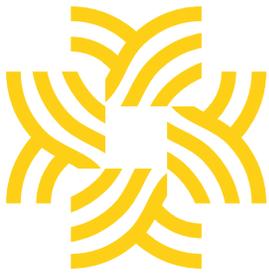




LIVRET

DISPOSITIFS LOGEMENT

Présentation des dispositifs régionaux financés
dans le cadre de l'appel à manifestation
d'intérêt "*Accompagnement de projets
permettant la sortie de personnes
hospitalisées au long cours en psychiatrie*" du
10 février 2020



SOMMAIRE

3

Introduction

5

Enseignements

8

Limites

9

Les 8 projets

10

Fiches de présentation

42

Notes

43

Conclusion



INTRODUCTION

Publié en 2020 par l'ARS des Pays de la Loire, un appel à manifestation d'intérêt (AMI) vise l'accompagnement de projets permettant la sortie de personnes hospitalisées au long cours en psychiatrie.

Trois objectifs sont ciblés :

- Réduire le nombre actuel d'hospitalisation au long cours en psychiatrie, mais aussi prévenir de nouvelles hospitalisations au long cours

- Favoriser, lorsque cela est possible, la sortie des résidents des établissements médico-sociaux vers des réponses plus inclusives et fluidifier, quand cela répond à leur besoin, l'accueil de nouvelles personnes dans ces établissements, dont celles en situation de handicap psychique

- Favoriser la prise en charge et l'accompagnement en milieu ordinaire, dans le cadre d'un projet d'accompagnement global, avec un renforcement des liens entre sanitaire, médico-social et social.

Parmi les 14 projets retenus, 8 portent plus spécifiquement sur l'accès au logement. Ils s'appuient sur la création de dispositifs partenariaux associant les composantes sanitaires, médico-sociales et sociales. Ils sont ainsi co-portés par les acteurs de ces trois champs pour permettre l'accès et le maintien à un logement accompagné.

- GEIST/CHL/CHHA : Dispositif d'accès et de maintien dans le logement **Essai** (53)
- EPSM Daumézou/Trajet : Accompagnement dans le logement **Trois pour vous** (44)
- CHU Nantes/Trajet : Appart de vie **HAVRE** (44)
- CH Saint Nazaire : extension **SILAPSY** et **EMAS** (44)
- CH Epsylan/Les Eaux Vives EMMAÜS : **PsyHabitat** (44)
- UDAF 49/CESAME/UNAFAM/ALH : Dispositif **Ecluse** (49)
- CH Cholet/Cités CARITAS - Cité La Gautrèche: **Passerelle vers un chez soi** (49)
- EPSM Mazurelle/CHLVO : Equipe mobile soutien accès et maintien dans le logement **EMASH** (85)



Ces projets font l'objet d'un financement par l'ARS des PdL sur le fond d'intervention régional pour une durée prévisionnelle d'expérimentation de 3 ans.

L'enjeu régional sera de poursuivre ces projets dès lors que leur pertinence et leur faisabilité auront été avérées et qu'ils pourront être financés durablement.

En 2021, le CReHPsy PL a été missionné par l'ARS pour apporter un soutien aux acteurs porteurs des 8 projets, avec les objectifs suivants :

- L'animation des acteurs pour un accompagnement de la mise en œuvre des projets, en fonction de la maturité des projets, des besoins et attentes,
- L'identification des points forts, points de blocage mais aussi des conditions de réussite, préalables à la pérennisation dans le droit commun et à l'élargissement à de nouveaux projets de ce type dans la région,
- La contribution à l'évaluation de l'AMI et à la diffusion des outils et pratiques auprès de l'ensemble des acteurs de la région

Ce livret a pour objet de :

- Faire connaître les 8 expérimentations régionales,
- Témoigner des enseignements et limites de ces expérimentations
- Apporter une contribution à la réflexion sur de nouvelles modalités d'accompagnement inclusif pour les personnes en situation de handicap psychique

ENSEIGNEMENTS



Les différents porteurs des dispositifs financés au titre de cet AMI identifient les points suivants comme facteurs clefs des réussites observées dans les parcours de personnes hospitalisées au long cours dans des projets de vie en dehors de l'hôpital :

L'APPROCHE DECLOISONNÉE

Elle est au cœur de nos dispositifs, forts de la conviction que c'est bien dans la conjonction de nos expertises (sanitaires, sociales et médicosociales) que nous parviendrons à accompagner efficacement les personnes concernées. Ce décloisonnement nécessite une reconnaissance et une acculturation réciproques qui demande un peu de temps. La spécificité du regard clinique prend en compte la symptomatologie et les risques encourus. Le regard médicosocial met l'accent sur la prise d'initiative et l'autodétermination des personnes et le regard social permet la mobilisation d'un ensemble de ressources et de supports disponibles localement en dehors du soin. Chacune de ces spécificités se répondent et se comprennent dans l'intérêt des personnes. Chacune dispose d'outils et de savoirs faire relationnels qui sont nécessaires et complémentaires. Ce décloisonnement est primordial dans la dynamique des parcours des personnes où la réalité d'une situation dans un environnement donné ne définit pas le champ des possibles. Chaque personne dispose de ressources à révéler.

Concrètement, le décloisonnement s'est mis en place par la multiplication des temps d'échange autour de situations données et même par la constitution d'équipes mixtes mêlant des profils métiers différents et même des structures employeuses différentes pour faire vivre le débat et la diversité des regards

RECHERCHE DE L'AUTONOMIE DU QUOTIDIEN

La recherche de l'autonomie au quotidien dans le cadre défini par la personne est l'élément qui rassemble l'ensemble des dispositifs au-delà des leurs différences. La réduction de la place du projet de soin dans le projet de vie des personnes est recherchée.

L'APPROCHE PERSONNALISÉE

L'approche personnalisée du parcours d'accompagnement mis en place est également soulignée par tous les opérateurs. A chaque personne, sa solution unique de logement, de gestion de sa vie sociale ou de ses liens avec le soin. Le caractère unique de chaque solution mise en place implique une connaissance fine de chaque personne qui nécessite du temps pour qu'une relation de confiance se mette en place. Une grande diversité de parcours a été accompagnée en s'appuyant sur les ressources existantes : logement autonome, en diffus ou regroupé, maison partagée, foyers de jeunes ou de vie, EHPAD, logement inclusif, foyers d'accueil médicalisés, pensions de familles, résidence accueil, etc...

L'enjeu est d'organiser la rencontre entre le parcours d'une personne avec la solution d'hébergement idoine pour elle et cela passe par la multiplication des expérimentations sur les différents supports. En ce sens, les parcours de sortie d'hospitalisation ne sont pas prédéterminés par les supports à mobiliser et leur temporalité respective.

UNE ÉQUIPE SPÉCIFIQUE

La constitution d'une équipe spécifique, dédiée aux projets de sortie est considérée comme une bonne pratique. En effet, les professionnels mobilisés ne sont pas pris dans les enjeux relationnels de la vie de la personne au sein du service, ils arrivent avec un regard extérieur. C'est un des éléments qui explique des redynamisations de parcours pour des personnes pour lesquelles beaucoup de choses avaient été initiées avec des échecs et qui progressivement ont été oubliées, du fait de l'installation d'une certaine lassitude.



L'ANCRAGE DANS LE RÉSEAU TERRITORIAL

Egalement décisif pour la réussite des projets qui ont pu s'appuyer sur la notoriété des opérateurs auprès des partenaires locaux. Au niveau des bailleurs sociaux d'abord qui ont permis la mobilisation de logements dans le cadre des projets, mais également au niveau des acteurs médicosociaux et sociaux dans les relais d'accompagnement à mettre en place.

L'ENGAGEMENT DES CENTRES HOSPITALIERS

L'engagement des centres hospitaliers dans la dynamique des parcours des patients est un autre élément saillant dans les constats des opérateurs.

Leur engagement à accepter des réhospitalisations le cas échéant a été essentiel pour les personnes et les équipes mobilisées en contribuant à leur réassurance respective.

Les allers-retours ont été rendus possibles permettant une réduction progressive des durées d'hospitalisations et la prise de repères, progressive également, pour les personnes dans une vie en dehors de l'univers hospitalier. Des crises d'angoisses majeures et des réapparitions de symptômes ont ainsi pu être évitées.

Cet engagement s'est également révélé dans les relais qui ont été mis en place en ambulatoire auprès des CMP, des équipes de suivi intensif à domicile, des hôpitaux de jour, des appartements relais, des unités de réhabilitation psychosociales ou encore des CATTP. Les CH ont donc pleinement joué leur rôle en mobilisant en soutien aux parcours l'ensemble de la palette des services mobilisables

LA CONTINUITÉ DE SERVICE

L'organisation d'une continuité de service sur l'année avec quelques fois un système d'astreinte 24/24 est également considérée comme une bonne pratique par les opérateurs.

Grâce à tous ces éléments, des résultats très intéressants ont été obtenus par les différents services financés au titre de l'AMI.



LIMITES

Pour autant, certains points ont constitué des points de blocage importants dans le parcours de sortie d'hospitalisation :

LE MANQUE DE PLACE D'AVANT

Le manque de places dans **les structures médicosociales** et notamment les structures offrant de **l'hébergement** a été souligné sur tous les départements. Même si des alternatives aux structures collectives ont pu être identifiées pour certaines personnes, force est de constater que pour d'autres, ces structures sont l'unique solution.



