètement :

La proportion de travailleurs migrants est de 53% dans l'Eure, de 25% dans les foyers AFTAM de Rouen et 77% au Havre, soit une population de travailleurs migrants de 220 personnes dans l'Eure et 260 dans les foyers AFTAM de Seine Maritime dont les trois quarts sur le Havre (65/195).

Les données transmises par la Sonacotra pour ses établissements de Seine Maritime donnent une population d'origine étrangère moyenne de 65% (69% sur Rouen et 58% sur le Havre).

En résumé, la population de travailleurs migrants dans les foyers totalisent :

- à Rouen, 57% des résidents soit 536 personnes dont près de la moitié au foyer Claude Monet, à Petit Quevilly,
- au Havre, 65% des résidents, soit 433 personnes.

La proportion de résidents tout à fait autonome est de 80 % dans l'Eure, de 70 et 66 % dans les foyers AFTAM de Rouen et du Havre..

- Le suivi social est respectivement de 30% , 29% et 24 %
- Les mesures de protection oscillent entre 1.5 et 3 %.
- Le Handicap est respectivement de 2% dans l'Eure et 6% en Seine Maritime,
- Les troubles du comportement sont significatifs à Rouen (6%),
- Les maladies psychiatriques se situent entre 2 et 3 %
- Les maladie invalidantes représentent 3.5% dans l'Eure, 2.5% à Rouen
- Les dépendances additives 5,5 % dans l'Eure, 5% à Rouen et 8% au Havre.

Sur l'agglomération du Havre, le Conseil Général confie, par convention, à l'AHAPS l'accompagnement social des résidents des foyers Sonacotra.

Les données qui suivent portent sur les 392 résidents des foyers Sonacotra (hors demandeurs d'asile) dont 116 personnes ont été prises en charge dans le cadre de l'accompagnement social de l'AHAPS soit 30% des résidents.

Parmi ceux-là, 52 personnes sont dans le dispositif RMI et 14 autres résidents perçoivent des minima sociaux : dont 6 AAH. (ce qui fait au total 17% des résidents).

Les interventions portant sur la santé représentent 16% des interventions au foyer Léo Delibes, 13% au foyer du Marin, 21% au foyer de Graille, et 10 % au foyer de Rouelles. L'alcool, la dépression, l'hygiène corporelle et alimentaire, l'accès aux soins appropriés représentent l'essentiel des interventions de santé.

V. LES PISTES DE REFLEXION

1. LES PROCESSUS DE RELEGATION ET LES LIMITES DES OUTILS EXISTANTS

Le public de l'étude est un public qui est confronté à des problématiques complexes, liées à leur situation personnelle, à leurs handicaps et aux limites des dispositifs sanitaires, sociaux et médico-sociaux :

- C'est un public, majoritairement masculin, plutôt âgé de 35 à 59 ans, isolé socialement, avec de faibles ressources et hébergé depuis plus d'un an au sein des structures d'hébergement temporaire,
- Il a eu un parcours chaotique, avec une longue période d'inactivité professionnelle et de vie à la rue,
- Il a des pratiques addictives qui compromettent son autonomie,
- Le vieillissement du tiers d'entre eux compromet leur autonomie,
- Près des deux tiers souffrent d'une maladie compromettant son autonomie avec des passages à l'hôpital. Il est confronté au seuil de tolérance des services de santé, eux-mêmes confrontés aux limites de leurs moyens et aux files d'attente.
- Plus du tiers d'entre eux est en situation de handicap reconnue, avec des orientations qui n'aboutissent pas pour 1/3 qu'exceptionnellement,
- Les solutions préconisées en matière de sortie d'hébergement temporaire vers un logement durable et adapté n'aboutissent que trop peu.

Les exemples ont été donnés, de personnes en cours de soins qui se font sortir sans ménagements d'un établissement, avec l'effet « retour », de personnes régulièrement confrontées à cette situation qui n'acceptent plus les solutions proposées.

Le centre d'hébergement devient alors le seul refuge, assez tolérant et avec un cadre qui permet un relatif équilibre, même si les prestations ne sont pas nécessairement les plus adaptées aux besoins. Ce qu'il faut travailler, c'est l'approche globale de la personne (soins, hébergement, activité) et le travail en réseau des acteurs mettant en commun leurs compétences.

Par exemple, s'agissant des personnes handicapées repérées par l'enquête, les solutions « en cours » et durablement en cours tiennent, pour une part, aux offres de solutions partielles voire inexistantes.

Les centres d'hébergement avec leur diversité de solutions constituent un atout : le développement, par exemple des maisons-relais élargissent significativement les possibilités.

Les équipes mobiles (UMAPP, Respire) dont l'engagement dans l'action, la méthodologie d'intervention sont unanimement reconnus, mais avec tous les risques liés à l'explosion de la demande, et notamment ceux d'être absorbés par l'urgence au détriment de la mission de fond. Celle-ci consiste à apporter la prestation de soins, là où sont les malades, en lien avec leur environnement pour que celui-ci contribue à la thérapie.

Parmi les limites, on observe une inégalité de la couverture du territoire : il apparaît que les territoires ruraux ne bénéficient pas de ces prestations.

2. DES ASPECTS A PRENDRE EN COMPTE DANS LES ORIENTATIONS

On peut synthétiser les axes que le groupe projet a souhaité privilégier.

⇒ Reposer la question des dérogations

Par exemple, la question de l'âge d'entrée en maison de retraite mérite d'être examinée, avec une notion de dérogation à prendre au sens large : elle concerne l'acceptation dans les différents lieux d'accueil d'une certaine hétérogénéité du public, hétérogénéité à gérer dans la vie des établissements. Il y a deux aspects dans cette question :

- l'aspect réglementaire qui est utilisé pour construire les argumentaires de refus des personnes jugées « à la limite des normes »,
- l'aspect des « règles de vie » à observer : pourquoi accueillir une personne dépendante de l'alcool, si elle n'a aucun droit à l'échec ?

⇒ Raisonner un dispositif complet par territoire (à l'échelle de l'arrondissement) dans la construction des partenariats soins/hébergement/ accompagnement.

⇒ Des équipes d'intervention pluridisciplinaires

Cette question a fait l'objet d'insistance dans le groupe de projet, notamment sur la reconnaissance de la place des accompagnateurs sociaux. Il faut que leur place, leur légitimité, leurs compétences soient reconnues, en acte dans l'articulation soins/milieu de vie. Cela suppose probablement des outils communs d'évaluation.

3. LES ACTIONS PROPOSEES PAR LES DIFFERENTS DISPOSITIFS DE PROGRAMMATION

Outre le travail de réflexion avec le groupe projet, nous avons analysé les réponses proposées par les différents programmes régionaux ou départementaux : PRIAC, SROS III, PRAPS II, schémas départementaux, PRSP et son volet santé mentale.

On peut relever des propositions qui peuvent contribuer à ouvrir des perspectives durables en matière d'accompagnement des personnes démunies, accueillies au sein des dispositifs d'hébergement temporaire.

