



DIRECTION DÉPARTEMENTALE DES
AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES
D'ILLE-ET-VILAINE

ACCÈS ET MAINTIEN DANS LE
LOGEMENT DES PERSONNES
SOUFFRANT DE TROUBLES
PSYCHIQUES OU PRÉSENTANT UN
HANDICAP PSYCHIQUE

PHASE 1 : DIAGNOSTIC

IDEA RECHERCHE & L'APRAS

AOUT 2009



APRAS

Association pour la Promotion de l'Action et de l'Animation Sociale

6 Cours des Alliés

35000 RENNES

Tél. : 02 99 31 52 44

Fax : 02 99 30 81 17

Contact : Philippe Le Saux

www.apras.org

Email : contact@apras.asso.fr



IDEA Recherche

3 rue de la Carrière

35 000 RENNES

Tél. : 02 23 46 13 40

Fax : 02 23 46 13 49

Contact : Laurent Montévil

www.idea-recherche.com

Email : info@idea-recherche.com

SOMMAIRE

Préambule et contexte de l'étude.....	1
Préambule	1
Le contexte	1
I Introduction : une évaluation problématique des besoins et des situations.....	3
11 Les spécificités de l'objet d'étude	3
12 Le point de vue des acteurs rencontrés	6
13 La diversité des situations à prendre en compte	8
II Les types de besoins repérés pour les personnes	9
21 Les difficultés d'accès à un logement autonome	9
22 Les risques de perte de logement pour la personne	11
23 La nécessaire prise en compte du vieillissement	14
24 Eléments de conclusion sur l'évaluation des besoins.....	15
III Les types de réponses existant en Ile-et-Vilaine	18
31 Les réponses dédiées au handicap psychique.....	18
32 Les autres types de réponses existantes	26
33 Synthèse de l'offre.....	29
34 Eléments de conclusion sur les réponses apportées	30
Conclusion générale	34
Annexes.....	39
A – Personnes et structures rencontrées	39
B – La participation à différentes instances.....	40
C - Sources documentaires	40
D – Glossaire	41
E – Offre en foyer	42

PREAMBULE ET CONTEXTE DE L'ETUDE

Préambule

L'accès et le maintien dans le logement des personnes souffrant de troubles psychiques ou présentant un handicap psychique sont des problématiques récurrentes auxquelles sont confrontés de nombreux acteurs des dispositifs intervenant dans l'hébergement et le logement de populations spécifiques, notamment les plus fragiles : c'est le cas dans les plans départementaux d'action pour le logement des personnes défavorisées (PDALPD), les schémas départementaux d'accueil, d'hébergement et d'insertion (SDAHI) mais aussi à l'échelle des territoires dans le cadre de certains PLH.

Face à cette situation et faisant suite à la journée interrégionale Bretagne Pays de Loire portant sur la santé mentale et la précarité, la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales d'Ille-et-Vilaine a engagé une étude relative à l'accès et au maintien dans le logement des personnes souffrant de troubles psychiques ou présentant un handicap psychique sur l'ensemble du département.

Cette démarche s'inscrit également dans l'évolution des dispositifs faisant suite à la circulaire du 22 février 2008 et à celle du 29 mai 2008 confirmant la fusion des SDAHI et des PDALPD et la loi de 2005 sur les personnes handicapées avec la reconnaissance du handicap psychique.

En Ille-et-Vilaine, elle est réalisée en étroite relation avec le plan départemental d'actions pour l'accueil, l'hébergement, l'insertion et l'accès au logement des personnes défavorisées 2009-2014.

Le contexte

Les questions relatives à l'accès et au maintien dans le logement des personnes souffrant de troubles psychiques ou présentant un handicap psychique sont nombreuses et complexes pour de multiples raisons :

- le terme de troubles psychiques peut donner lieu à des lectures différentes dans le registre de la nosographie psychiatrique ou en psychopathologie,
- l'application de la loi de 2005 qui reconnaît le handicap psychique se fait de façon diverse selon les départements, avec les difficultés spécifiques d'appréhension du projet de vie des personnes souffrant de troubles psychiques, par rapport à celles ayant une déficience intellectuelle ou un handicap moteur,
- les difficultés de maintien ou d'accès dans le logement de ces personnes sont comparables à celles qui ont des difficultés sociales (notamment en ce qui concerne l'accès au parc social ou à un parc privé de bon rapport qualité / prix) et, dans le même temps, présentent des spécificités (difficultés de maintien dans les lieux, de voisinage, besoins de soins, et / ou d'autres formes d'accompagnements, etc.),

- les modalités d'accompagnement et de prise en charge relèvent à la fois de dispositifs communs (par exemple, accès au parc social ou privé, l'intervention de professionnels de CDAS, du CHGR...), mais aussi d'une grande diversité de dispositifs spécifiques : mesures d'accompagnement social lié au logement (ASLL), intervention de services de tutelle, de service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), de services d'aides à domicile, hébergement dans de « l'habitat social adapté », en CHRS, maisons relais, résidences d'accueil et résidences sociales, mais aussi prise en charge en établissement ou institution : lits d'hôpitaux, appartements thérapeutiques ou logements d'insertion d'hôpital psychiatrique, accueil familial thérapeutique, foyers d'hébergement, foyer de vie ou foyer médicalisé, etc.