LES PLACES EN HABITAT INCLUSIF ET PENSION DE FAMILLE

Le faible déploiement de l'offre en habitat inclusif et pensions de famille/résidences acc sur toute la région a également été souligné par les parties. Ces solutions restent marginales alors qu'elles répondent en grande partie aux attentes des personnes bloquées à l'hôpital : sécurisation du quotidien, aide à la stimulation, socialisation.



L'ACCOMPAGNEMENT DES ADDICTIONS

Pour certaines personnes, cette question a également posé des difficultés aux équipes d'accompagnement. Lorsque ces addictions prennent trop de place et impactent à chaque instant les facultés de discernement des personnes, nous manquons de supports pour stabiliser les personnes.



LES PROJETS



Parmi les 14 projets retenus, 8 portent plus spécifiquement sur l'accès au logement. Ils s'appuient sur la création de dispositifs partenariaux associant les composantes sanitaires, médico-sociales et sociales. Ils sont ainsi co-portés par les acteurs de ces trois champs pour permettre l'accès et le maintien à un logement accompagné.



GEIST/CHL/CHHA : Dispositif d'accès et de maintien dans le logement **ESSAI**



EPSM Daumézon/Trajet : Accompagnement dans le logement **Trois pour vous**



CHU Nantes/Trajet : Appartements de vie **HAVRE**



CH Saint Nazaire : extension **SILAPSY** et **EMAS**



CH Epsylan/Les Eaux Vives EMMAÜS : **Psy Habitat**



UDAF 49/CESAME/UNAFAM/ALH : Dispositif **Ecluse**



CH Cholet/Cités CARITAS - Cité La Gautrèche: **Passerelle vers un chez soi**



EPSM Mazurelle/CHLVO : Equipe mobile soutien accès et maintien dans le logement **EMASH**

ESSAI

EQUIPE DE SOUTIEN À LA SORTIE, À L'ADAPTATION ET À L'INCLUSION



Porteurs

GEIST Mayenne
CH Laval – Services de
psychiatrie
CH Haut-Anjou – Pôle
santé mentale

Partenaires

EnoSia
Adapei
Belle Ouvrage
MDA

Equipe

IDE : 4.1 ETP dont 2.5 pour
les CH
Ergothérapeute : 0.5 ETP
pour CH Laval
ES/CESF : 3.9 ETP
AS : 0.4 ETP
MSP : 0.5 ETP

Données chiffrées

40 personnes
accompagnées,
4 ans d'hospitalisation en
continu en moyenne
25 sorties de l'hôpital à ce
jour

CONSTRUCTION DU PROJET

Trois secteurs de psychiatrie mayennais (sur 4) à travers 2 hôpitaux se sont mobilisés pour répondre à l'enjeu des personnes hospitalisées en psychiatrie de manière inadéquate. Un groupe de travail a été mis en place pour élaborer le projet ESSAI réunissant des acteurs des 3 champs : social, médicosocial et sanitaire.

L'enjeu du décloisonnement des services est apparu comme crucial pour accompagner des sorties qui nécessitaient du temps, de l'inventivité et une multitude de supports pour trouver la solution idoine et personnalisée. A chaque personne, sa solution unique de logement, de gestion de sa vie sociale et de ses liens avec le soin.

Le projet ESSAI repose sur la constitution d'une équipe mixte, dédiée qui intervient durant l'hospitalisation, dans l'élaboration du projet de sortie à travers des expérimentations et qui se maintient à la sortie en appui aux personnes et aux structures qui accueillent. Ce service dispose également de 8 appartements d'essai et d'un réseau partenarial mobilisé.

SITUATION EMBLÉMATIQUE

Kilian 1/2

Kilian est originaire de la Mayenne. Cadet d'une fratrie de 9 enfants, a été placé en famille d'accueil quelques mois après sa naissance. Multiples hospitalisations en pédopsychiatrie et psychiatrie adulte jusqu'à ses 18 ans avec, en toile de fond une famille d'accueil soutenante et présente malgré la présence de troubles du comportement et de manifestations d'hétéro-agressivité de sa part. Entre ses 18 et ses 20 ans, a vécu en foyer de vie mais cette expérience n'a pas été concluante. Un accueil familial social a également été tenté, en vain. Hospitalisé à temps plein en psychiatrie depuis février 2019.

Début de l'accompagnement ESSAI en Juillet 2021, les acteurs du soin nommaient que la situation de K. ne relevait plus de l'hospitalisation et que c'est bien par défaut de solution qu'il était contraint d'y séjourner. Cette hospitalisation prolongée alimentait une détérioration de son état psychique. Au début de l'accompagnement coporté par ESSAI et l'unité d'hospitalisation, le comportement de K. nécessitait des mises sous contentions régulièrement avec des troubles du comportement et de la violence. Ce contexte s'est considérablement réduit avec la mise en mouvement, d'activités hors murs d'unité d'hospitalisation, des perspectives de projet autour et pour K. A sa demande, un essai progressif en appartement autonome a été mené sur 10 mois avec la mobilisation étroite de sa curatrice, des services d'aide, d'infirmiers à domicile et des équipes du soins.

“ ———
Ce dispositif m'a permis de me relever comme une béquille



“ ———
S'il n'y avait pas ESSAI, il n'y aurait que l'hôpital, ça serait ennuyant. Il n'y aurait pas autant d'activités. On m'aide à intégrer un foyer.



SITUATION EMBLÉMATIQUE

Kilian 2/2

Kilian séjournait 6 jours sur 7 dans son logement puis finalement, compte tenu de la dégradation de sa situation, une ré-hospitalisation complète a été décidée. Cette expérience a permis à Kilian d'acter et de reconnaître ses besoins quotidiens concernant divers aspects, de solliciter des supports occupationnels pour gérer son temps libre et médiatiser ses relations et sa communication.

Le logement autonome n'est pas adapté pour lui et il souhaite vivre en collectivité ; projet Foyer de Vie. En 2023, recherche de stage et d'un possible accueil en Foyer de Vie en Mayenne ; délai trop long, pas de perspectives. La temporalité en hospitalisation complète de K. est délétère. En concertation avec le soin, K. et sa curatrice prise de contact avec un Foyer de Vie en Belgique. Une visite a été organisée en mai 2023 puis un stage a eu lieu fin 2023. A son retour, K. nommait son souhait d'être admis au sein de cette structure car elle répond à ses besoins. Sortie définitive de l'unité d'hospitalisation le 21 mai 2024. Maintien de l'accompagnement ESSAI malgré la distance géographique, appels téléphoniques, en visio et visite sur place.

Cette situation est emblématique non pas sur la solution trouvée (un seul départ hors département) mais sur les aller retour, la recherche permanente de nouvelles solutions et l'implication constante de la personne accompagnée à chaque étape

Un accompagnement soutenu et régulier, un hébergement décent et sécurisé. Un maintien relationnel avec les différentes intervenantes, un retour vers un équilibre physique et psychique.

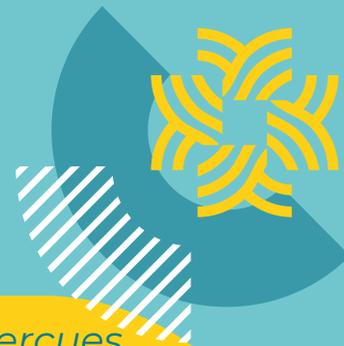


Ce dispositif est très bien pour une sortie d'hospitalisation, très bon accompagnement, bien suivie. Grâce à eux, j'ai repris confiance en moi et aussi maintenant je travaille en ESAT

”

“

PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS



Le service expérimental ESSAI a permis à des sorties perçues comme compliquées voire impossibles de se réaliser. Cette équipe dédiée a permis une redynamisation de ces projets et une mobilisation des acteurs sanitaires et sociaux pour les concrétiser.

Ce service a surtout permis un décloisonnement manifeste et une acculturation réciproque entre des équipes qui n'ont pas les mêmes cultures de travail ou de l'accompagnement. C'est cette collaboration autour du projet des personnes qui a permis d'obtenir des résultats significatifs.

Le partenariat avec la MDA a été facilitant pour émettre une grande diversité d'orientations quelque fois contradictoires entre elles pour permettre d'expérimenter avec la personne la solution qui lui convient le mieux.

“
Ce dispositif me permet d'avoir un lien avec l'extérieur malgré l'hospitalisation, cela m'a beaucoup aidé. Il me permet également de me projeter sur des projets dont je n'avais pas connaissance et donc de me projeter vers l'avenir. Merci

L'implication des CH a été déterminante pour attendre que la bonne solution de sortie soit trouvée avant de prononcer la sortie, pour faciliter les aller retour des personnes le temps nécessaire pour qu'elles soient pleinement sécurisées dans leur nouvel environnement et pour mobiliser les services ambulatoires qui étayent la sortie (CMP, HDJ, etc.).

La principale limite dans l'action a été le manque de places dans les foyers de vie pour les personnes où aucune alternative n'a pas été trouvée. A une réalité objective (manque de places) se greffe un regard insécurisé sur les sortants de psychiatrie malgré l'accompagnement proposé.