Comme le souligne la circulaire du 5 mars 2004 relative à l'élaboration du SROS III, les politiques de santé, notamment de santé mentale, doivent s'imaginer dans le cadre de « projet médical de territoire ». Cette approche territoriale des politiques publiques de santé doit donc être élaborée à l'aune des besoins à satisfaire au plan social, médico-social et sanitaire, à partir d'une observation partagée des besoins des personnes et de l'implication des acteurs concernés. Le projet de territoire relatif au handicap psychique de l'arrondissement du Havre est exemplaire de cette démarche d'observation et d'action.

a) Le développement des démarches en réseau

On a pu repérer au sein des programmes régionaux des orientations prioritaires contribuant à renforcer le travail en réseau et la connaissance réciproque des acteurs de secteurs professionnels différents :

- La mise en place de formation interinstitutionnelle et interprofessionnelle, contribuant à renforcer les capacités des professionnels à repérer, à accompagner la formulation des demandes des personnes en situation de souffrance psychique et à les orienter vers les partenaires concernés,

- Le développement des liens conventionnels entre les secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux par une connaissance réciproque entre les acteurs de leur rôle, de leurs contraintes et de leurs limites,
- Le travail en réseau et la mise en place de réponses adaptées, en fonction des besoins de cette population permettant une meilleure prise en compte des personnes handicapées ou malades mentales stabilisées,

b) La création de dispositifs adaptés aux personnes handicapées psychiques

Nous avons également repéré, au sein des outils de programmation des axes de travail pouvant contribuer à apporter des solutions durables, pourvu qu'on en ait la volonté et la vigilance partagée entre les acteurs concernés :

- L'ouverture des places de SAVS et SAMSAH aux personnes handicapées psychiques, la création de Groupe d'Entraide mutuelle et le développement de l'accueil en MAS ou en FAM, prévus par les Schémas Départementaux en faveur des Personnes Handicapées devraient être en mesure de bénéficier à cette population,
- Adaptation de l'accompagnement au sein de certaines structures de travail adapté aux besoins des personnes handicapées psychiques.
- Développement d'autres formes d'accueil et d'accompagnement avec la création de logements sociaux associatifs et d'ateliers thérapeutiques, la création de petites unités (des lieux de vie), accueillant des personnes malades mentales stabilisées,
- L'expérimentation du concept d'équipe mobile pluridisciplinaire, dans les domaines de la gérontologie, du handicap, des travailleurs migrants, de la lutte contre l'exclusion et de la santé mentale. Son rôle serait d'évaluer les situations, de les orienter vers les services et les dispositifs concernés et d'accompagner leur intégration au sein des établissements d'hébergement de droit commun,
- La transformation de l'agrément thérapeutique des familles d'accueil en agrément d'accueil familial social pour éviter de déstabiliser les personnes malades stabilisées,

4. DES REPONSES A DEVELOPPER

Outre les dispositions déjà prévues par les différents plans ou schémas, des réponses pourraient être également développées :

- Le développement de l'Hébergement de stabilisation pour les personnes à la rue, désocialisées ou vieillissantes, dont l'état de santé est dégradé,
- Les programmes des « maisons relais » avec un accompagnateur présent en permanence et celui des résidences sociales composées de parties communes et de lieux privés, qui visent à développer une offre alternative de logements pour les personnes en situation de grande exclusion,
- Le développement du dispositif de « Lits Halte Soins santé » proposant une prise en charge sociale, paramédicale et sanitaire, aux personnes SDF ou sans solutions d'hébergement durables, qui ont des problèmes médicaux, notamment de stabilisation de leur traitement en aval d'une hospitalisation,
- La création de places de FOA et d'ESAT, adaptées aux personnes handicapées psychiques, en situation d'exclusion,

- Le renforcement des liens entre les équipes des CHRS ou des FTM et les équipes pluridisciplinaires des MDPH, afin d'assurer ensemble l'évaluation des besoins et des attentes des personnes handicapées en situation d'exclusion, leur orientation et leur accompagnement.
- La création d'une résidence pour personnes âgées adaptée, avec des prestations sociales, sanitaires, un accompagnement à la vie sociale et un soutien dans les actes de la vie quotidienne.
- Mise en place d'un accompagnement personnalisé pour affiner la connaissance des résidents des FTM, les orienter vers des solutions de relogement adaptés (maison de retraite, maison relais, CHRS, résidence sociale, logement de droit commun) et faire aboutir leur démarche.
- Mise en place de réseaux de santé spécialisés dans l'accompagnement social, médico-social et sanitaire, des publics accueillis au sein des Foyers de travailleurs migrants,
- Mise en place de mesures d'aide à la personne (Aide-ménagère, infirmière, portage de repas...) pour favoriser le maintien à domicile notamment pour les personnes âgées d'origine étrangère, qui habitent sur les foyers Travailleurs migrants, depuis plus de vingt ans.

VI. PROPOSITIONS DE METHODES

Les différents outils de programmation ont tracé les orientations qui peuvent s'affiner comme nous venons de le voir. Cependant, la question de l'adéquation des réponses aux besoins des personnes est beaucoup plus complexe pour être simplement résolu de cette manière : le travail qui nous a été confié montre, la perversité des mécanismes d'exclusion :

- *Comment se retrouvent dans des situations bloquées, les personnes qui cumulent plusieurs « désavantages » dans lesquels les problèmes de santé – cause ou conséquence- pèsent lourdement.*
- *Comment les problèmes de santé sont en soi un problème à résoudre, mais aussi qu'ils sont un révélateur d'une situation globale à traiter (hébergement, travail, revenu, situation familiale...) qui fait partie intégrante de la « solution santé ».*

L'enquête fait ressortir l'importance des situations « en cours ». Le premier réflexe est d'interroger la couverture des besoins : les places en maison de retraite, en ESAT, en maison-relais, en entreprise d'insertion par l'économique...C'est juste, mais ce n'est qu'une partie du problème.

Il faut aussi interroger les cloisonnements, les logiques institutionnelles, la gestion quotidienne du plein emploi des équipements. Les personnes présentant des problèmes de comportement ou des conduites addictives sont nombreuses parmi le public de l'enquête : elles se retrouvent durablement dans les CHRS, comme lieux plus tolérants.

De ce point de vue une application rigide de la loi du 2 janvier 2002, en rationalisant l'articulation public-cible/prestation/évaluation peut conduire un établissement à mieux choisir son public et donc à accroître les interstices, là où, précisément s'incruste l'exclusion.

La question est de savoir si l'on prend acte de cela (et il faut alors programmer en plus grand nombre des places de CHRS) ou si l'on adopte une stratégie plus préventive qui organise la possibilité de plus de mixité sociale là où ces personnes ne sont plus aujourd'hui tolérés. Auquel cas, la fluidité de l'hébergement temporaire devient un enjeu central : non pas un simple critère de gestion, mais un véritable indicateur des progrès réalisés dans la resocialisation de ces publics. Pour cela, la place des travailleurs sociaux de ces structures doit être réévaluée : c'est-à-dire pensée, non seulement du point de vue interne à l'établissement, mais comme une fonction essentielle de médiation/négociation dans tout le secteur sanitaire, médico-social et social.

En posant cette alternative, nous n'induisons pas la réponse : elle est lisible dans les orientations déjà citées et notamment dans celles qui concernent la santé mentale.

Pour finir, la question finale est donc la suivante : « **Comment instrumenter ces orientations ?** »

C'est à cette question centrale qu'aboutit ce travail collectif. Elle renvoie à l'articulation des deux cultures évoquées dans l'introduction de ce travail : la culture de terrain et la culture de la fonction publique, car c'est bien dans une articulation de ces deux pratiques professionnelles que se joue la méthodologie d'action sur laquelle il convient de se pencher en croisant ces deux logiques dans une stratégie commune alliant la **programmation et la stimulation dynamique**.

Proposition méthodologique

1 - Consolidation d'une culture commune

Il existe en Haute-Normandie une culture d'acteurs dans les politiques publiques : dans les grands secteurs (insertion, handicap, personnes âgées.. .) les acteurs se connaissent, participent aux concertations. Dans le champ qui nous concerne, il est possible de se donner un corps de valeurs, de principes d'action, de perspectives communes, dont l'élaboration est nécessaire pour dépasser les approches sectorielles et partielles : une approche sectorielle existe quand un système de soins pense tout seul le parcours du malade de la crise à la stabilisation puis à la sortie en milieu ordinaire. Le fait qu'il mobilise des partenaires pour cela ne change rien à la vision sectorielle, tant que celle-ci est pensée en interne. Une approche sectorielle c'est aussi lorsqu'une institution d'hébergement temporaire construit seule la chaîne de l'insertion depuis la réadaptation jusqu'au logement autonome. La démarche de stimulation dynamique ne fonctionnera que sur la base d'un enjeu supérieur à la seule évaluation interne des établissements : dans cette démarche les critères d'évaluation de la qualité se centrent plus sur le territoire de santé.