La prise en charge de ces personnes relève donc aujourd'hui d'interventions multiples du secteur sanitaire, médico-social, social et de l'habitat, à la fois cloisonnées mais aussi en interrelation. En effet, il existe sur le département des initiatives diverses de travail en commun sur ces questions, des collaborations régulières informelles ou des groupes de travail permanents, ou des projets plus ou moins avancés.

L'objectif de cette démarche est donc la réalisation d'un diagnostic général à l'échelle du département, afin de contribuer à une meilleure connaissance des besoins et une meilleure dynamique de prise en charge.

Bien évidemment, ce type de démarche doit mobiliser l'ensemble des partenaires dont le Conseil général, les collectivités locales, les organismes HLM, le CHGR, etc. déjà porteurs d'un certain nombre d'actions dans ce domaine.

Il convient de noter que cette démarche s'inscrit aussi dans un contexte fortement évolutif depuis son lancement (janvier 2009) :

- la mise en place du groupe de travail du Conseil général sur cette question,
- la mise en place de groupes d'entraide mutuelle (GEM) à l'échelle départementale,
- le nouveau découpage territorial des secteurs de psychiatrie du centre hospitalier Guillaume Régnier (CHGR),
- la mise en œuvre du plan de relance et plus particulièrement la circulaire du 5 mars 2009,
- le colloque de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) du 23 mars 2009 portant sur les handicaps d'origine psychique,
- etc.

I INTRODUCTION : UNE EVALUATION PROBLEMATIQUE DES BESOINS ET DES SITUATIONS

Ce rapport présente les principaux éléments de la phase diagnostic visant, selon le cahier des charges, à :

- identifier les besoins à partir d'entretiens auprès des différents acteurs,
- dresser un état des lieux global et transversal de l'existant ainsi que des projets de maisons relais, résidences d'accueil, résidences sociales...
- élaborer un diagnostic territorial partagé.

Pour cela, notre équipe s'est appuyé sur :

- la réalisation d'entretiens avec différents acteurs et personnes ressources sur cette question¹,
- l'exploitation de la documentation transmises par les différents acteurs et celle existante sur cette question (revues, colloques, bibliographie...),
- la participation à différentes rencontres et groupes de travail existants : rencontre des GEM, groupes de travail des commissions de suivi sur le handicap psychique au Conseil général, groupe de travail inter-institutionnels sur différents quartiers de Rennes...

11 Les spécificités de l'objet d'étude

Contrairement à d'autres thèmes concernant l'habitat de catégories de populations particulières, il s'avère particulièrement difficile à cerner : en plus du flou sur la définition des publics à prendre en compte, chaque interlocuteur peut se référer à des types de populations ne correspondant pas obligatoirement à celles d'autres acteurs, sachant qu'un grand nombre de dispositifs, d'institutions, d'établissements et de services sont concernés. De ce fait, l'estimation quantitative des besoins est difficile.

Le constat de cette complexité n'est pas étonnant : la reconnaissance du handicap psychique est récente (loi de 2005), la notion de troubles psychiques est complexe :

- elle peut à la fois se référer à la nosographie psychiatrique (où les approches des praticiens seront différentes selon leurs modèles théoriques et leur approches thérapeutiques),
- elle peut se comprendre en référence à une psychopathologie clinique très diverse,
- elle peut être décrite principalement à partir d'observations dans le registre social, ou plus précisément des conséquences sociales des troubles.

Sur cette question, il existe une abondante littérature. Rappelons seulement l'important travail réalisé par la CNSA pour la préparation du colloque du 29 mars 2009 : *Handicap d'origine psychique*, dont les documents publiés mettent en évidence cette complexité.

¹ Cf. la liste des personnes ressources en annexe.