TROIS POUR VOUS



Porteurs

Association TRAJET

Equipe

2 IDE à 80 %

3 TS à 100 %

1 CDS à 40%

Partenaires

CHS G. DAUMEZON
(BOUGUENAIS)

Bailleurs sociaux : AH,
LNH, H44, HH

CONSTRUCTION DU PROJET

Le CHS Georges Daumezon était confronté à une saturation de ses capacités d'hospitalisation temps plein depuis plus d'un an, L'augmentation des durées moyennes de séjour est mise en corrélation avec une absence de solutions de sorties inclusives et un manque de coordination avec les différents partenaires. Des hospitalisations sont prolongées de plusieurs mois dans l'attente, soit d'un logement ordinaire, soit d'un appartement thérapeutique. Les professionnels de santé expriment des difficultés à travailler la sortie d'hospitalisation en raison de manque de dispositifs adéquats et suffisamment soutenant pour s'inscrire dans le temps.

Implanté sur le Sud Loire, à l'instar de l'hôpital, l'association TRAJET accompagne des personnes dans leur parcours vers l'autonomie. Cette collaboration avec ce public est possible grâce à un travail alliant partenaires, professionnels et administrateurs sur les territoires de Nantes Métropole et du Pays de Retz. Dès mars 2020, l'association TRAJET et le CH G. DAUMEZON se réunissent pour réfléchir sur une réponse calibrée à apporter sur le territoire. Les échanges sont unanimes sur le manque de logements accompagnés répondant de façon spécifique aux besoins des personnes avec des troubles psychiques. En outre, les liens entre les bailleurs et l'hôpital sont à favoriser pour faire évoluer les passerelles et favoriser la fluidité des parcours des patients.

Aussi, mobilisant le partenariat déjà existant de l'association avec les bailleurs sociaux, trois d'entre eux vont rejoindre rapidement la démarche. C'est le début de rencontres, au rythme de tous les deux mois, pour à la fois monter la réponse à l'AMI et commencer à partager les préoccupations qui se rejoignent. Le projet Trois Pour Vous est né, représentant les trois grands partenaires de la convention (bailleurs, TRAJET, CHS) pour les personnes accompagnées. Un comité de pilotage est mis en place ainsi que des commissions d'admission.

SITUATION EMBLÉMATIQUE

Le dispositif « Trois pour vous » se pose bien dans une logique de démarrage ou de continuité de soins permettant d'éviter les hospitalisations au long cours et de proposer un accompagnement social et sanitaire en dehors de l'hôpital. L'accompagnement réside entre autres dans l'évaluation de la capacité « à habiter » de la personne. Les interventions sont réajustées régulièrement au regard des besoins physiques et psychiques (une VAD/semaine, un mail, un texto...). Être à la bonne distance dans son logement, entre sentiment d'intrusion et/ou d'abandon, le curseur se réajuste du côté de la sécurité et du maintien du lien. La spécificité de ce dispositif met en évidence l'attention et le souci à reconnaître le logement comme « un outil thérapeutique ». Accéder à un logement pour une personne accompagnée n'est pas réductible au fait d'être logé. On peut avoir un logement sans l'habiter, sans y mettre de soi et de l'autre. Le fait global d'habiter induit la dimension de l'accompagnement. Celui qui a une difficulté à habiter a pour ainsi dire « besoin de l'autre pour habiter » et cela peut nous éclairer sur la psychopathologie de la personne accompagnée. Les difficultés à « habiter son corps » et « à habiter un logement » se confrontent.

Données chiffrées

42 dossiers étudiés (+ 25 sollicitations)
28 personnes accompagnées entre 2021 et 2024
Durée moyenne des hospitalisations antérieures = 214 jours
13 de sorties du dispositif
2024 : 7 admissions; 2 glissements de bail, 5 dossiers en attente



“ C'est un contrat établi entre différents acteurs, moi y compris, dans le but de maintenir ma situation stable. ”



SITUATION EMBLÉMATIQUE

Mr C.

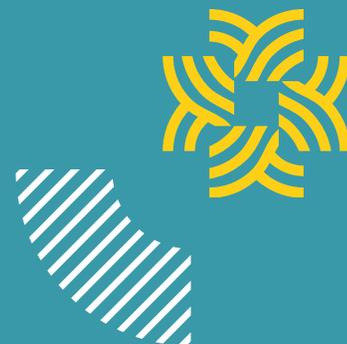
SITUATION de MR C: « Les cafards grouillent la nuit, je les entends dans les canalisations » Le bailleur social, interpellé à de nombreuses reprises par les voisins suite à des accès d'auto et hétéro-agressivité et alerté par l'insalubrité de son logement, a présenté à TPV la situation d'un jeune homme de 37 ans locataire, vivant seul depuis 2017 dans son appartement (T3) suite à sa séparation avec sa compagne. Après une première rencontre amorcée dans les locaux du bailleur, Mr ouvre la porte de son appartement, l'équipe est saisie par une étrange sensation de chaos psychique et de désarroi total, les fenêtres sont cassées avec des bouts de verres tranchants, le vent s'engouffre à l'intérieur du salon, il y a des amas de vêtements, les cafards grouillent au sol.

L'équipe s'active en articulation étroite et constante avec le bailleur, le médecin généraliste et le service de RSA pour créer dans un premier temps un lien de confiance avec Mr. Très vite, il va « lâcher prise et donner accès à tout ce qui lui reste ». Il dépose un sac rempli de ses impayés cumulés depuis toutes ces années, fait part de ses problèmes de santé physique « ses grattages incessants, ses conduites à risque répétées », sa souffrance psychique mêlant confusion, insécurité, angoisse, peur et vulnérabilité. Mr est accompagné vers la sortie de cet appartement lieu de souffrance intense et de précarité sociale, vers un soin libre en service de psychiatrie. Puis vers un logement accompagné avec le dispositif

C'est mieux d'avoir plusieurs professionnels qu'un référent, c'est comme si vous étiez une institution médicale et sociale et cela permet des regards différents

Grâce à ce dispositif j'ai pu prétendre à me loger, à me fournir en mobilier, à gérer mon budget et même à intégrer d'autres organismes en lien avec mon handicap.

PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS



Le dispositif a permis de favoriser l'interconnaissance de 3 champs : sanitaire, social et habitat. Il s'agit d'apprendre à parler un langage commun et de construire chemin faisant une culture commune tout en cherchant des solutions adaptées aux personnes orientées. Les rencontres partenariales régulières ont également permis une meilleure compréhension mutuelle : les soignants ont pu appréhender la dimension logement, les bailleurs ont pu avoir un éclairage sur des situations complexes. L'année, riche en accompagnements, a facilité le décloisonnement des pratiques et l'acquisition d'un langage commun. Mettant aussi en évidence que ce qui paraissait évident pour les uns ne l'étaient pas pour les autres. L'Equipe fonctionne en référence collective.

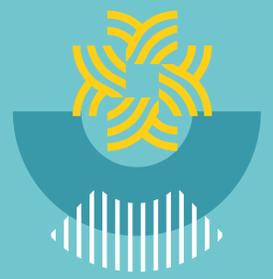
Après 3 ans d'exercice, le dispositif est reconnu pour favoriser la prise en charge et l'accompagnement en milieu ordinaire de personnes avec des troubles psychiques. Via un projet d'accompagnement global co construit avec les personnes accompagnées, le renforcement des liens entre sanitaire, social et habitat optimise le développement du pouvoir d'agir sur le parcours individuel.

“ —

Je tenais à vous remercier encore, je trouve que j'ai beaucoup de chance, je ne vais pas prendre la décision de la fin d'accompagnement pour acquis, je cherche à me maintenir et mettre un peu d'argent de côté en cas de pépin.

Outre les sorties d'hospitalisation, le dispositif permet aussi d'accompagner des personnes vers une première expérience en logement seul. S'appuyant d'une démarche empirique, le service est reconnu aussi comme un outil d'évaluation des capacités des personnes et permet de mettre en exergue la pertinence ou non d'un projet vers un logement autonome. Si l'accompagnement reste global pour toutes personnes admises, le statut locatif diffère du locataire en titre au sous locataire.

Aucune durée d'accompagnement maximale n'est, volontairement, spécifiée afin de proposer un suivi adapté sur le temps nécessaire à chaque situation et de faire glisser le bail au nom de la personne accueillie sur le dispositif au moment où l'ensemble des acteurs et la personne accueillie le jugent opportun. En revanche, le principe d'un contrat renouvelable tous les 6 mois est posé afin de venir requestionner régulièrement la pertinence de l'accompagnement pour la personne accueillie.