2 - Une approche territoriale

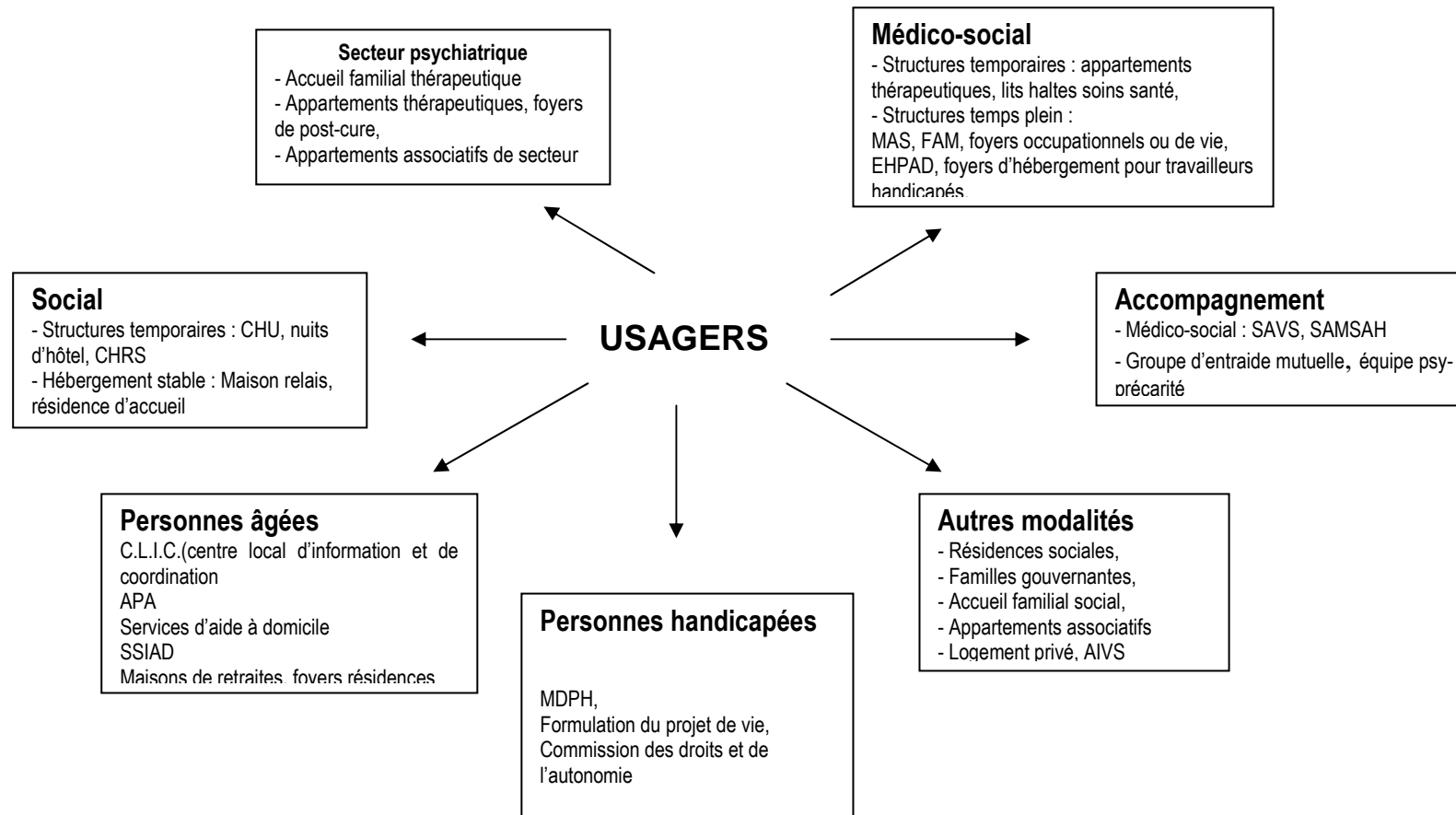
Cette approche tient compte des secteurs existants qui servent de référence actuellement dans les outils de programmation. C'est l'échelle de l'espace vécu adéquate au travail de partenariat. Le travail appelé « projet de territoire relatif au handicap psychique de l'arrondissement du Havre » est un bon exemple de repérage par les acteurs de l'existant, des besoins et des projets. Il apparaît comme l'échelle pertinente : cet inventaire partagé est à préconiser sur chaque territoire. Il est souhaitable d'articuler celui-ci avec une démarche de stimulation dynamique qui pourrait être organisée autour d'une équipe pluri-dimensionnelle.

Aussi l'inventaire concerté et le travail en équipe pluri-dimensionnelle

Constituent les deux instruments complémentaires et imbriqués d'une approche territoriale

A) Un inventaire concerté des besoins de l'existant, et des projets

Un inventaire par territoire de santé peut être facilement établie en concertation avec structures, services, dispositifs existants qui sont concernés par la problématique sur laquelle nous travaillons à partir du schéma suivant :



La mise au point concertée de l'inventaire devra être réalisée de manière à bâtir la culture commune : ainsi la liste pourra être construite en colonnes avec les rubriques suivantes :

- Type structure,
- Texte officiel de référence,
- Type d'hébergement (le cas échéant)
- Objectifs de la structure,
- Population accueillie,
- Composition de l'équipe professionnelle.

Sa réalisation permettra une mise à niveau, pour chacun, des solutions existantes (qu'elles soient représentées ou pas sur le territoire).

Une approche transversale et décrochée de la population et de ses besoins ensuite consolidera la vision globale, enjeu de la culture commune.

Constituée d'une équipe pluri-dimensionnelle devra être issue de ce travail préalable.

En annexe, nous présentons un modèle de la grille d'observation partagée par les partenaires, par secteur : sanitaire, médico-social et social.

B) Fonctionnement d'une équipe pluri-dimensionnelle

a) Mission :

- recueillir les situations-problèmes individuelles (mêmes situations que celles de l'enquête) et les résoudre
- faire le point périodiquement des besoins du territoire et donc rester en étroite information/ coopération avec l'échelon départemental et régional.

b) Composition :

Pour fonctionner cette équipe doit être resserrée (environ 10 personnes), émanant de :

- CHRS, Urgence, FTM, HLM (pour l'hébergement),
- l'UMAPP ou RESPIRE,
- la DDASS,
- la MDPH,
- un médecin ou infirmier,
- un professionnel des addictions,
- un représentant des maisons de retraite, ou des C.L.I.C.
(liste à affiner).

c) Méthode de travail :

Ce groupe est piloté et animé par un **travailleur social** issu de l'hébergement temporaire et reconnu par ses pairs. Il dispose de temps pour instruire les dossiers, les présenter au groupe de travail et assurer un minimum de suivi.

A raison (par hypothèse) d'une réunion par mois et avec trois situations nouvelles par réunion, il est possible de régler trente à trente-cinq situations par an et par territoire ; (mais le rythme est à trouver en fonction des besoins, le territoire du Havre ne peut être organisé comme celui des Andelys, par exemple)

L'angle de traitement est de trouver une solution globale (médico-sociale avec hébergement) et à partir d'outils communs (chaque professionnel apportant son expertise) L'outil commun pourrait être de caractériser l'autonomie.

Les grilles utilisées dans le cadre de l'enquête peuvent être largement ré exploitées dans ce cadre.

Avantages d'un tel fonctionnement

Ce mode de résolution convient bien aux problèmes concrets : le travail pluri dimensionnel ouvre des voies qui n'existent pas autrement et se donne toutes les chances pour introduire la fluidité nécessaire entre les différents dispositifs. La réflexion périodique sur les besoins (équipements, services, prestations) permettra un ajustement fin des solutions nécessaires par territoire.

ANNEXES

- 1 - LE QUESTIONNAIRE D'ENQUETE
- 2 - LA NOTE EXPLICATIVE POUR LES ENQUETEURS
- 3 - LA COMPOSITION DU GROUPE DE PROJET
- 4 - LA GRILLE D'ENQUETE POUR LES FTM
- 5 - PRESENTATION D'UN OUTIL D'INVENTAIRE TERRITORIALE

ANNEXE 1

VEUILLEZ NE REMPLIR QU'UN SEUL QUESTIONNAIRE PAR PERSONNE

ANALYSE DE L'INADAPTATION DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES A AUTONOMIE REDUITE
DANS LES STRUCTURES D'HEBERGEMENT TEMPORAIRE

Les coordonnées de votre établissement (Cachet)

DONNEES GENERALES

1. Année de naissance :

2. Sexe : Féminin Masculin

3. Situation matrimoniale

en couple (marié, pacsé ou vie maritale)

célibataire séparé

Autre, précisez :

4. Enfants

Oui non

Si oui, combien sont à charge

2 enfants et moins

3 à 5 enfants

6 et plus

5. Nationalité

Française
nationalité

Autre nationalité européenne

autre

6. LIEU DE RESIDENCE

Dans quel arrondissement de Haute Normandie se situe le centre d'hébergement ?