Cette complexité est reconnue tous les acteurs. On peut en souligner quelques traits à partir des travaux récents du CEDIAS-ANCREAI, et notamment de la recherche-action sur quinze départements (dont l'Ille-et-Vilaine et les Côtes d'Armor), pour la CNSA² :

- l'expression « handicap psychique » n'est définie nulle part de manière consensuelle, y compris dans la législation,
- l'évaluation des « besoins » de ces personnes dans le cadre du nouveau droit à la compensation est hétérogène ; les MDPH sont confrontées à un nombre considérable de demandes qui ne peuvent faire toutes l'objet d'une évaluation globale,
- les équipes chargées de mettre en œuvre l'évaluation de la prestation de compensation pour les personnes souffrant d'une « altération psychique » rencontrent de grandes difficultés ; un projet de vie formalisé est rarement joint au dossier de demande, *« les équipes des MDPH ont le sentiment que les personnes présentant un handicap d'origine psychique ne comprennent pas l'utilité d'un tel document, dans la mesure où certaines pathologies psychiatriques se traduisent justement par des limitations majeures dans la capacité d'initiative, d'anticipation ou encore dans le sens donné aux actions ; [...] l'élaboration du projet de vie échappait de fait à toute maîtrise technique... »*³
- les diagnostics de situations ne sont pas toujours réalisés ou sont imprécis, ils peuvent être remis en cause en fonction des références des professionnels et en fonction des évolutions des situations,
- la grille d'autonomie du certificat médical est non adaptée pour le handicap psychique,
- l'outil GEVA, guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées, n'est pas adapté à l'évaluation de ces situations ; il existe donc un *« grand décalage entre la réalité des situations de handicap psychique et les critères d'éligibilité à la PCH »*,
« les critères d'éligibilité à la PCH s'avèrent particulièrement inadaptés aux situations de handicap d'origine psychique. En effet les personnes souffrant de troubles psychotiques vivant à domicile se caractérisent souvent par un apragmatisme dans la vie quotidienne lié à une incapacité à se représenter toute action à conduire et à en percevoir le sens⁴ ». *« Une période de stabilité pouvant masquer une impossibilité à accomplir telle ou telle activité sociale et en premier lieu celle de travailler ou de se former⁵ »*. Ces constats soulignent l'altération du rapport à la réalité, dans leurs dimensions sociale, spatiale, temporelle (instabilité relative), ce qui n'est pas sans conséquences sur le lien social, donc sur les

² D'après les documents de travail disponibles sur le site de la CNSA.

³ Actes du colloque, volet 2, III, page 11.

⁴ Ibid. p. 31.

⁵ Ibid. p. 33.

relations sociales qui se nouent autour de l'habitat, que ce soit dans une dimension de projet et de demande que dans une dimension de quotidienneté concrète,

- les méthodes et outils d'évaluation des situations sont très nombreux et non partagés consensuellement. Par exemple, une trentaine d'outils a été repéré, alors que la recherche bibliographique a exclu de son champ sémantique tous les termes qui relèvent de la psychiatrie et de la psychopathologie (cf. le volet 1 du document CNSA-CEDIAS p. 6), notamment le terme de « psychose » qui constitue pourtant un des socles de la lecture des troubles en psychiatrie et qui déterminent fortement les modalités d'intervention auprès des personnes,
- une des difficultés majeures révélées est relative à la formation d'équipes pluridisciplinaires, notamment entre le secteur sanitaire et le secteur social et médico-social,
- **une partie importante de la population concernée peut être totalement invisible du fait qu'elle ne fait pas les démarches vers les professionnels et les services concernés** (par exemple vers les médecins, les professionnels de l'action sociale, etc.). L'évaluation des « besoins » de populations relevant de ces problématiques sur un territoire donné est donc difficile.

Ces questions renvoient à des enjeux scientifiques, institutionnels et sociétaux considérables :

- d'une part, la difficulté d'une appréhension objective de situations individuelles où la réalité sociale est étroitement articulée à la réalité psychique, et du fait que la subjectivité de l'observateur est elle-même en jeu dans l'observation, et du fait de la labilité des troubles et d'un rapport autre au temps
- d'autre part, le rapport entre une institution (la psychiatrie, relevant d'une compétence de l'Etat) et la société actuelle dans son ensemble (et notamment avec des services sociaux et médico-sociaux qui relèvent des compétences des collectivités territoriales),
- enfin les modalités particulières dont les personnes atteintes de troubles graves sur le plan psychique, notamment de psychose, sont en rapport avec la société et les autres personnes (voisins, familles, relations, professionnels...).

Si ces questions ne font pas l'objet directement de cette étude, elles n'en constituent pas moins l'arrière plan. Et c'est précisément parce que cette complexité multidimensionnelle est en jeu que la question du logement de ces populations n'est pas simple.