Porteurs

Association TRAJET

Equipe

-3 IDE à 100 %

-2 TS à 100 %

-1 CDS à 60%

Partenaires

CH St Jacques

ADAPEI MAS des Loges

CONSTRUCTION DU PROJET

Les services de l'hôpital St Jacques de Nantes se retrouvaient souvent dans une impasse pour proposer des solutions de sortie adaptées aux patients ayant un lourd parcours institutionnel. Partant du principe de la nécessité d'un étayage pluri professionnel pour accompagner ces personnes, l'association TRAJET s'associe avec l'hôpital et l'ADAPEI afin de créer un nouveau service pouvant répondre à ces besoins spécifiques. Le dispositif HAVRE propose alors une solution de sortie de l'hôpital à des patients souffrant d'un trouble psychotique majeur. Hébergés en cohabitation, les patients redeviennent des citoyens dans un processus de rétablissement soutenu par l'équipe. Un fort étayage est proposé afin de favoriser l'efficacité de cette vie autonome. Initialement pensé uniquement pour des personnes en sorties d'hospitalisation au long cours, une évolution du public visé a pu se faire au cours de l'expérimentation. En effet, si prioritairement, il s'agit bien de libérer des places d'hospitalisations, les besoins se sont aussi fait ressentir au niveau des accompagnements par l'extra hospitalier (CMP, HDJ, CATTP). Ces services portent à « à bout de bras » certains patients qui se retrouvent régulièrement hospitalisé sur des périodes allant jusqu'à plusieurs mois malgré un logement disponible (avec un statut de locataire en titre). Pour tous, les tentatives de vie seule à domicile se sont soldées par un échec (procédure d'expulsion suite à incurie, troubles du voisinage, destruction de biens, squat...) et a nécessité dans tous les cas un soutien important par l'extra hospitalier. Ces entrées sur le dispositif ont ainsi été motivées par la nécessité d'apporter une solution avant une probable hospitalisation au long cours.



La particularité de ce service réside dans la composition de son équipe et la complémentarité des professionnels dans l'accompagnement au quotidien. Alliant éducatif et thérapeutique, le décloisonnement des pratiques est source de richesses pour les personnes accueillies. Cette interdisciplinarité participe à l'élaboration de pratiques communes élargissant la compréhension de la personne accompagnée et améliorant son rétablissement. HAVRE fonctionne en référence collective.

Se nommant intervenant médico-social, chaque professionnel, infirmier ou éducateur, offre une réponse identique. Ce mode d'intervention garantit ainsi une continuité d'accompagnement et favorise les regards croisés. Le maintien de l'accès au logiciel du CHU par les infirmiers facilite le suivi des personnes et le lien avec les services de soins.

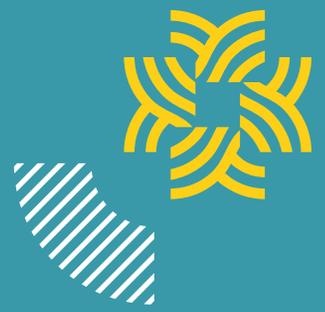
Afin d'accompagner au mieux les personnes accueillies vers le rétablissement extérieur, l'équipe propose une multitude de possibles et est toujours en perpétuelle réflexion et évolution. Mettant tout en œuvre pour que la question du temps ne soit pas une contrainte et partant du postulat qu'un accompagnement optimal nécessite une disponibilité et du temps, le service se met à disposition des personnes accompagnées via plusieurs canaux : Une permanence en journée continue, une présence le samedi avec un seul professionnel, La création d'un espace accueil au sein des locaux.

Données chiffrées

20 personnes accompagnées
Durée moyenne des durées d'hospitalisations antérieures = 576 jours
Sortie de dispositif : 0
Passage de la cohabitation à un logement seul : 3
Dossiers en attente : 7

“ Les difficultés de la vie ont fait que je me suis laissé aller ”

SITUATION EMBLÉMATIQUE



Le profil des personnes accompagnées par le dispositif explique la nécessité de l'accompagnement renforcé afin de garantir le rétablissement ou à minima la stabilité en logement. Ayant souvent vécu un isolement important, des ruptures de parcours, de la précarité, des passages à l'acte, la pathologie les impacte dans leurs capacités cognitives. Majorées par des carences éducatives, la plupart ont des capacités d'élaboration limitées. Bien que tous soient sous traitement, les signes cliniques productifs restent majeurs. D'autres symptômes dits "négatifs" s'expriment également : apathie importante, pauvreté du discours, émoussement affectif ou réponses affectives inadéquates. Pour rappel, si la schizophrénie est une maladie psychiatrique caractérisée par un ensemble de symptômes très variables dont les plus impressionnants sont les délires et les hallucinations, les plus invalidants sont le retrait social et les difficultés cognitives. HAVRE a alors tout son rôle à jouer pour limiter les conséquences de ces signes sur le quotidien. L'équipe apporte de la contenance par un dispositif à taille humaine permettant une qualité d'accompagnement.

MR X.

Mr X a été hospitalisé 5 ans en psychiatrie. Souffrant de persécution, il s'emportait rapidement et violemment verbalement. De sévères problèmes d'élocution ne facilitaient pas le dialogue et étaient source d'angoisse, d'agressivité et de frustration. Admis en septembre 2021, il a intégré un logement en cohabitation. L'équipe a mis en place un étayage important afin de le soutenir dans la prise de ses repères au logement et en extérieur (VAD HAVRE, aide à domicile, infirmiers libéraux, portage des repas). Mr a très vite compris l'intérêt du soutien de l'équipe par sa présence quasi quotidienne. HAVRE a aussi pu espacer ses visites pour observer son degré d'autonomie. Il a été surprenant de constater que les jours où il n'y avait pas de passage au domicile, Mr était dans la capacité de rythmer son quotidien sans difficulté. Aujourd'hui, il va chercher son pain seul. Sur le chemin, il peut s'arrêter prendre un petit café. Il ne présente plus de trouble du comportement. Mr arrive à trouver des moyens pour gérer seul ses troubles. Il apprend à gérer ses angoisses, ses frustrations, ses relations avec l'autre, et progressivement, reprend confiance en lui. Le lien familial des personnes accueillies a souvent été altéré par la pathologie. Isolé de leur famille ou très à distance, le dispositif laisse le choix à la personne de les aider à recouvrer des liens familiaux apaisés.

PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS



Sur l'ensemble des personnes accompagnées depuis l'ouverture du dispositif, 8 personnes n'ont jamais été réhospitalisées. Plusieurs hospitalisations ont aussi pu être évitées par la qualité de l'accompagnement du service. En effet, la présence d'infirmier(e) et d'éducateur(trice) permet de prendre le relais de l'hôpital en cas de crise et de temporiser une entrée en hospitalisation. Rassurant pour les personnes, la collaboration et la confiance entre le service et l'institution hospitalière favorisent la stabilité des personnes, évitant ainsi les ruptures de soins. Entre 3000 et 7000 jours d'hospitalisation ont ainsi pu être évités via l'accueil et l'efficacité du service. Cela a permis ainsi de soulager les équipes de soins, épuisées par certaines prises en charge et de libérer des places en soins ambulatoires.

L'expérimentation a permis de mettre en avant la pertinence du relais entre les services d'APPARTS et de HAVRE. APPARTS, étant limité à un an, apparaît comme une phase d'évaluation pertinente de l'autonomie de la personne mais aussi du comportement en cohabitation. C'est ainsi que cinq personnes admises venaient de ce service, fluidifiant ainsi les parcours de soins des patients hospitalisés.

“ **Travailler à HAVRE m'a apporté un changement de rythme pour prendre le temps de construire des projets, et un changement dans la pratique avec un accompagnement plus vaste** ”

“ **Mon logement était cambriolé, squatté, j'ai été hospitalisé faute d'autre alternative.** ”

Le parcours de rétablissement proposé dans cette expérience d'hébergement est un cheminement progressif pour la personne. Il s'agit là d'un processus individuel et aussi collectif, au long cours, consistant en une amélioration de sa qualité de vie et l'augmentation de son pouvoir d'agir, en surmontant les conséquences des problématiques de santé et répercussions psycho sociales. C'est bien un processus en mouvement permanent où chacune des personnes tente de retrouver un sens à son existence, de l'espoir, des responsabilités. Apprendre aussi à vivre avec ses symptômes, expérimenter, prendre des risques.



Porteurs

Centre Hospitalier de St Nazaire

Partenaires

CH St Jacques

ADAPEI MAS des Loges

Equipe

4 ETP IDE

1 ETP ES

0.5 ETP CDS

0.1 ETP Psychiatre

CONSTRUCTION DU PROJET

La création de l'EMAS, s'est appuyée sur l'expérience du dispositif SILAPSY fondé en 2017 et pionnier dans le décloisonnement interinstitutionnel (binôme travailleurs sociaux et IDE, co-portage de la gouvernance et des financements). Elle fait suite à un double constat :

* Celui du Centre Hospitalier de Saint-Nazaire : permettre aux patients de psychiatrie adulte stabilisés cliniquement et hospitalisés au long cours d'accéder à des institutions relevant du médico-social et du social (FAM, foyers de vie, EPHAD)

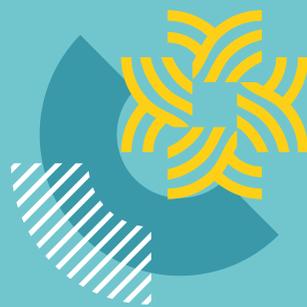
* Celui des partenaires extérieurs au CHSN : avoir une meilleure visibilité de l'offre de soin en psychiatrie, faciliter les hospitalisations ponctuelles et séquentielles de leurs résidents, mieux préparer une entrée en institution +++ à la sortie de l'hospitalisation.

A cela, s'ajoutait l'objectif pointé par l'ARS, de permettre une aide à la sortie des résidents des établissements du médico-social vers des logements plus inclusifs lorsque cela est possible, et également des sorties de résidents vieillissants des foyers vers les EHPAD.