Rouen

Dieppe

Le Havre

Bernay

Evreux

Les Andelys

SITUATION DE LA PERSONNE

7. Durée actuelle de l'hébergement dans l'établissement :

- de 6 mois

de 1 à 3 ans

de 6 mois à >1 an

+ de 3 ans

8. PARCOURS RESIDENTIEL ANTERIEUR (LA DERNIERE ETAPE)

Mode d'habitat ¹	Durée	Arrondissement ² ou département extérieur

9. Situation professionnelle antérieure

Type d'activité ³	Durée	Année de fin d'activité	Arrondissement ² ou département extérieur

10. Situation professionnelle actuelle

- Actif ayant un emploi Actif ayant un emploi CDD Actif emploi aidé
 Actif au chômage Actif en arrêt maladie Mère au foyer
 Inactif en invalidité Inactif en retraite autre inactif

11. temps de travail (le cas échéant)

- Temps partiel Plein temps

12. Ressources actuelles

Quelles sont les ressources actuelles de la personne ?

- salaire AAH RMI ASSEDIC Indemn. Formation
 Retraite autre pension Prestations familiales Autres ressources
 sans ressources

13. Quel est le montant mensuel des ressources de la personne (juin 2006) ?

- ≤ 433 € (RMI) entre 433 et 719€ entre 720 et 1078€
 entre 1079 et 1438€ entre 1439 et 1798€ entre 1799 et 2157€

14. Au cours des douze derniers mois, ces ressources ont-elles été :

- permanentes supérieures à 6 mois entre 6 et 3 mois
 entre 3 et 1 mois ≤ à 1 mois

¹ Mode d'habitat : appartement, foyer, maison, hôtel, autres...

² Si vous ne connaissez pas l'arrondissement, partez de la commune, et aidez vous de la carte page 10

³ Type d'emploi : CDD, CDI, pas en situation d'emploi, en recherche d'emploi, emploi aidé, formation...

ENVIRONNEMENT SOCIAL

15. La personne a-t-elle, au cours de douze derniers mois, entretenu des relations avec : (pour chaque ligne, mettez une croix correspondant au choix)

	Oui, fréquemment	Oui, occasionnellement	Oui, rarement	Non	Il n'en a pas
Ses parents					
Ses enfants					
Autres membres de la famille					
Des ami(e)s					
Un(e) conjoint(e) ou compagnon /compagne					
Des voisins ⁴					
Un réseau associatif					

SITUATION MEDICALE ET MEDICO-SOCIALE DE LA PERSONNE

Santé de la personne

16. La personne vous paraît-elle affectée d'une maladie qui compromet actuellement son autonomie ?

OUI NON

17. La personne bénéficie-t-elle, actuellement d'un suivi médical ?

OUI NON

non réponse

Si oui, précisez la spécialité de chacun des médecins

.....

.....

.....

Bénéficie-t-elle d'un suivi psychologique ? OUI NON

Bénéficie-t-elle d'un suivi psychiatrique par une équipe mobile (UMAPP ou RESPIRE) ?

OUI NON

⁴ Voisins : en fonction de la situation d'hébergement, il peut s'agir de voisins de palier, de chambre

18. La personne a-t-elle été hospitalisée dans les douze derniers mois?

En hôpital général OUI NON

En hôpital psychiatrique OUI NON

- Si oui, quelle a été la durée du séjour ?

- de 1 mois

de 3 à 6 mois inclus

de 1 à 2 mois inclus

+ de 7 mois

- A-t-elle fait plusieurs séjours ?

OUI

NON

19. Le vieillissement de la personne, le cas échéant, vous paraît-il compromettre, actuellement, l'autonomie de la personne ?

OUI

NON

SITUATION VIS-A-VIS DU HANDICAP

20. La personne est-elle reconnue « adulte handicapé ⁵ » ?

OUI

NON

21. Si oui, quelle situation de handicap principal vit-elle ? :

(une seule réponse possible)

- Déficience intellectuelle
- Handicap psychique.....
- Handicap du langage et de la parole.....
- Handicap auditif
- Handicap visuel
- Handicap moteur (par exemple, IMC, paraplégie...)
- Handicap viscéral ou métabolique (par exemple, suite à une maladie, ou malformation de naissance)
- Polyhandicap (déficience intellectuelle grave + déficience motrice grave)
- Autre, précisez.....

22. La personne a-t-elle un handicap ou trouble secondaire?

OUI

NON

Si oui, lequel ?

- Retard mental
- Handicap psychique
- Handicap du langage et de la parole
- Handicap auditif
- Handicap visuel
- Handicap moteur (par exemple, paraplégie...).....
- Handicap viscéral ou métabolique (par exemple, suite à une maladie, ou malformation de naissance)
- Aucun handicap associé
- Autre, précisez.....

⁵ Au regard de la loi du 11/02/05, une personne est reconnue handicapée par une décision de la Commission des Droits et de l'Autonomie (ex COTOREP) dans la cadre de la Maison Départementale des Personnes Handicapées

23. A t-elle bénéficié d'une orientation COTOREP ?

OUI NON

Précisez la dernière notification (*plusieurs réponses possibles*) :

- Entreprise adaptée (ex Atelier protégé)⁶
- ESAT(ex CAT)⁷
- Foyer occupationnel⁸(FOA)
- Foyer d'hébergement pour travailleurs handicapés
- Maison d'Accueil Spécialisée (MAS)⁹
- Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) ou Foyer à Double Tarification (FDT)
- Service d'accompagnement
- Milieu Ordinaire
- Une autre orientation, précisez :

24. Cette orientation a-t-elle abouti ?

OUI NON EN COURS

sinon, pourquoi ?

- refus de sa part, précisez pourquoi :
- refus par l'établissement ou l'association gestionnaire, précisez :
- liste d'attente
- autre, précisez :
- a quitté l'établissement Année :

LES ADDICTIONS

25 La personne est-elle concernée par la consommation de produits psycho-actifs ?

OUI NON

Si oui, de quel type ?

- alcool
- tabac
- autres produits psycho-actifs
- médicaments hors prescription
- poly-consommation

Cette consommation vous paraît-elle constituer-t-elle un frein à l'autonomie ?

OUI NON

Cette personne est-elle suivie par un service spécialisé ?

OUI NON

⁶ Les ateliers protégés reçoivent des personnes handicapées (handicap moteur, mental ou sensoriel) qui ne peuvent travailler en milieu ordinaire, tout en ayant des capacités de travail supérieures à celles d'une personne orientée vers un Centre d'Aide par le Travail.

⁷ Les établissements et services d'aide par le travail permettent d'aider à l'insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées (handicap moteur, mental ou sensoriel) qui ne peuvent, momentanément ou durablement, travailler ni en milieu ordinaire, ni en atelier protégé.

⁸ Les foyers occupationnels sont destinés à des personnes handicapées adultes à l'autonomie réduite, ne pouvant pas travailler, mais qui, pour autant, ne nécessitent pas de surveillance et de soins constants.

⁹ Les Maisons d'Accueil Spécialisées, les Foyers d'Accueil Médicalisé et les Foyers à Double Tarification reçoivent des adultes lourdement handicapés sur le plan moteur, mental, sensoriel, et des adultes polyhandicapés, nécessitant surveillance et soins constants.