Dans ce contexte, l'objectif de la démarche est bien de contribuer à l'analyse des besoins, de rendre compte de la lecture de la demande par les acteurs de terrain, de repérer les facteurs qui limitent l'accès ou le maintien au logement de ces populations, et les éléments qui seraient favorables à la construction de nouveaux projets sans vouloir produire une analyse qui ferait consensus sur tous ces points.

12 Le point de vue des acteurs rencontrés

Compte tenu de la diversité des acteurs intervenant dans l'accès et le maintien des personnes souffrant de troubles psychique ou présentant un handicap psychique, il n'y a pas de position commune de leur part sur la question de l'évaluation des besoins. Toutefois, il est possible de dégager les principales tendances.

La première est l'absence d'approche globale quantitative des besoins : que ce soit au niveau hospitalier ou de la MDPH, il n'y a pas actuellement de connaissance ni d'estimation centralisées des besoins.

Pour les bailleurs, l'approche se fait essentiellement à travers la question des troubles de voisinage (cf. infra). Les ménages « perturbateurs » leur posent davantage de difficultés que les personnes souffrant de troubles psychiques ou présentant un handicap psychique. Les bailleurs les différencient tout en indiquant qu'il peut parfois s'agir des mêmes... Mais comme le dit l'une des directions : « *le logement de ces personnes ne pose pas problème à partir du moment où il est suivi [...] si il y a un suivi des patients, si ils sont stabilisés, c'est transparent.* » Pour les bailleurs, la question des besoins est donc principalement celle de l'accompagnement des personnes et des conditions permettant l'observance du traitement médical (mais il s'agit là d'une vision restrictive de l'intervention de la psychiatrie, puisque les professionnels de cette institution n'interviennent pas uniquement dans ce registre, que le suivi d'un traitement médicamenteux ne garantit pas l'absence d'angoisses et de troubles, et que la liberté thérapeutique existe pour tout citoyen sauf en dehors de situations d'hospitalisation d'office).

Il est très difficile d'avoir une évaluation des besoins dans la mesure où des personnes suivies en psychiatrie sont logées et suivies dans le parc HLM sans que les bailleurs le sachent... sauf lorsqu'il y a une situation de crise. Ce sont principalement ces situations qui mobilisent les bailleurs et leurs attentes en matière de relais et de référents (cf. infra).

Les services sociaux hospitaliers sont à l'interface entre le social, le médicosocial et le sanitaire. Ils repèrent certains besoins : par exemple ceux pour les personnes âgées de plus de la cinquantaine, sans logement et hospitalisées par défaut : « *après le traitement médical, le problème reste social faute de pouvoir trouver un logement [...] Dans ce cas [absence de logement] le problème est plus social et économique que psychique pour l'accès à un logement.* » Les délais d'attentes d'orientation pour un foyer de vie, un FAM, une MAS sont très longs. Se pose alors aussi la question des solutions d'accueil en maisons de retraite, établissements inadaptés pour ces ménages plus jeunes que la moyenne des autres résidents, au mode de vie et comportements qui peuvent être différents.

Des besoins pour les plus jeunes sont également identifiés, notamment pour de jeunes psychotiques qui sont en psychiatrie suite à une période de crise. Le manque « *d'une étape post hospitalisation* » est clairement identifié par tous les travailleurs sociaux des hôpitaux. Par contre, il n'y a pas d'estimation quantitative de ces besoins. Ces acteurs soulignent donc le manque de couverture départementale en structures d'accueil adapté au handicap psychique.

Complétant cette première approche des points de vue, les parents et amis de personnes en souffrance psychique expriment une forte attente en matière d'accompagnement des personnes. C'est pourquoi ils insistent beaucoup sur la nécessité de disposer d'une démarche méthodologique permettant d'estimer quantitativement le nombre de personnes en situation de handicap. La question des moyens pour assurer une continuité des soins est une autre forte préoccupation de l'UNAFAM, notamment au début de la maladie qui est une phase d'accompagnement important des soignants. Les besoins portent donc sur des solutions adaptées permettant le soin et le logement : résidences d'accueil, logements d'insertion...

Les besoins sont donc principalement repérés en matière d'accès au logement, de structures d'accueil et d'accompagnement.

En élargissant la notion de besoin à ce qui est repéré par les acteurs comme étant un manque dans les dispositifs actuels, un élément récurrent dans les propos des bailleurs rencontrés (organismes HLM, CHRS ou associations intervenant dans la gestion locative adaptée) est un sentiment d'isolement face aux situations de crise. Ce sentiment est partagé par de nombreux acteurs : travailleurs sociaux, responsables de services, directeurs, techniciens de différentes structures (organismes HLM, collectivités locales, CHRS, opérateurs ASLL, opérateurs de mesures de protection des majeurs, etc.).