En s'appuyant sur l'exemple de SILAPSY, le dispositif EMAS a donc été créé en Avril 2022. L'équipe, constituée de 4 IDE (2022) et 1 éducatrice (2023) répond à 4 missions principales :

1. Faciliter la sortie des patients d'intra hospitalier vers des structures médico-sociales partenaires
2. Eviter les hospitalisations des usagers des structures partenaires via l'intervention précoce sur site de l'EMAS.
3. Intervenir dans les structures partenaires auprès des résidents et des équipes
4. Former les équipes et les acculturer aux troubles psychiques

SITUATION EMBLÉMATIQUE



MR C.

Mr C est un patient de 39 ans, qui a bénéficié de nombreuses hospitalisations sur le secteur de la psychiatrie adulte, notamment en admission, lors de moments de décompensation psychique en lien avec prise de toxiques. Le maintien à domicile n'était plus possible au vu des mises en danger. Il lui a alors été proposé de travailler un projet de foyer d'accueil médicalisé, ce qu'il a accepté. Mr C a intégré le service de Réhabilitation dès sa stabilisation afin de travailler ce projet. Après plusieurs séjours d'essai au sein d'un FAM, Mr C intègre un FAM partenaire en Mai 2023.

Durant ces séjours d'essai, l'EMAS accompagne l'entrée de Mr C au foyer avec différentes actions :

Auprès de Mr C

- Des entretiens infirmiers hebdomadaires ont été nécessaires dans un 1er temps puis espacés en commun accord avec Mr, l'équipe et au vu de l'évaluation clinique.
- Une prise en charge médicale : entretiens lors des hospitalisations séquentielles et reconductions des ordonnances lors des séjours d'essais.

Auprès des équipes du foyer

- Présentation du patient à l'équipe partenaire (habitudes de vie, contrats, activités, environnement social et familial, pathologie, traitement associés...). Un temps entre professionnels et un temps en présence de Mr C.
- Sensibilisation aux troubles psychiatriques auprès de l'équipe du FAM (sensibilisation autour de la schizophrénie)
- Temps de concertation avec l'équipe, préconisations autour de la prise en charge.
- Déstigmatisation des troubles psychiques et réassurance.

“

L'EMAS m'a accompagné et aidé à me sentir bien au foyer. C'était rassurant que l'équipe soit là et efficace, les éducateurs ont mieux compris ma maladie».



Mr C. est rassuré par notre accompagnement et par le lien intra/extra hospitalier, assurant continuité et fluidité dans ses soins. Il en est de même pour l'équipe du FAM qui connaît donc mieux le patient, sa pathologie permettant ainsi l'optimisation et la qualité de la prise en charge au sein du foyer.

La prise en charge EMAS s'est déroulée sur plusieurs mois. Parallèlement à cela, des hospitalisations séquentielles ont eu lieu permettant, là encore, de sécuriser patient et partenaire.

Cette PEC a permis à Mr C de se sentir serein dans son nouveau lieu de vie, qu'il a particulièrement bien investi. Ses échanges et relations avec l'équipe du FAM et les autres résidents lui ont permis une adaptation de qualité.

Plus globalement les personnes accompagnées verbalisent leur satisfaction et le sentiment d'être plus heureuses dans leur nouveau lieu de vie. Quant aux professionnels, ils notent l'importance des VAD, temps d'échanges, concertations, ainsi que du travail autour de la déstigmatisation et des apports sur les pathologies et les traitements. Le projet personnalisé co-construit avec l'usager et l'équipe pluridisciplinaire, renforce également la satisfaction des professionnels à travailler ensemble.

Nos partenaires :
Structures médico-sociales,
FAM, FV, établissements
d'accueil temporaire, EHPAD,
ESAT, SAVS, SAMSAH, IME, MAS
et Résidence accueil du
territoire.

“ Ils m'ont aidé à me sentir bien au foyer en partenariat avec les éducateurs du foyer ».

Données chiffrées

141 personnes accompagnées

Durées d'hospitalisations antérieures
supérieure à 292 jours

Sorties du dispositif :

21 de l'hôpital vers une structure partenaire
70 fin de prise en charge sur les structures
partenaires

“ Ils ont été un lien fort entre l'hôpital et le foyer de vie”

PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS



L'EMAS s'attelle aux défis :

-De décroiser le sanitaire et le médico-social (décroisement psychiatrie/handicap psychique/handicap vieillissant) par une approche de travail collaboratif et d'interconnaissance.

-D'améliorer la continuité des parcours de vie, santé et soins en ayant une coordination efficace.

-D'accompagner la personne d'un lieu de soin, contenant, à un lieu de vie, plus confrontant à la réalité et redonnant la place à une identité sociale grâce aux pratiques orientées rétablissement impulsées par l'EMAS dès l'intra-hospitalier.

La prise en charge avec l'EMAS a permis de faire le lien entre l'hôpital psychiatrique et le foyer de vie, ils sont intervenus aussi bien avec moi mais également avec les éducateurs du foyer qui étaient parfois un peu perdus face à ma pathologie.

Moyens utilisés

-Equipe mixte pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire, ayant le souci d'adopter une posture inter ou transdisciplinaire pour meilleur travail collaboratif avec la personne accompagnée.

-Acculturation aux troubles psychiques (Sensibilisation aux pathologies psychiatriques et présentation d'outils par l'équipe EMAS, Formations croisées communes sur des thématiques transversales par un formateur, Formation à des pratiques orientées rétablissement et des outils communs de réhabilitation psycho-sociale (PCC, ...), Stages par comparaison)

-Temps de synthèse et de concertation

-Suivi individuel par les infirmiers ou éducateur spécialisé avec des outils spécifiques et adaptés à chaque personne et présentés aux équipes des foyers.

-Suivi médical, avec si besoin hospitalisation séquentielle, renouvellement d'ordonnance et adaptation de traitement. Lien avec les médecins (coordonnateur, traitant, psychiatre...)

-Processus de décision partagée, favorisant l'auto-détermination et l'adhésion au projet.

-Collaboration avec le réseau de soins ambulatoires si besoin (CMP, CATTP, ...) pour le relais à la fin de l'accompagnement de l'EMAS

PSYHABITAT

Porteurs

Association Les EAUX
VIVES EMMAÜS
Hôpital EPSYLAN

Partenaires

6 bailleurs sociaux :
CISN,
LA NANTAISE HABITATION,
HARMONIE HABITAT,
HABITAT 44
CDC HABITAT,
ATLANTIQUE HABITATION

Equipe

IDE : 1,4 ETP
TS : 3,4 ETP
+ services supports :
Chef de service,
administratif, comptabilité

Données chiffrées

286 personnes
accompagnées dont 59 en
sortie d'hospitalisation
250 personnes sorties du
dispositif dont 46 qui ont
accédé à un habitat adapté

CONSTRUCTION DU PROJET

En 2018, une étude réalisée sur le territoire d'EPSYLAN a souligné le manque d'alternatives à la sortie d'hospitalisation et la nécessité de favoriser le maintien dans le logement des patients en psychiatrie pour éviter, entre autres, les ré-hospitalisations. Fort de ces constats, les Eaux Vives Emmaüs et Epsylan ont ouvert en 2020 la Maison Répit, via l'obtention des fonds privés, puis proposé la création de l'équipe mobile en associant les 6 principaux bailleurs du territoire.

Psyhabitat est donc un dispositif qui mobilise principalement 2 outils :

- Une équipe mobile pluridisciplinaire issue de structures sanitaires et sociales (travailleurs sociaux, infirmiers psy) qui a accompagné 142 personnes au cours de l'expérimentation
- Une maison répit (144 personnes accompagnées sur 3,5 ans) qui permet des séjours d'une à deux semaines pour :
 - prendre de la distance avec une situation angoissante à domicile à un moment de fragilité pour éviter une situation de décompensation conduisant à une hospitalisation
 - permettre à des personnes hospitalisées de se « tester » dans un logement autonome dans des conditions proches du réel en offrant un cadre sécurisant.



La Maison Répit est également un outil pour permettre aux patients adressés de trouver de l'apaisement, en rompant avec leur quotidien, et éviter des périodes de dégradation de leur santé psychique

Son objectif principal est de favoriser le rétablissement en santé mentale de personnes en souffrance psychique via l'accès et le maintien dans le logement en milieu ordinaire. Il vise à accompagner les parcours (de soin, logement, social...) pour :

- Prévenir les risques de crise (intervention précoce) et les éventuelles hospitalisations ou ré-hospitalisations en proposant un séjour de répit et/ou en favorisant le maintien dans le logement via un accompagnement global intensif de proximité et coordonné avec les différents acteurs intervenant dans le parcours de l'utilisateur
- Favoriser les sorties d'hospitalisation en permettant l'accès à un logement en milieu ordinaire ou à un habitat adapté (Hebacc, résidences accueil, habitat inclusif...),
- Lutter contre la stigmatisation et l'isolement des personnes fragilisées par des troubles psychiques.

Le projet cible ainsi :

- Les personnes connues ou non du soin qui vivent en milieu ordinaire (locataires de bailleurs privés ou sociaux, hébergées, etc.)
- Les personnes hospitalisées en établissement psychiatrique

Psyhabitat repose sur deux principes clés d'intervention :

- « L'aller-vers » qui permet d'évaluer la situation de la personne et la façon dont elle vit avec ses symptômes dans son quotidien. Il intervient à toutes les étapes du parcours : évaluation psycho-sociale, ouverture et accès aux droits, inscription dans un parcours de soins, etc.
- « L'autodétermination » pour favoriser la mobilisation de réponses et solutions par la personne elle-même. L'un des objectifs de l'accompagnement est de mettre en place les relais vers le droit commun et d'accompagner la personne dans le renforcement de son pouvoir d'agir.