LES TROUBLES DU COMPORTEMENT

26 Les troubles du comportement constituent-ils un frein à l'autonomie ?

OUI NON

Si oui, lesquels ? Pour chaque ligne, mettez une croix correspondant à votre choix

	Oui Répétitif	Occasionnellement
Perturbations des interactions sociales		
Troubles de la communication verbale		
Retrait isolement		
Troubles du sommeil		
Troubles alimentaires		
Agitation ¹⁰		
Anxiété		
Phobie -troubles obsessionnels compulsifs		
Agressivité		
Tentatives de suicide		
Autres, précisez		

SUIVI SOCIAL

27 Bénéficie-t-elle d'un suivi par un travailleur social extérieur ?

OUI NON

29 La personne bénéficie-t-elle d'une mesure de protection ?

OUI NON

30. Si oui, s'agit-il d'une :

Tutelle Curatelle T.P.S.E.¹¹ P.P.S.F.¹².

Sauvegarde de justice à la demande d'un tiers autre sauvegarde de justice

31. La personne a-t-elle ouvert un dossier de surendettement ?

OUI NON

¹⁰ on indiquera ici, les personnes qui, dans une forme de délire intérieur, soliloquent et interpellent, parfois vivement, les personnes qui se trouvent à leur proximité

¹¹ T.P.S.E. : Tutelle avec prestation sociale enfant

¹² P.P.S.F. : Protection aux prestations sociales et familiales

LES RESTRICTIONS D'ACTIVITES

32. La personne parvient-elle à :

(Pour chaque ligne, mettez une croix correspondant à votre choix)

	Oui seul	oui, avec stimulation	oui avec l'aide d'une tierce personne	non	ne sait pas ou sans objet
S'habiller					
S'alimenter					
Faire sa toilette					
Savoir gérer sa continence					
Se déplacer dans l'institution					
Se déplacer à l'extérieur de l'institution					
Assurer seul les tâches de la vie domestique ¹³					
Gérer son traitement médical (médicaments...)					
Lire					
Ecrire					
Compter					
Communiquer (parler, mener une conversation)					
Maîtriser son temps (ponctualité, rendez-vous)					
Avoir des relations conformes aux règles sociales					
Avoir des relations conformes aux règles institutionnelles(vie collective, règlements)					

¹³ Vie domestique : faire ses courses, préparer ses repas, linge, ménage...

ACTIVITES ET ACCUEIL

33. Pensez-vous que le mode d'hébergement actuel de la personne soit adapté à ses besoins et puisse être proposé à long terme ?

- OUI NON

Si oui, pourquoi ?

Si non, quels changements souhaitables ? (*plusieurs réponses possibles*)

- en terme d'autonomie :
 - dans l'habitat
 - dans la vie sociale
 - dans le cadre institutionnel
- en terme de suivi, accompagnement :
 - psychologique
 - social
- en terme médical
 - facilité d'accès aux soins
 - besoin de surveillance
 - complexité du traitement
- en terme d'activité :
 - travail en milieu ordinaire
 - travail protégé
 - activités occupationnelles
 - activités formatives
 - loisirs et diversité de relations

34. Quel type d'hébergement serait actuellement souhaitable pour la personne ?

- au domicile personnel
- en internat (hébergement continu)
- en internat de semaine ou de quinzaine (retour en famille le week-end)
- en internat quelques jours par semaine
- en internat ponctuellement, lorsque la personne en a besoin
- en famille d'accueil
- en appartement dépendant d'un foyer
- en appartement supervisé (communauté thérapeutique)
- en foyer de jeunes travailleurs
- en maison de retraite
- en maison-relais
- Foyer occupationnel

- Maison d'accueil spécialisée
- Foyer d'accueil médicalisé ou à double tarification
- Foyer d'hébergement pour travailleurs handicapés
- Autres,

précisez.....

35 . Dans cette hypothèse, des services nécessaires à l'autonomie de la personne sont-ils souhaitables ?

- OUI NON

Si oui lesquels ?

- Aides techniques
- Aménagement de logement
- Aide au transport
- Aides humaines
- Hôpital de jour
- Groupe d'entraide mutuelle
- S.A.A.D¹⁴. (Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile)
- S.A.V.S. (Service d'Accompagnement à la Vie Sociale)
- S.A.M.S.A.H.(Service d'Accompagnement Médico-Social pour pers. Adultes Handicapées)
- S.S.I.A.D. (Services de Soins Infirmiers à Domicile).

36 - Parmi ces solutions d'accueil et/ou d'hébergement, lesquelles ont été envisagées (même sommairement) ou mériteraient de l'être ? (mettez oui, non ou ne sait pas, dans les cases concernées)

solutions	ont été envisagées	mériteraient de l'être
domicile personnel		
internat (hébergement continu)		
internat de semaine ou de quinzaine (retour en famille le week-end)		
internat quelques jours par semaine		
internat ponctuellement, lorsque la personne en a besoin		
famille d'accueil		
appartement dépendant d'un foyer		
appartement supervisé (communauté thérapeutique)		
foyer de jeunes travailleurs		
maison de retraite		

¹⁴ Les quatre sigles utilisés ici représentent un ensemble diversifié de services à domicile qui vont de l'aide aux gestes essentiels de la vie quotidienne assurée par des auxiliaires de vie sociale (S.A.A.D.), à des services pluridisciplinaires contribuant à la réalisation du projet de vie (S.A.V.S.), comportant, également des prestations de soins (S.A.M.S.A.H.), ou des services exclusivement infirmiers (S.S.I.A.D.)

en maison-relais		
Foyer occupationnel (FOA)		
Maison d'accueil spécialisée (MAS)		
Foyer d'accueil médicalisé (FAM) ou foyer à double tarification (FDT)		
Foyer d'hébergement pour travailleurs handicapés		

37. Pensez-vous que ces différentes possibilités sont connues des référents de la personne ?

- OUI OUI, mais pas toutes
 NON, trop peu NON, pas du tout

38. Une solution a-t-elle été préconisée, sans qu'elle ne se soit concrétisée ?

- OUI NON EN COURS

Si oui, pourquoi ?

- Liste d'attente
 Eloignement
 Refus de la personne
 Refus de l'établissement
 La personne a quitté l'établissement
 Autres

Précisez :

39. La personne a-t-elle d'autres souhaits concernant son hébergement et ses conditions de vie sociale ?

.....

.....

.....

SON AVENIR

40. La personne exprime-t-elle des souhaits pour les années à venir ?

.....

.....

.....

.....