Il ne s'agit pas ici de se prononcer sur le bien fondé ou non de ce sentiment. Par contre, il importe d'en faire le constat dans la mesure où cela conditionne fortement les relations entre les différents intervenants et notamment la relation avec le secteur hospitalier.

Ce sentiment illustre la référence à un mode de pensée où il y a appel à une entité qui serait ou devrait être à même d'apporter sinon la, au moins une « solution » (et sinon la totalité, du moins l'essentiel de cette « solution »). Dans ce cas, celui qui peut remédier à ces situations est considéré en grande partie comme « responsable ».

Il est révélateur que pour les acteurs rencontrés, « la solution » passe rarement par eux mais par d'autres. S'ils conviennent ensuite de la nécessité d'une approche collective, ils se sentent souvent démuni et dans l'incapacité d'intervenir seuls. Ce sentiment est compréhensible dans la mesure où ils disent être souvent seuls confrontés à une situation de crise. C'est particulièrement le cas des bailleurs, qu'ils soient organismes HLM, CHRS ou associations intervenant dans la gestion locative adaptée.

Ce sentiment conduit à une demande forte « d'un référent » lors des situations de crise. Cette demande s'adresse prioritairement au secteur hospitalier dans la mesure où, les autres intervenants ne disposant pas de la compétence médicale et se sentant isolés et démunis, c'est le secteur sanitaire qui est considéré comme pouvant (devant ?) intervenir⁶.

C'est un point important de la relation entre l'hôpital et les autres intervenants, source d'incompréhension et de ressentiment. Lorsqu'ils sont confrontés à une situation de crise, ils supposent que l'hôpital a toute capacité d'intervention auprès de la personne. Or si la personne ne le souhaite pas, les possibilités d'intervention de l'institution psychiatrique

⁶ Sans préjuger du bienfondé de cette position.

(avec ses interventions médicales et psychothérapeutiques) sont limitées : en effet, le cadre légal d'intervention le plus fréquent est l'acceptation du suivi par la personne. Les autres possibilités sont l'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) ou l'hospitalisation d'office (HO).

Alors qu'elles ne présentent qu'une partie des questions relatives au logement des personnes avec des difficultés d'ordre psychiques, les situations de crise conduisent à l'expression d'une forte demande de la part des bailleurs et des intervenants sociaux : pouvoir mettre en place des formes de protocoles, de chartes, ou de conventions associant l'ensemble des partenaires : travailleurs sociaux, bailleurs, collectivité locales, forces de l'ordre et secours, hôpital... La demande porte sur du « partenariat opérationnel » avec les services pouvant intervenir lors de ces situations de mise en danger de la personne elle-même mais aussi de son environnement. Il s'agit donc de mettre en œuvre « pratiquement » la charte sur le handicap psychique signée dans le département.

13 La diversité des situations à prendre en compte

En plus des particularités de l'objet d'étude, il convient de prendre en compte la diversité des situations liée à la combinaison des formes d'habitat et d'accompagnement existantes pour ces personnes. En effet, les investigations demandées concernent également les dispositifs existants intervenant dans le champ de l'accès et du maintien dans le logement de personnes souffrant de troubles psychiques ou présentant un handicap psychique. Or ces dispositifs et / ou services et leurs combinaisons sont nombreux.

La question de l'accès et du maintien dans le logement des personnes souffrant de troubles psychiques ou présentant un handicap psychique se pose différemment selon que la personne bénéficie, ou non, de différentes formes d'accompagnement ou d'appui :

- mesure d'accompagnement de type SAVS, SAMSAH⁷, SACAT ou ASLL,
- mesure de protection pour majeur de type tutelle ou curatelle,
- selon l'opérateur assurant l'accompagnement (association, CCAS, CDAS...),
- selon que la personne fréquente ou non un GEM ou un accueil de jour,
- selon que la personne bénéficie ou non d'un soutien familial et / ou amical.

Elle se pose aussi différemment selon les conditions et le rapport au logement :

- disposer d'un logement autonome en étant soit titulaire du bail, soit propriétaire,
- être logé / hébergé par la famille,
- être logé dans une structure collective,
- être hébergé dans une structure du dispositif d'hébergement d'urgence et d'insertion de type CHRS par exemple,
- enfin être en situation de non logement telle que la rue, l'hospitalisation par défaut,
- etc.

⁷ Ce type de mesure n'existe pas en Ile-et-Vilaine dans le domaine psychique.