“

Je bénéficie aujourd'hui de repas plus réguliers et équilibrés. Je me sens mieux

SITUATION EMBLÉMATIQUE



ORIENTATION : Demande du bailleur : plainte du voisinage et mésusage du logement (incurie) **MISE EN RELATION** : Mme est en rupture de soins psychiatriques mais toujours en lien avec l'EDS de secteur. Contact établi via l'AS de secteur : Mme exprime un sentiment de persécution vis-à-vis du bailleur et se retrouve dans l'incapacité d'être en lien avec lui.

OBJECTIFS

- Maintien dans le logement - Eviter l'expulsion
- Réinscrire Mme dans un parcours de soin, retrouver confiance,
- Travailler sur le mésusage du logement (salubrité, animaux, relation voisinage...)

L'ACCOMPAGNEMENT

Travail sur l'occupation du logement : accompagnement physique de l'équipe dans le nettoyage du logement (vider son logement et son garage remplis de sacs poubelle). Accompagner Mme dans sa démarche de séparation d'une partie de ses animaux : prise de contact avec des associations, recherche de soutien financier pour la réalisation de soins, etc.

Travail budgétaire : reprise du paiement du loyer avec un échéancier, accompagnement auprès du tribunal (procédure d'expulsion), réouverture de l'ensemble des droits (CAF ...)

Travail sur le soin, revalorisation et estime de soi : accueil de 5 jours en maison répit, reprise de lien avec le CMP via l'IDE Psyhabitat, orientation vers un psychologue du territoire.

Travail sur la parentalité : médiation sur son rôle de mère – lien avec service ASE – orientation MDA / entretien Soutien IDE – Inscription vie sociale sur le territoire : Fanfare

LA SORTIE

Synthèse BAILLEUR / AS EDS / PSYHABITAT / CMP/ MME

Orientation vers une mesure ASLL

Pouvoir d'agir : Invitation et participation à l'évaluation du service – Utilité Sociale; Soin : Poursuite du lien psychologue et CMP; Maintien dans le logement : Mesure d'expulsion levée

Données chiffrées

Hospitalisations des personnes accompagnées :

En nombre de personnes : - 54%

En jours : - 69% = 62% de

coûts évités (Prix de journée du dispositif : 16,6€/jr/pers)

PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS



Pour les personnes logées en milieu ordinaire, Psyhabitat agit en prévention de crise en favorisant l'inscription ou la réinscription dans un parcours de soins, accompagne la médiation avec le bailleur et le voisinage pour éviter des expulsions, permet l'alternative à l'hospitalisation en période de fragilité.

Pour les personnes hospitalisées, Psyhabitat va faciliter : le retour au domicile grâce à un travail de coordination des différents acteurs, la recherche d'une solution de logement adaptée et la mise en place des relais d'accompagnement nécessaires dans la durée pour favoriser le maintien à domicile, la reprise de confiance en soi et en ses capacités à habiter de manière autonome.



La Maison Répit m'a permis de ne pas aller aussi souvent à l'hôpital (psychiatrique) de Blain et de pouvoir plutôt me reposer là-bas en séjour"

La coordination entre les parties prenantes permet de fluidifier les parcours et d'éviter la stagnation ou l'aggravation des troubles psychiques, y compris pour les personnes qui ne sont pas connues des structures de soin (63% des personnes accompagnées par l'Equipe Mobile n'ont pas ou plus de lien avec le soin en début de mesure). Le travail partenarial qui vient soutenir les professionnels du droit commun (animation de sessions de sensibilisation, groupes ressources) est en outre un levier efficace pour accompagner la déconstruction des représentations sur la santé mentale et lutter contre la stigmatisation des personnes en souffrance psychique.

A l'issue des 3 années d'expérimentation, Psyhabitat a reçu le soutien de l'USH et du CH Daumézon pour se développer dans le Sud-Loire du département.



Porteurs

UDAF 49 – Service
logements Adaptés

Partenaires

CESAME
UNAFAM
Angers Loire Habitat
ADMR
EHPAD JEANSON

Equipe

2 travailleurs sociaux
1,8 ETP IDE
0,5 ETP Ergothérapeute
2 veilleurs de nuit

Données chiffrées

Données chiffrées
-Capacité d'accueil : 10
personnes
-Moyenne des durées
d'hospitalisations
antérieures : 4.5 ans
Nombre de sorties du
dispositif : 9 personnes

CONSTRUCTION DU PROJET

Ce projet, porté par l'UDAF 49 et co-construit avec le CESAME, l'UNAFAM et ALH vise à promouvoir l'accès à une vie active et sociale de personnes atteintes de troubles psychiques sévères, stabilisés et persistants identifiées comme patients au long cours.

Ces quatre acteurs partagent le constat en 2021 que l'offre de logement adapté pour les personnes en situation de handicap psychique n'est pas suffisante sur le département du Maine et Loire. Il faut rappeler la nécessité de pouvoir développer des réponses qui ne peuvent être standards pour certaines personnes présentant des troubles psychiques.

Il est alors apparu indispensable d'imaginer un dispositif permettant d'accompagner des personnes hospitalisées au long cours pour lesquelles il y a nécessité de travailler sur les conséquences de leurs troubles psychiques sur leur quotidien et de favoriser le développement d'une autonomie leur permettant d'accéder à un logement ordinaire. Cette structure n'a donc pas vocation à accueillir ces personnes de manière durable.

L'objectif du dispositif Ecluse est donc de permettre à ces personnes de sortir de l'hôpital par une réadaptation à la vie sociale, l'instauration ou la restauration de la citoyenneté, par l'inscription du bénéficiaire dans une logique d'habitat transitoire.

SITUATION EMBLÉMATIQUE

Mr B.

Mr B, Résident de 26 ans, Arrivé sur le dispositif le 16/10/2023. Hospitalisé de ses 21 à ses 24 ans pour une schizophrénie. Parcours carcéral lié à un passage à l'acte hétéroagressif. Mr B vient à Ecluse pour évaluer sa capacité à vivre dans un logement autonome.

A son arrivée, ses besoins exprimés portent sur : son autonomisation dans les lieux publics inconnus / son retour vers l'emploi / sa gestion budgétaire / sa santé psychique / sa gestion de son temps libre / ses relations sociales et sentimentales et sa capacité à vivre de façon adaptée sa spiritualité religieuse. Sans solliciter d'accompagnement sur ce plan, Mr B a néanmoins évoqué une situation familiale conflictuelle qui renforce son sentiment d'isolement.

Mr B montre rapidement des capacités intellectuelles et cognitives sans altération manifeste. Il a une bonne qualité introspective qu'il verbalise aisément. Il est engagé dans son projet et a su rapidement tisser un lien de confiance avec l'équipe. Sur l'échelle d'évaluation STORI il était à la dernière étape dès son arrivée.

Les entraves auxquelles il a été confronté :

Mr B avait des angoisses morbides, des reviviscences traumatiques et un vécu interprétatif qui altéraient ses conduites et le bon déroulement des interactions sociales. Par ailleurs, dans sa volonté hâtive de se normaliser, Mr B s'est rapidement confronté à ses propres limites générant à de multiples reprises des états d'épuisement.

Ecluse vient remettre en perspective la véritable place que tout professionnel doit adopter dans l'accompagnement à la personne.



Si j'avais vécu à Ecluse au début de ma maladie, j'aurais sûrement eu une autre vie.





SITUATION EMBLÉMATIQUE

Mr B. 2/2

Posture d'accompagnement professionnel :

- Soutenir sa démarche de soins et faciliter l'expression de ses besoins. Identification des acteurs, du réseau de soin.
- Soutient majoritairement à distance mais contenante et sécurisante tant éducative que soignante.
- Confronter Mr B au principe de réalité sur différentes problématiques (professionnelles, soins, sociales, rythme de vie et charges du quotidien).
- Contribuer à son cheminement sur sa place dans la société.

Après une année d'accompagnement Mr B est autonome dans ses soins qu'il gère désormais seul en lien avec le secteur de soin. Identification de ses limites, des prodromes pour une PEC précoce.

·Clarification nette de sa place dans la société : prise de conscience que la volonté de travailler dans un but de normalisation contraste avec son désir qui est actuellement de se réapproprié son existence.

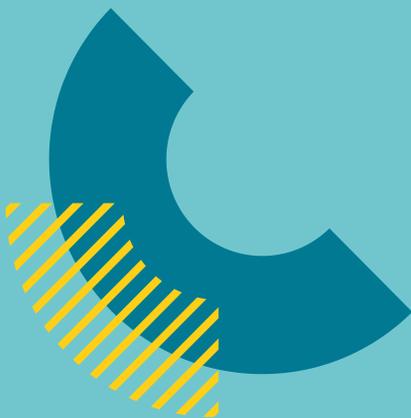
·Il adopte un rythme de vie qui lui est satisfaisant, il rapporte avoir trouvé un équilibre. Il trouve une satisfaction et une valorisation dans sa pratique artistique contributive de son identité.

·Acceptation des limites sociales et affectives car il craint toujours d'exposer sa maladie.