41. Le cas échéant, la personne exprime-t-elle des souhaits pour sa retraite ?

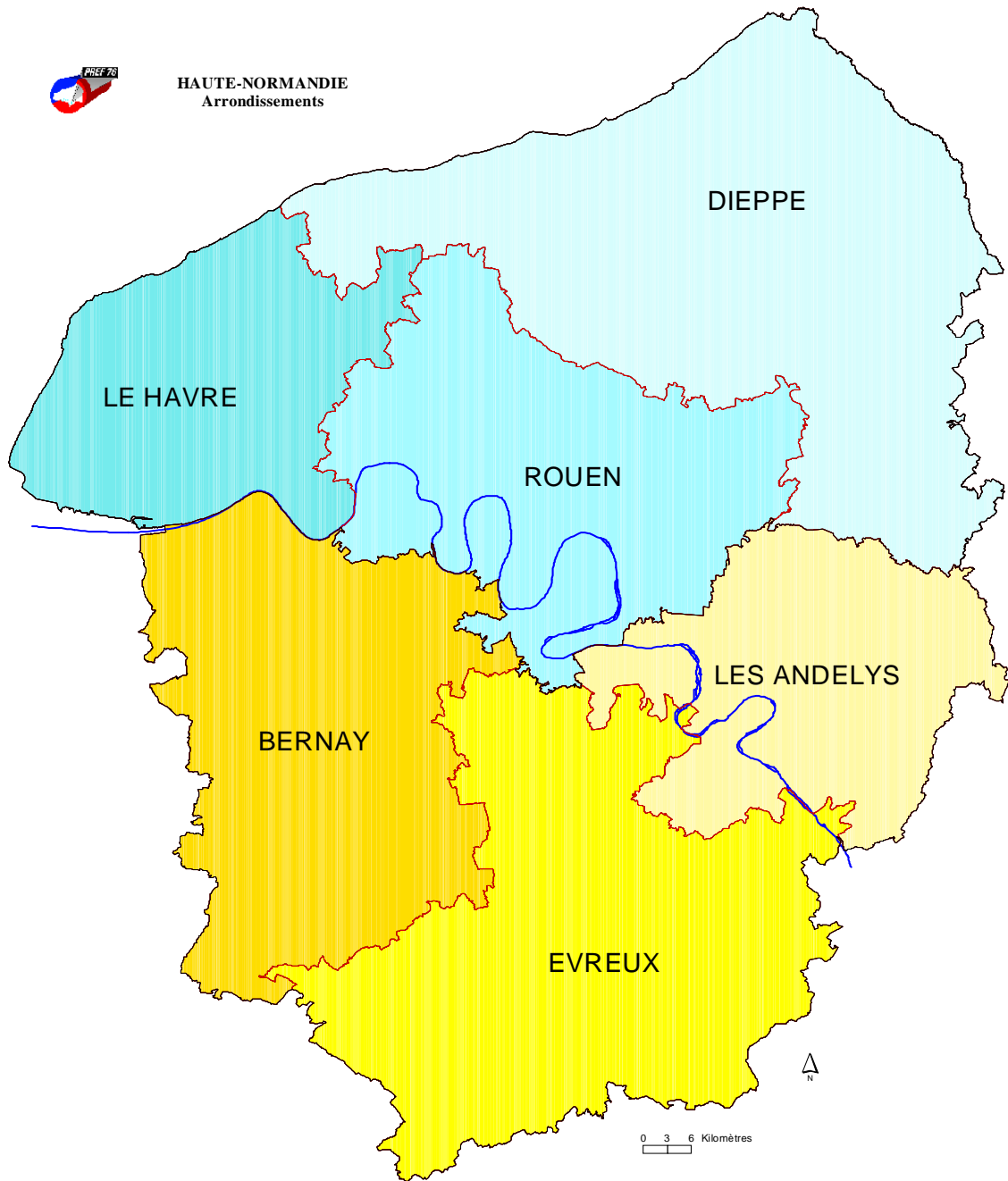
.....
.....
.....
.....

42. Avez-vous des suggestions ou remarques complémentaires ?

.....
.....
.....
.....



HAUTE-NORMANDIE
Arrondissements



IGN - BD Cartho 1999 ©
© Préfecture de la Seine-Maritime - Cartographie
SIRACED-PC - mars 2004

Note explicative à l'attention des accompagnateurs

Pourquoi cette enquête ?

La DRASS et les DDASS de Haute Normandie ont souhaité « *conduire une étude permettant de connaître les besoins d'adaptation des prises en charge des personnes souffrant de pathologies ou de handicaps limitant leur autonomie, accueillies dans les structures d'hébergement* ».

Ces limites d'autonomie sont à entendre dans un sens large comprenant la diversité des souffrances psychiques et des restrictions des capacités physiques limitant l'autonomie et la vie sociale de ces personnes.

Les responsables de ces structures, en effet, interpellent régulièrement les services de l'Etat sur l'offre de prestations, d'habitat et/ou de parcours qui peuvent être proposées à ces personnes.

Cette étude a donc pour ambition d'améliorer les solutions de prise en charge ou de sortie, pour le public le plus en difficulté dans les structures d'hébergement

QUI EST CONCERNE PAR L'ENQUETE ?

Toute personne hébergée au sein de l'établissement (CHRS, Foyer de travailleurs migrants, centres d'accueil d'urgence) au moment de l'enquête et qui souffre d'une pathologie ou d'un handicap physique, psychique ou social rendant difficiles ou problématiques les perspectives d'insertion ou de sortie.

Il peut s'agir de personnes durablement hébergées pour lesquelles l'énoncé « temporaire » pose question comme de personnes présentes depuis peu, mais dont l'accueil de lieux en lieux est problématique.

UNE ENQUETE, COMMENT ?

Le questionnaire qui vous est proposé a été élaboré pour identifier qualitativement et quantitativement les situations-problèmes que vous rencontrez au quotidien. Il a été réalisé avec la collaboration d'un groupe de projet composé des représentants de l'ensemble des intervenants de l'hébergement temporaire.

Il a été conçu pour être rempli avec la personne concernée par le référent qui suit cette personne dans l'établissement. Il convient :

- D'identifier les personnes concernées par l'enquête,
- De prendre, avec chacune, le temps d'un entretien dans le cadre le plus habituel possible des contacts réguliers qui existent avec les accompagnateurs, pour remplir ce questionnaire.

**Le questionnaire n'est pas rendu inexploitable,
lorsqu'une question est restée sans réponse**

Ce questionnaire doit être considéré comme une démarche coopérative « aidants/aidés » pour améliorer la situation globale et accroître, ainsi la satisfaction, aussi bien des personnes accueillies que des professionnels désireux de voir aboutir leurs efforts. Il pré-suppose le climat de confiance qui est celui de la relation accompagnant/accompagné.

La confidentialité est garantie par le CREAI, l'organisme d'étude qui a été retenu pour réaliser ce travail, de la manière suivante :

La liste des personnes enquêtées est établie au sein de chaque établissement, et l'entretien se déroule dans les conditions de confidentialité prévue dans le cadre légal du secteur médico-social.

Les questionnaires sont transmis anonymement par l'établissement au CREAI. Le protocole d'exploitation n'a retenu aucun traitement par établissement : aucune situation singulière ne peut donc être identifiée.

Nous avons apporté à la rédaction de ce questionnaire le plus grand soin avec le groupe de projet. Malgré les tests qui ont été faits, il se peut toujours que des questions fassent difficulté.

Dans cette hypothèse, **il ne faut pas hésiter à contacter Joël ANNE au CREAI (02 31 75 15 20) ou info@creai-normandie.asso.fr**

Date limite de retour des questionnaires : 30 novembre 2006

A l'adresse Du CREAI :

19, rue du Général Moulin
BP 6094
14063 CAEN cedex 4

LES SUITES DE CETTE ENQUETE

Le résultat de ce travail va alimenter la réflexion collective du groupe de projet (dont les membres peuvent être portés à votre connaissance) afin d'imaginer et de préconiser les solutions les plus pertinentes qui auront vocation à figurer dans les priorités régionales (santé publique, organisation sanitaire, schémas départementaux ou régionaux).

Merci de votre collaboration

MEMBRES DU GROUPE PROJET

titre	nom	adresse	
Monsieur	Philippe DANMEVILLE	74 avenue du Maréchal Foch 27000 EVREUX	aurore.asso@wanadoo.fr
Madame	Christelle GOUJON	DDASS de l'Eure 31 rue Malouet 76000 ROUEN	christelle.gougeon@sante.gouv.fr
Monsieur	Mostava MERCHI	DDASS 76 37 rue Malouet 76000 ROUEN	mosta.merchi@sante.gouv.fr
Monsieur	DUBOIS	Centre Hospitalier de nuit 20 rue Joyeuse 76000 ROUEN	ohn.uras@wanadoo.fr
Madame	Emeline BROCHARD	APF Délégué Départemental La Garenne de Melleville BP 3229 27032 EVREUX CEDEX	emelinebrochard@hotmail.fr
Monsieur	LE GAL	CHU Hôpital Charles Nicole Service social 1 rue de Germont 76031 ROUEN CEDEX 02.32.88.82.56	Patrick.le-gal@chu-rouen.fr
Madame	GALOPIN	AFTAM Rue Octave Fouquet 76350 OISSEL	galopin@aftam.asso.fr
Docteur	Alain GOUIFFES	Centre Hospitalier de Rouvray 4 Rue Paul 76300 SOTTEVILLE LES ROUENS	chlerouvray.umap@wanadoo.fr
Madame	Rachel LAUNAY	18 BD Georges Chauvin 27023 EVREUX CEDEX	Rachel.LAUNAY@sante.gouv.fr
Docteur	Carole GARCES	18 BD Georges Chauvin 27023 EVREUX	Carole.garces@cg27.fr
Madame	MISERAY	Aide et Secours d'Urgence 27400 La Haye Malherbe	m.lmiseray.chrs@wanadoo.fr