II LES TYPES DE BESOINS REPERES POUR LES PERSONNES

En fonction de ces situations et des territoires, plusieurs types de besoins ont été repérés au cours de la phase de diagnostic. Il s'agit d'une approche qualitative des besoins, présentée en comité de pilotage lors de la réunion du 22 juin 2009 et lors de la séance du groupe de travail du Conseil général du 26 juin associant des représentants des secteurs sanitaire, social et médicosocial ainsi que l'UNAFAM et l'association départementale des organismes HLM.

Les difficultés d'accès et de maintien dans un logement autonome sont souvent les mêmes : faiblesse voire inexistence des ressources, troubles du comportement générant craintes et stigmatisation des bailleurs et du voisinage, volonté des bailleurs de disposer « d'une garantie » d'un bon usage des lieux ...

21 Les difficultés d'accès à un logement autonome

L'accès à un logement autonome est de plus en plus difficile pour une part croissante de la population en raison principalement de l'insuffisance de l'offre locative accessible aux ménages disposant de faibles ressources. Ces difficultés sont renforcées lorsqu'il s'agit des personnes souffrant de troubles psychiques ou présentant un handicap psychique.

L'accès au logement HLM se fait dans le cadre du droit commun. « *On se sait pas si la personne est psy quand elle arrive pour signer sauf si on remarque quelque chose de bizarre !* » Ces propos de bailleurs révèlent l'absence de filière spécifique pour l'attribution d'un logement. Par contre, il existe aussi des demandes de logement émanant de certains services sociaux qui permettent de repérer les « difficultés » du candidat. Dans ce cas, la réponse des bailleurs la plus fréquente est : « *si la personne est suivie, il n'y a pas de problème.* » Cela témoigne en retour des grandes difficultés pour accéder à un logement pour les candidats sans accompagnement social ou refusant ce suivi. D'ailleurs pour un bailleur, « *prendre la filière ordinaire pour certains candidats conduit à un refus.* » illustrant la nécessité d'accompagnement.

L'accès au logement HLM se fait donc dans le cadre du droit commun. Le droit commun permet à certains ménages d'être prioritaires en fonction de leur situation (ressources, expulsion, sans logement, etc.) dans le cadre du PDALPD. Il n'y a donc pas de filière spécifique concernant le handicap psychique.

Sur Rennes Métropole par exemple, c'est dans le cadre du relogement prioritaire et de la CLH que les situations peuvent être examinées à partir du rapport social. Les orientations de la CLH se feront soit vers un logement HLM ou AIVS, soit vers un logement en résidence (ALFADI, le Tryskel, Villebois Mareuil...), le tout avec ou sans accompagnement social. La CLH est « dérogatoire » dans la mesure où les autres CLH du département sont placées sous l'autorité du représentant de l'Etat (le sous préfet) dans le cadre du relogement prioritaire.

La CLH statue sur les demandes de relogement prioritaire faite par différents services (CDAS, associations, hôpitaux, organismes HLM...). Les dossiers sont transmis à la CLH

par le travailleur social. Ils sont traités et passent en commission. Une commission « offre » réunit tous les 15 jours des techniciens du service habitat social de la ville de Rennes, de la CAF, de la CLH / service habitat de Rennes Métropole. Une commission mensuelle présidée par le vice président de Rennes Métropole réunit les bailleurs HLM, les différents services concernés (CDAS, associations...), ALFADI... La CLH agit en collaboration avec le service habitat social de la ville de Rennes où est localisé la majorité de l'offre de logements.

Ce n'est pas tant l'absence de filière spécifique qui est un obstacle à l'accès au logement que **l'absence de prise en compte des spécificités liées aux troubles psychiques ou présentant un handicap psychique dans le cadre du traitement ordinaire de droit commun** des demandes de logement. En effet, dans un contexte de tensions sur le marché locatif, des demandes particulières peuvent être assimilées abusivement à des « demandes de confort » ou à des « exigences » incomprises par les bailleurs.

De nombreux exemples ont été cités lors des entretiens et lors des réunions du groupe de travail du Conseil général. C'est le cas des demandes de logement inférieur au 3^{ème} ou 4^{ème} étage, promptement « décodées » par les instances des organismes HLM comme une demande de petits collectifs (les plus valorisés) et comme le refus d'une tour... Le choix de tel ou tel quartier lié au suivi des soins, à la continuité du lien thérapeutique et à la proximité du CMP peut être compris comme étant un élément « d'exigence » du candidat alors que les autres demandeurs ont des choix plus ouverts.

A ces difficultés de la demande, s'ajoutent parfois celles des refus par les bénéficiaires. Ces refus non compris par les instances proposant le logement (services des organismes HLM, commission logement de la ville de Rennes, CLH...) sont donc considérés comme non justifiés, et in fine pénalisent le demandeur. C'est le cas de proposition de logement à un étage élevé, dans un secteur éloigné des possibilités de soins, etc.