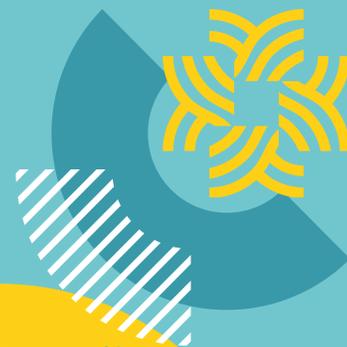
·Autonome sur l'entretien du logement, l'hygiène, la gestion budgétaire et administrative en lien avec les professionnels compétents.

Après une année d'accompagnement il est en recherche d'un logement. Il montre une volonté d'être autonome dans ses prospections.

Quand je suis à l'hôpital je sais qu'on va trouver des réponses aux problèmes que je rencontre, alors que sur Ecluse, j'ai appris que je pouvais et que je devais trouver des réponses par moi-même.



PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS



Le logement est un des enjeux majeurs de l'inclusion. Jusqu'à présent, le Maine-et-Loire ne disposait pas d'une structure permettant la sortie des personnes hospitalisées au long cours. Le dispositif Ecluse, en combinant le renforcement de la prévention, une meilleure accessibilité et une coordination des besoins d'accompagnement (sociaux et sanitaires), permet aujourd'hui à ces personnes d'accéder à un "chez soi".

Conformément à nos engagements, nous proposons un accompagnement individualisé. À ce titre, un bon nombre de personnes accueillies a d'ores et déjà pu accéder à un logement autonome à la suite de leur passage sur le dispositif.

“ —

Le lieu de vie reste un lieu de projection de l'état psychique. Accompagner à « habiter », c'est aussi accompagner à une stabilité psychique.

La force du dispositif réside dans son articulation entre le soin et le social. Cette combinaison dans une unique équipe permet de combiner les compétences des différents professionnels pour mieux répondre aux besoins complexes des personnes en situation de handicap psychique sévère.

Cela nous semble crucial pour assurer le bien-être des personnes accueillies.

Après plus de deux années complètes d'exercice, le projet ECLUSE a permis à 18 personnes d'être évaluées dans leurs capacités à habiter, de développer leur autonomie, de stabiliser leur état psychique et d'être accompagnées vers un projet de vie adapté à leurs envies et à leurs besoins.

Nous sommes cependant conscients qu'aucune solution n'est véritablement "unique" ou universelle. Le dispositif Ecluse est un outil flexible et évolutif, il peut être adapté et amélioré en fonction des réalités et retours d'expériences.

PASSERELLE VERS UN CHEZ SOI



Porteurs

Centre hospitalier de Cholet
Cités Caritas - Cité La Gautrèche

Equipe

1.5 ETP infirmier
8 ETP travailleurs sociaux
1 ETP chef de service
0.1 ETP psychiatre

CONSTRUCTION DU PROJET

Co-construit par l'hôpital de Cholet et Cités Caritas – Cité La Gautrèche, Une Passerelle Vers Un Chez Soi accueille et loge en colocation sur 7 logements 18 personnes atteintes de troubles psychiques et ayant été hospitalisées en psychiatrie durant un temps long. Ces personnes orientées par l'hôpital sont en grande fragilité et ont besoin de réassurance pour vivre en logement, même accompagné par des services extérieurs. Cette proposition de logement favorise une réassurance sans risque d'isolement.

Ce dispositif innovant propose un accompagnement inclusif tant sur le volet de l'habitat que sur celui de l'inclusion dans la cité, il s'appuie sur une prise en charge partagée par les acteurs du social et du soin.

Le dispositif propose de placer le logement en point de départ de l'accompagnement. Le logement accompagné devient un levier dans le parcours d'insertion sociale et d'accompagnement dans le soin aussi longtemps que nécessaire, avec pour objectif de développer l'autonomie de la personne afin qu'elle puisse sortir du dispositif vers un logement accompagné (en résidence accueil par exemple) ou un logement autonome de droit commun. Ce service permet aussi de réévaluer les besoins si l'autonomie de la personne n'est pas suffisante ou si sa santé mentale se dégrade. Des orientations vers le secteur médicale ou médicosociale seront effectuées.

Le dispositif propose un accompagnement inclusif tant sur le volet de l'habitat que sur celui de l'inclusion dans la Cité. Il s'appuie sur une prise en charge partagée par les acteurs du social et du soin.

Les finalités du projet sont d'offrir un environnement chaleureux, convivial et sécurisant, dans la perspective d'une réadaptation à la vie sociale puis une réappropriation de la citoyenneté.

SITUATION EMBLÉMATIQUE

Mr G.

Monsieur G. est un homme de 50 ans est arrivé sur le dispositif en 2021. Il a été accueilli en colocation avec 2 autres personnes, à la suite d'une hospitalisation de 10 mois (4 mois à Challans et 6 mois à Cholet). M. G. a pu récupérer ses affaires qui étaient stockées dans pendant son hospitalisation, stabiliser sa situation financière et familiale et continuer son suivi psychiatrique en dehors de l'hôpital.

La présence éducative a permis à M. G. de reprendre confiance en lui. L'équipe l'a accompagné dans son insertion sociale et professionnelle, l'ouverture de ses droits et à trouver un équilibre dans ses relations sociales et familiales. L'équipe médicale a continué son suivi à travers des Visite A Domicile, des temps de synthèse avec l'équipe éducative tout en accompagnant M. G. a comprendre les symptômes de sa maladie. Après plusieurs mois, la situation psychique et sociale de M. G. s'est stabilisée. De nature solitaire, le souhait de reprendre un logement autonome, sans colocataire est devenu son objectif principal.

En juillet 2022, M. G. accède à un logement autonome via un bailleur privée. Un passage de relais est effectué entre l'équipe mobile de soin Une Passerelle Vers Un Chez Soi et le CMP. L'équipe éducative met en place un Accompagnement Hors Les Murs de 6 mois à la demande de M. G. afin de l'accompagner à s'installer dans son nouveau logement, trouver ses repères et s'inscrire dans son quartier.



“
La Passerelle
m’apporte juste
ce dont j’ai
besoin, dans une
bonne
ambiance”.

“
Passerelle c’est un endroit où les patients
peuvent résider pour être prêt pour vivre sa
vie avec les traitements”



SITUATION EMBLÉMATIQUE

Mr G. 2/2

A la fin de ce contrat, M était autonome et stable psychiquement. Un lien avec lui et son propriétaire avait été gardé. Ce dernier nous a alerté en mai 2023 nous indiquant que les volets n'étaient plus ouverts et que M. G. devenait incohérent. Nous avons rendu visite à M. G, évaluer sa situation psychique et une hospitalisation a été mis en place.

M. G. est revenu sur Une Passerelle Vers Un Chez Soi après une hospitalisation de 3 mois. Nous avons repris avec lui son projet personnalisé et l'avons accompagné à analyser ses compétences et ses besoins d'étayage. Rapidement, M. G. a décidé de changer de projet pour s'orienter vers un logement accompagné afin d'être accompagné durablement dans les gestes du quotidien, dans son lien avec les équipes soignantes et dans son insertion professionnelle. M. a intégré un logement en résidence accueil en mars 2024 qui lui offre un cadre nécessaire à son épanouissement tout en gardant une autonomie au quotidien.

“ Passerelle c'est une suite après l'hôpital psychiatrique. Ça permet d'apprendre à cuisiner, à faire le ménage, des choses de la vie quotidienne. Du coup ça nous aide et nous permet de vivre dans un autre logement à la fin.”

Partenaires

Bailleurs sociaux et privés
CCAS, CD49 , centre santé sexuelle
Centres sociaux
CLSM, GEM
IREPS
Structures sociales , médico-
sociales et économie sociale et
solidaire

Données chiffrées

nb de personnes
accompagnées : 18
durée moyenne des
hospitalisations
antérieures : 302 jours
nb de sorties du dispositif :
15 personnes

PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS



Le travail pluridisciplinaire est primordial pour accompagner ce public dans ce genre d'accueil transitionnel. Les liens de confiance entre les deux équipes sont primordiaux pour assurer le "pouvoir d'agir" du bénéficiaire.

Pour assurer une sortie d'hospitalisation la plus rassurante possible et un accueil efficient, nous avons mis en place une période d'accueil de jour afin de préparer la sortie d'hospitalisation et l'intégration en logement. Cet accueil de dure autant que nécessaire.

Accompagner la personne à construire son projet personnalisé rapidement après son entrée sur Une Passerelle Vers Un Chez Soi pour réfléchir très en amont les possibilités de sortie du dispositif afin de pouvoir interpeller les partenaires sociaux ou médicosociaux.

“

Voilà maintenant 6 mois que je suis accueilli sur le dispositif, 6 mois que je suis épaulé par les éducateurs. Merci pour leur travail auprès des résidents, leur implication au quotidien et dans l'accompagnement.”

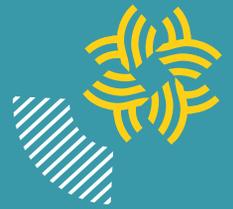
Adapter le temps d'accueil au rythme et aux besoins de chaque personne accueillie. Aucune pression n'est mise pour que le départ d'Une Passerelle Vers Un Chez Soi soit acté.

Il est important qu'Une Passerelle Vers Un Chez Soi garde la possibilité de valider ou non le projet d'accueil d'une personne. En effet, l'équilibre du groupe et des pathologies sont les gages d'un accompagnement ajusté.