Docteur	CZERNICHOW	CHU de ROUEN 1, rue Germont 76031 ROUEN CEDEX	Pierre.Czernichow@chu-rouen
Monsieur	Didier BIMONT	Centre d'accueil d'urgence VAUBAN 76200 DIEPPE	Didierbimont.onm@tiscali.fr
Monsieur	Léonard NZITUNGA	FNARS 82 rue Pierre Sénard 27000 EVREUX	abri.asso@wanadoo.fr
Monsieur	Arnaud LAURANS	Département de Seine Maritime 27 rue du 74 ^{ème} Régiment d'infanterie 76100 ROUEN	arnaud.laurans@cg76.fr
Madame	Sylvie LEPICHARD	CCAS Mairie de Dieppe Parc Jehan Ango 76200 DIEPPE	
Madame	Claudine QUESNEL	Mairie de Dieppe Service Logement Parc Jehau Ango BP 226 76203 DIEPPE CEDEX	

CREAI - Etude Inadaptations des prestations santé dans l'hébergement temporaire – JANVIER 2007

**Repérage des problèmes
concernant la santé dans les foyers de travailleurs migrants**

Cette fiche de questions a été validée par les directions départementales des foyers de travailleurs migrants de Haute-Normandie réunies le 22 janvier à OISSEL, à l'initiative du CREAI et avec la collaboration de la DDASS.. Elle a été conçue pour être renseignée par chaque foyer, avec les données dont ils disposent déjà, sans avoir de recherche à faire : les informations concernant la santé n'exigent pas d'investigation, mais de dénombrer, à partir des situations individuelles connues des gestionnaires les problèmes de santé qui obèrent l'autonomie des résidents, et provoquent une gêne dans le fonctionnement normal de la résidence. Il s'agit, pour chaque question de donner le nombre actuel de gens concernés.

1 - L'âge des résidents (nombre par classe d'âge)

<25 ans	26 à35	36 à 45	46 à 55	56 à 60	61 à 65	66 à 70	>70ans	TOTAL

2 - LA DUREE DE SEJOUR DANS LA RESIDENCE (NOMBRE PAR TRANCHE DE DUREE)

0 à 6 mois	6 à 1mois	1 à 2 ans	2 à 5 ans	5 à 10 ans	> 10 ans	TOTAL

3 - Le statut de résidents :

Nombre de travailleurs migrants	Nombre total de résidents

N.B . les travailleurs migrants peuvent être actifs, inactifs ou retraités

4 - Le suivi social :

- suivi social renforcé (combien , à votre connaissance, doivent bénéficier d'une aide administrative renforcée pour l'accès aux droits)

- mesures de protection, tutelle... ?

- Surendettement ?

5 - Les situations de Handicap reconnu :

6 - Les troubles du comportement (perturbations sociales, agressivité phobies, anxiété grave occasionnant des troubles)

7 - Les situations de maladies psychiatriques :
-avez-vous un repérage ?

8 - Les maladies invalidantes :

9 - L'hospitalisation et ses suites

10 - Les addictions lorsqu'elles réduisent l'autonomie :

OUTIL INVENTAIRE TERRITORIAL

1 – les structures sanitaires

Structure	Texte officiel	Type d'hébergement	Objectif de la structure	Population accueillie	personnels	Territoire concerné ¹⁵		
						Existants	Programmés	souhaitables
Accueil familial thérapeutique	Secteur psychiatrique Loi n° 89-475 du 10 juillet 1989 Arrêté du 1 ^{er} octobre 1990 Note d'orientation DH/JB n°91-72 du 27 décembre 1991	L'hôpital est employeur de la famille. Placements intermettent temporaires ou permanents		Personnes souffrant de troubles mentaux susceptibles de tirer bénéfice d'une prise en charge dans un milieu familial substitutif stable (restauration des capacités relationnelles et d'autonomie)				
Appartements Thérapeutiques	Secteur psychiatrique	Temporaire	Favoriser la réadaptation du malade et faciliter sa réinsertion : il peut être un palier avant la sortie du malade ou un transition vers une structure médico-sociale ou sociale.		Equipes de soins psychiatriques			
Foyer de post-cure	Secteur psychiatrique	Unités de moyen séjours destinés à assurer après la phase aiguë de la maladie, le prolongement des soins actifs.	Réinsertion sociale et retour à l'autonomie.		Equipe soignante du secteur.			
Appartements associatifs du secteur		Mode d'hébergement thérapeutique ; le	Autonomisation des patients (achats, cuisine, propreté...)	Etats psychotiques chroniques stabilisés. Pas de	Equipe soignante du secteur : référents			

¹⁵ Rouen, le Havre, Dieppe, Evreux, Bernay, les Andelys

psychiatrique		plus souvent : appartement ordinaire avec plusieurs chambres individuelles ; mode de semi communauté.		trouble du comportement trop bruyants.	occasionnels.			
---------------	--	---	--	--	---------------	--	--	--

2 – Les structures médico-sociales

Lits halte soins santé	Circulaire DGS/SD1A/2006/4 7 du 7 février 2006. Cahier des charges en annexe.	Temporaire <2 mois	Structure <30 lits soins médicaux et paramédicaux, suivi thérapeutique, accompagnement social, prestations d'animation et d'éducation sanitaire non dédiée à une pathologie donnée.	Personnes sans domicile dont la pathologie ou état général somatique et/ou psychique ne nécessite pas une prise en charge hospitalière ou médico-sociale spécialisée (personnes handicapées, personnes âgées).	Equipe pluridisciplinaire dont obligatoirement au moins un médecin et une infirmière, personne salariée ou intervenants extérieurs sanitaires et sociaux mis à disposition ou de professionnels libéraux rémunérés par la structure			
Appartements de coordination thérapeutique	Décret n°2002-1227 du 3 octobre 2002. Circulaire DGS/DGAS/DSS/2002/551 du 30 octobre 2002.	temporaire	Coordination des soins, aide à l'observance thérapeutique, ouverture des droits sociaux, soutien psychologique, aide à l'insertion sociale.	Missions élargie aux personnes en situation de fragilité psychologique et sociale nécessitant des soins et un suivi médical.	Equipe pluridisciplinaire dont un médecin comme coordinateur médical.			
Foyer de vie(orientation : maison départementale des handicapés, MDPH)	Décrets n°77-1547 et 1548 du 31 déc. 1977. Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 Guide méthodologique de création de	définitif	Activités de détente et de développement personnel.	Personnes qui ne sont pas en mesure de travailler ne disposent pas d'une autonomie suffisante pour accomplir les actes				

	structures sociales ou médico-sociales par un établissement de santé, mai 2000.			de la vie quotidienne, ne nécessitant pas de surveillance ni de soins constants.				
Foyer d'accueil médicalisés (FAM) (orientation MDPH)	Circulaire n°86-6 d 14 février 1986. Circulaires d'extension du programme Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 Guide méthodologique de création de structures sociales ou médico-sociales par un établissement de santé, mai 2000 (MNASM)	définitif		Personnes nécessitant une surveillance médicale et des soins constants, on besoin de l'assistance au moins partielle d'une tierce personne pour la plupart des actes essentiels de la vie.				
Maison d'accueil spécialisées (MAS) (orientation MDPH)	Décret n° 78-1211 du 26 déc. 1978. Circulaire n°62/AS du 28 décembre 1978. Instruction n°403 du 28 déc 1990. Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 Guide méthodologique de création de structures sociales ou médico-sociales par un établissement de santé, mai 2000 (MNASM)	définitif	Hébergement, soins médicaux et paramédicaux, aide à la vie courante et soins d'entretien, activités sociales	Personnes présentant des troubles psychiques déficitaires dans les troubles comportementaux sont stabilisés mais ayant soit une perte d'autonomie pour les gestes de la vie quotidienne soit nécessitant une surveillance médicale et des soins constants.				
Foyer d'hébergement pour travailleurs handicapés (orientation MDPH)	Loi n°86-17 du 6 janv. 1986 Décrets n°77-1547 et 1548 du 31 déc. 1977. Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002	Accueillent enfin de journée ou en fin de semaine les travailleurs handicapés		Personnes travaillant dans un ESAT, en général plus autonomes que celles hébergées en foyers de vie.				