L'exemple suivant cité en groupe de travail en témoigne. Une proposition de logement est faite dans un petit immeuble d'un quartier central, proposition considérée comme très valorisée par les services. Elle a été refusée par le candidat. L'incompréhension était réelle et justifiait une pénalité selon les services de relogement. En fait le logement était situé entre deux débits de boisson et la personne sortait d'une hospitalisation et d'un sevrage alcoolique. Ce n'est que l'intervention du travailleur social auprès de l'organisme qui a permis d'expliquer les motifs de refus et de retrouver le caractère prioritaire de la demande de logement.

Globalement, pour de nombreux travailleurs sociaux, notamment des centres hospitaliers, la question est « *Comment faire reconnaître le caractère prioritaire d'une demande d'accès ou de mutation interne sans en dire trop ?* »

Une autre difficulté propre à ces situations est celle des délais et de la réactivité. Des travailleurs sociaux d'établissements hospitaliers insistent sur la nécessaire coordination entre la date d'obtention du logement et le travail social préparant la sortie du patient. Cette contrainte pour les travailleurs sociaux et pour le bailleur est une difficulté supplémentaire par rapport à l'instruction classique d'une demande ordinaire.

22 Les risques de perte de logement pour la personne

Si les difficultés d'accès au logement sont importantes, l'une des principales difficultés concernant le logement des personnes souffrant de troubles psychiques et / ou reconnues avec un « handicap psychique », concerne leur maintien dans leur logement. En effet, nombre d'entre elles sont déjà logées, notamment dans le parc locatif public compte tenu de la modicité de leurs ressources. Mais elles peuvent également disposer d'un logement loué auprès d'un bailleur privé ou être propriétaire.

A noter que sur Rennes Métropole, l'AIVS gère près de 500 logements dont une partie est sous louée à des personnes en souffrance psychique. Il en est de même des personnes bénéficiant d'un logement en gestion locative par ALFADI. Pour ces deux structures, la question des conditions permettant le maintien dans le logement de personnes souffrant de troubles psychiques ou présentant un handicap psychique est posée de façon récurrente. Il en est de même pour les bailleurs HLM régulièrement confrontés à des comportements et des modes d'habiter incompatibles avec un usage « normal » des lieux.

Les risques de perte de logement sont liés à différentes situations mais sont le plus souvent des conséquences de la pathologie. Il est possible d'identifier les principales causes risquant de conduire à la perte du logement pour la personne.

221 L'absence d'approche collective des situations

Les éléments contribuant à la complexité des situations ont été présentés en introduction. Cette complexité a pour principale conséquence la nécessité de disposer d'un réel partenariat au niveau local et d'un bon partage des informations. Or, c'est le déficit d'informations partagées entre les bailleurs sociaux, le secteur social et le secteur hospitalier qui est identifié comme étant souvent à l'origine des procédures conduisant à une perte du logement.

L'importance de pouvoir intervenir très en amont suppose une connaissance de la situation, un « diagnostic partagé » entre les différents partenaires et un accord sur les moyens à mettre en œuvre afin d'éviter la dégradation de la situation et donc les risques d'expulsion. Les exemples de dispositifs de travail décloisonnés présentés ensuite⁸ témoignent les possibilités d'intervention.

222 Les troubles de voisinage

Un certain nombre d'expulsions sont faites au titre des troubles de voisinage et des problèmes de comportement. La personne peut avoir un comportement agressif ou violent vis-à-vis du voisinage mais aussi du bailleur.

Les troubles liés à l'alcoolisation des personnes sont régulièrement cités. Beaucoup de ces situations ne relèvent pas *stricto sensu* du handicap psychique mais il convient de noter que l'alcool est souvent utilisé comme médicament contre l'angoisse liée aux troubles

⁸ Cf. § 313 p. 23.

psychiques. Les conséquences en termes de comportement vis-à-vis des voisins, des personnels des bailleurs et plus globalement de l'environnement sont considérées comme étant sources de troubles de voisinage.

Ces troubles de voisinage ne sont pas uniquement liés au comportement vis-à-vis des personnes. Un bailleur l'illustre à partir du cas d'une personne habitant un ancien immeuble d'une dizaine de logements en centre ville. A plusieurs reprises, cette personne appelle les secours pour annoncer qu'elle a ouvert le gaz. Face à cette situation et au risque réel encouru par les autres locataires, cette personne doit quitter son logement. Le bailleur décide alors de proposer un relogement. C'est donc par le rachat d'un pavillon en entrée de ville, avec un chauffage électrique (sans gaz donc) que le bailleur a remédié à ce trouble de voisinage. Cette situation par la forte implication de la direction de l'organisme a pu trouver une issue. Par contre, selon les propos de la direction, si ce changement est positif pour l'environnement, cela reste à démontrer pour la personne concernée : plus isolée, elle ne bénéficie plus de la proximité des autres voisins qui permettait de lutter contre son isolement.