Mise en place d'un Accompagnement Hors Les Murs pour les personnes sortant du dispositif vers un logement autonome. Un professionnel d'une Passerelle Vers Un Chez Soi propose un accompagnement socioéducatif jusqu'à ce que la personne estime qu'il n'y ait plus de besoin ou de relais auprès d'un autre service (SAVS/SAMSAH/CLIC...)

“

La Passerelle est m'a permis de sortir du CH en attendant une place en Foyer de vie”



Porteur EPSM de Vendée

Partenaires

ADAPEI-ARIA de Vendée,
AREAMS
Fondation OVE
UNAFAM

Données chiffrées

Patients ayant eu une prescription pour l'EMASH depuis septembre 2021: 90
Patients sortis du dispositif : 41
Patients suivis au domicile : 30

CONSTRUCTION DU PROJET

Au début du projet, près de 50 personnes hospitalisées et prises en charge à l'EPSM de Vendée en psychiatrie depuis plus d'un an, sont identifiées par les psychiatres comme pouvant sortir d'hospitalisation, dès 2021, car stabilisées dans leur registre psychiatrique. Ces patients sont en « situation inadéquate » du fait qu'ils restent hospitalisés en psychiatrie faute d'avoir trouvé un logement et un accompagnement adaptés aux besoins et troubles, ou faute d'avoir trouvé une structure d'aval adaptée pour les accueillir. Différentes rencontres début mars 2020 ont permis de poser le constat qu'il existait dans le département des dispositifs sociaux et médico-sociaux diversifiés qui constituaient déjà des solutions de sorties d'hospitalisations, mais que des personnes souffrant de troubles psychiques importants additionnés parfois à une problématique sociale, restaient cependant hospitalisées faute de solution d'aval notamment pour un logement

Il paraissait évident qu'un décloisonnement des secteurs sanitaires et médico-social par des coopérations fortes entre les acteurs, voire des mixages d'équipe, permettrait une coordination de parcours plus optimale avec moins de retards ou de ruptures dans le suivi de la personne. C'est d'ailleurs un des axes du projet territorial de santé mentale (PTSM) de Vendée avec lequel ce projet commun s'articule de manière cohérente.

Equipe

2 ETP IDE; 1 ETP AMP; 1 ETP ES; 1 ETP AS; 1 ETP ME;
1 ETP psychologue
0.05 ETP psychiatre
0.05 ETP CSS/CS



A partir de ces constats partagés et besoins recensés, des réunions régulières entre acteurs directement concernés ont permis à chacun de proposer des formes de coordination et d'adaptation des dispositifs déjà existants dans le département, et de réfléchir à la réalisation de solutions d'habitat « inclusif » complémentaire, permettant de sortir des personnes de longue hospitalisation et de leur permettre une inclusion dans la société, maitrisée par des interventions régulières et coordonnées d'une équipe mobile dans le logement autonome.

PERIMETRE ET OBJECTIFS DU PROJET

La sortie de l'hôpital psychiatrique est une période critique qui nécessite une attention et un accompagnement spécifiques afin de contribuer efficacement à la continuité des soins.

Le principal défi est de s'assurer que des interfaces se créent entre les milieux de soins aigus « l'hôpital » et le milieu de droit de commun. Ainsi, à la complexité des situations cliniques nécessitant un recours à l'hôpital se rajoutent des enjeux majeurs liés à la coordination, a fortiori dans un réseau socio-sanitaire fragmenté et cloisonné.

La décision de sortie d'hospitalisation relève du ressort médical, mais elle est, dans le domaine de la santé mentale en particulier, très souvent tributaire d'un contexte psychosocial plus large, raison pour laquelle elle doit découler d'une concertation pluridisciplinaire.

L'objectif majeur de l'EMASH est d'assurer une fluidité des parcours des personnes qui sortent d'hospitalisation complète, d'éviter les ruptures de parcours, renforcer les étayages médico-sociaux et sanitaires. Les missions de l'équipe mobile portent sur : l'évaluation initiale des besoins de la personne, de ses capacités (effectuée en lien étroit avec les équipes de psychiatrie), le soutien à l'autonomie, le suivi et la sécurisation de la vie à domicile, l'aide à l'inclusion sociale, l'accès aux soins, l'aide aux démarches administratives, ainsi que la coordination permanente avec l'ensemble des acteurs et une intervention en cas de difficultés pour prévenir les ruptures, etc... Le soutien à la convivialité, la lutte contre l'isolement social, l'appui par les pairs font partie des missions et des objectifs d'intervention des groupes d'entraide mutuelle, qui sont associés au projet.

Elle peut apporter un éclairage sur des situations complexes, partager les expériences et les compétences, constituer une « ressource » pour les professionnels des structures médico-sociales.

SITUATION EMBLÉMATIQUE



Mr P., 40 ans

Suivi en psychiatrie depuis 2010 (diagnostic de schizophrénie) avec de multiples hospitalisations. Demande d'inclusion pour l'EMASH en septembre 2022, pour un accompagnement dans la réintégration dans son logement avec un étayage plus structuré. Mr vivait alors dans un logement autonome du parc privé. L'EMASH évalue son autonomie au quotidien, 2 VAD/sem. sont nécessaires pour stimulation et réassurance. Ses fréquentations toxiques le rendent vulnérables (et sont à l'origine de fréquentes hospitalisations).

Mr est en demande de changer d'environnement : l'EMASH l'accompagne dans sa recherche d'appartement à Pouzauges. En avril 2023, emménagement sur cette commune, la présence régulière de l'EMASH étant un argument décisionnel pour le nouveau propriétaire. Depuis cette date, il n'y a pas eu de ré-hospitalisation. Accompagnement dans l'appropriation de ce nouveau logement et de son environnement proche (« aller vers »). L'EMASH a joué un rôle de médiateur entre lui et son mandataire, leur relation s'est améliorée. Lien fait avec les aides à domiciles et IDEL, qui étaient en demande d'un éclairage sur ses difficultés pour mieux les appréhender. Mr est isolé socialement, souffre de solitude, accepte peu de sorties/activités extérieures. Il est sensible à la disponibilité des membres de l'équipe (autant en présentiel qu'au téléphone), a un besoin d'appeler plusieurs fois par jours pour converser ou réassurance si besoin. Des demandes de foyers de vie étaient en cours ; plusieurs visites et immersions ont été faites. Ce qui a permis à Mr de se rendre compte que ce projet n'était pas adapté.

Nous travaillons autour d'un projet d'Habitat Inclusif qui lui conviendrait (effectué en novembre 2024) : présence de l'EMASH lors des commissions d'admission, rencontre des futurs colocataires et professionnels pour favoriser son intégration dans ce nouveau lieu de vie et améliorer sa projection. Le passage de relais se fera pendant la période d'essai dans l'Habitat Inclusif, et en découlera la fin de l'accompagnement EMASH.

“ —
Ça m'a permis d'avoir des
relations, de l'écoute, des
échanges, des conseils »

PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS



- *Personnaliser/ individualiser l'accompagnement*
- *Importance de « l'aller vers »*
- *Notion de temps, prendre en compte la temporalité de la personne accompagnée*
- *Prioriser les objectifs de la PEC*
- *Faire émerger les demandes propres de la personne accompagnée*
- *Entendre et soutenir les proches et les aidants (avec orientation si besoin)*
- *Importance du partenariat et du travail en réseau*
- *EMASH : est le « maillon » qui manquait dans le parcours de soins*

“ —

Me rassurer dans mon quotidien et m'aider à aller de l'avant, à me projeter. Mise en œuvre d'activités qui me sont utiles et importantes maintenant »

Paroles des partenaires et des proches

“Votre présence comble le vide qu'il peut y avoir après la sortie d'hospitalisation. Et le lien avec les structures hospitalières se font plus facilement. »

« Ça me rassure de savoir que je peux vous appeler quand je sens qu'il va moins bien... il vous raconte des choses qu'il ne me dit pas... »

« Vous ne vous rendez pas compte à quel point vous nous avez soutenu... »

“ —

Retrouver confiance en moi,
m'aider dans mes papiers,
sortir vers l'extérieur »

NOTES



A large rectangular area with a light gray background, containing ten horizontal brown lines for writing notes.





CONCLUSION

La preuve est faite que ces dispositifs répondent aux enjeux prioritaires de nos territoires et des politiques publiques, dans un contexte budgétaire contraint, à savoir :

- La continuité du parcours de vie des personnes bloquées en hospitalisation, dans une logique d'autodétermination.
- L'amélioration de la qualité de vie des personnes et leur inclusion
- L'embolisation croissante des services de psychiatrie
- Le décloisonnement et les partenariats entre les acteurs sociaux, médicosociaux et sanitaires
- La transformation de l'offre médico-sociale
- La pénurie des professionnels de santé

Ces dispositifs innovants, fruit d'un engagement collectif, doivent se déployer sur tous les territoires. Ils sont un maillon essentiel pour une plus grande efficacité de notre système de santé et réactivent l'espoir pour des personnes jusque-là sans solution.



CReHPsy Pays de la Loire

Centre Ressource Handicap Psychique

Téléphone

02 41 80 79 42

Mail

crehpsypaysdelaloire@gmail.com

Site

www.crehpsy-pl.fr

Adresse

**27 route de Bouchemaine
49170 Ste Gemmes sur Loire**