3 – Les structures sociales

Structure	Texte officiel	Type d'hébergement	Objectif de la structure	Population accueillie	personnels	Territoire concerné ¹⁶		
						Existants	Programmés	souhaitables
Centre d'hébergement d'urgence et nuitées d'hôtel	Charte de qualité DAES sept. 2005 pour l'hébergement en hôtel	Temporaires en 18h à 8h du matin minimum Hébergement gratuit	Voir dossier site du ministère : accueil, hébergement, insertion : référentiel national mars 2005 et rapport Fleurieu août 2006 accueil et écoute ; orientation vers un dispositif d'accompagnement social.	Sans abri, adultes ayant perdu leurs repères				
CHRS (Centre d'Hébergement et de réinsertion sociale)	Code de l'action sociale et de la famille : Article L313-1 à 313-8 Article L345-1 à 345-7 Décret 2003-1135 du 26 nov 2003 Loi 2002-2 du 2.01.02	Orientation par un dispositif de veille sociale temporaire < 6 mois	Voir dossier site du ministère : accueil, hébergement, insertion : référentiel national mars 2005 et rapport Fleurieu août 2006 aider les personnes à l'accession et au recouvrement de leur autonomie personnelles et sociale.	Personnes et familles qui connaissent de graves difficultés, notamment économique, familiales, de logement, de santé ou d'insertion	Qualification des travailleurs et des équipes pluridisciplinaires sont mentionnées dans la convention avec l'Etat.			
Maison relais ; résidence accueil	Circulaire DGAS/SDA/2002/5 95 du 10 déc 2002 circulaire 2006-13 UHC/IUH2 du 1 ^{er} mars 2006. Note d'information et cahier des charges DGAS/PIA/PHAN 2006/523 Du 16 nov 2005 Cahier des charges en annexe	Structure de taille réduite avec plusieurs modules regroupant des appartements autour d'un espace commun. Articulation autour de trois volets : - logement assorti de la présence d'un hôte ; - accompagnement à la vie sociale (SAVS,		Voir cahier des charges : personnes fragilisées ou handicapées par des troubles psychiques dont l'état leur permet de bénéficier des règles de la vie semi-collective.				

¹⁶ Rouen, le Havre, Dieppe, Evreux, Bernay, les Andelys

		SAMSAH) ; - service de santé dont les services de psychiatrie						
Hébergement de stabilisation	En expérimentation à Maison Blanche et Perray-Vaucluse (Ile-de-France)	Evaluation et cahier des charges élaborés par la DRASSIF		Personnes isolées ou en couple très désocialisées, à la rue				

4 – les autres modalités d'hébergement

Structure	Texte officiel	Type d'hébergement	Objectif de la structure	Population accueillie	personnels	Territoire concerné ¹⁷		
						Existants	Programmés	souhaitables
Accueil familial social	Note d'information DGAS/2C/2005/283 du 15 juin 2005 relatif à l'accueil par les particuliers, à leur domicile et à titre onéreux, de personnes âgées ou handicapées ; reprend tous les textes de référence.	Accueil par des particuliers à leur domicile, à titre onéreux, de personnes âgées ou de personnes handicapées adultes, agrément donné par le CG.	Sont exclus les personnes relevant d'une prise en charge par des établissements ou services recevant des personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie et dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants.	Personnes ne désirant plus ou ne pouvant plus demeurer à leur domicile du fait de leur perte d'autonomie ou de leur handicap	Pas de personnel spécifique.			
Appartements associatifs	Garantie des communes auprès des bailleurs publics ou privés au bénéfice des associations agréées.	Appartements gérés par une association soit en location directe si l'association est propriétaire, soit en sous-location ; possibilité de baux glissants.		Personnes autonomes	Pas de personnel spécifique.			

¹⁷ Rouen, le Havre, Dieppe, Evreux, Bernay, les Andelys

Familles gouvernantes	Les personnes handicapées sont co-locataires de l'appartement et co-employeurs d'une auxiliaire de vie qui réside dans un appartement mitoyen.		Soins assurés par professionnels du secteur (libéraux ou service de psychiatrie)	Majeur placés sous un régime de protection juridique (UDAF). Patients incapables de vivre seuls et ne nécessitant pas une prise en charge hospitalière.	La gouvernante assure l'accompagnement dans le logement, le suivi des soins, la restauration, l'hygiène, les loisirs et vacances.			
Résidence sociales : logement sociale semi collectif : logement foyers conventionnés à l'APL (aide personnalisée au logement) dont foyer travailleurs migrants, foyers jeunes travailleurs.	Circulaire n°95-33 du 19 avril 1995. Circulaire n°96-753 du 17 déc 1996. DGAS/PIA/2000-452 du 31 Août 2000.	Temporaire Les personnes sont le statut de résident, mais ils acquittent chaque mois une redevance comportant un équivalent de loyer, de charges locatives et de rémunération pour les prestations fournies.	Aide à l'insertion vers un logement autonome. Accompagnement social.	L'article 2 de la convention APL définit les personnes à accueillir, personnes et familles en difficulté, travailleurs migrants, jeunes travailleurs, ménages ayant besoin d'un habitat provisoire ou d'un logement meublé.				
Logement social (HLM)				Personnes autonomes				
Logement de droit commun				Personnes autonomes				

A.I.V.S. Agence immobilières à vocation sociale

5 – Soutien ou intervention

Structure	Texte officiel	Type d'hébergement	Objectifs de la structure	Population accueillie	personnels	Territoire concerné ¹		
						Existants	Programmés	souhaitables
Equipes psy-précarité	Circulaire DHOS/02/DGS/6C / DGAS/1A/1B/521 Du 23 nov 2005 Cahier des charges en annexe		Aller au-devant des publics ciblés quel que soit le lieu où ils sont repérés. Assurer une fonction d'interface entre les secteurs de psychiatrie et équipe sociales. Soutenir et former des intervenants sociaux.	Personnes en situation de précarité et d'exclusion d'elles-mêmes.	Equipes mobile spécialisées en psychiatrie avec un temps de cadre infirmier, des infirmiers, des psychologues, un secrétariat.			
SAVS (service d'accompagnement à la vie sociale) (orientation : MDPH)	Loi 2002-2 du 2 janvier 2002. Décret n°2005-223 du 11 mars 2005		Assistance ou accompagnement pour tout ou partie des actes essentiels de la vie, accompagnement social en milieu ouvert et apprentissage à l'autonomie.	Adultes handicapés dont les travailleurs handicapés	Equipe pluridisciplinaire : AS, auxiliaire de vie, AMP, psychologues, conseillers en économie sociale et familiale, éducateurs spécialisés, moniteurs éducateurs, chargés d'insertion.			
SAMSAH (service d'accompagnement médico-social pour les adultes handicapés) (orientation : MDPH)	Loi 2002-2 du 2 janvier 2002. Décret n°2005-223 du 11 mars 2005		Prestation d'un SAVS + soins réguliers et coordonnés accompagnement médical et paramédical en milieu ouvert.	Adultes handicapés	Equipe pluridisciplinaire du SAVS + des auxiliaires médicaux, des aides-soignants, dans tous les cas un médecin.			
Groupe d'entraide	Loi n°2005-102 du 11 février 2005. Circulaire DGAS/PHAN/3B/2		Lieux conviviaux où des personnes peuvent se retrouver, s'entraider, organiser ensemble des	Personnes qu'une altération de santé met en difficulté d'insertion sociale				

¹ Rouen, le Havre, Dieppe, Evreux, Bernay, les Andelys

	005/418 Du 29 août 2005 ; Annexe 1 : cahier des charges association d'usagers ou de familles ; association ou organisme oeuvrant dans le champ de la santé mentale ou du handicap, établissement de santé mentale.		activités.	et que des troubles psychiatrique mettent en situation de fragilité.				
C.L.I.C. (Centre local d'information et de coordination)	Loi 20 juillet 2001	<u>3 niveaux possibles</u> 1. informer, et orienter les acteurs 2. évaluer les besoins élaborer les plans d'aide 3. assurer le suivi		Personnes Agées Dépendantes	Personnes d'accueil et de coordination et professionnels sociaux			