L'absence d'approche collective dans ce cas est clairement identifiée par le bailleur qui estime avoir été seul face à une situation pour laquelle il n'avait pas prise.

C'est aussi le cas d'une personne menaçant de mettre le feu à son appartement suite à plusieurs tentatives. Selon le bailleur, il y avait un risque permanent d'incendie. Cette situation a duré douze années, au cours desquelles le bail a été résilié, le concours de la force publique accordé et a débouché finalement sur une hospitalisation sous contrainte.

Toutefois, les bailleurs indiquent que la grande majorité des troubles de voisinage ne sont pas le fait de personnes souffrant de troubles psychiques ou présentant un handicap psychique. Pour elles, les principales difficultés en termes de voisinage proviennent de personnes qui ne sont pas reconnues handicapées, qui ne se reconnaissent pas comme souffrant de troubles psychiques et qui sont dans une forme de déni. Dans ces situations, tous les bailleurs rencontrés indiquent qu'ils sont démunis.

223 L'appropriation des logements et les modes d'habiter

Les troubles de voisinage interviennent dans le cadre d'une confrontation avec l'extérieur. D'autres situations difficiles concernent le mode d'habiter de personnes souffrant de troubles psychiques ou présentant un handicap psychique.

Les principales difficultés pouvant remettre en cause le maintien dans le logement sont celles relatives aux problèmes d'hygiène et d'incurie aggravée dans le logement. De nombreux exemples sont cités concernant des logements inaccessibles, remplis de sacs de déchets, de détritrus, de bennes à ordures, de piles de journaux du sol aux plafonds, etc. Des logements nécessitant des travaux considérables de remises en état, mobilisant des bennes pour évacuer les tonnes de déchets, etc.

Ces situations, regroupées sous l'appellation du « syndrome de Diogène⁹ », sont découvertes principalement lors d'une hospitalisation de la personne ou, pour le parc public, lors de travaux de réhabilitation des logements. Les organismes HLM indiquent qu'il est très difficile de repérer ces situations dans la mesure où ces personnes ne génèrent aucun trouble de voisinage et acquittent régulièrement leur loyer. C'est l'une des raisons qui expliquent, selon les animateurs du récent groupe de travail « hygiène et logement » (Hylo) créé à l'initiative de bailleurs HLM, qu'il n'y a pas eu d'expulsion liée au syndrome de Diogène (accumulation de déchets) par les organismes HLM sur Rennes Métropole.

C'est donc la conséquence de l'isolement et de la non mobilisation de certains dispositifs tels que les aides à domicile, les différents services d'accompagnement social se déplaçant à domicile, etc. qui sont considérés comme étant à l'origine de ces situations puisque c'est lorsqu'un tiers pénètre dans le logement que la situation est découverte.

A l'échelle départementale, il est difficile d'avoir une estimation précise de ces situations. Actuellement, à l'exception des villes de Rennes et Fougères dotées d'un service municipal, les services de la DDASS interviennent en appui aux maires dans le cadre du code de l'environnement suite à des signalements. Auparavant, ils intervenaient directement au nom de l'Etat dans le cadre du code de la santé. Environ une quinzaine de situations sont signalées chaque année sachant qu'il ne s'agit pas d'un recensement exhaustif et que nombre de situations ne sont pas connues.

224 Les hospitalisations

La perte du logement peut être également la conséquence d'un départ de la personne en phase de décompensation psychique. La personne peut rester à la rue, être hébergée, squatter... sans retourner dans son logement ni acquitter les charges afférentes à ce dernier. Elle peut être également hospitalisée sans que le lien avec le logement soit maintenu. Se posera ensuite la question des conditions du retour dans le logement après l'hospitalisation, et ce d'autant que le départ du logement suite à une phase de décompensation l'a souvent laissé dans un état dégradé, désordonné et chaotique. Il convient donc de bien préparer le retour afin d'éviter une « rechute » et ses conséquences pour le maintien dans le logement.

225 L'isolement des personnes

Le fort isolement des personnes souffrant de troubles psychiques ou présentant un handicap psychique, qui est l'une des caractéristiques de ces pathologies, peut être aussi à l'origine de la perte du logement. Les réelles difficultés à pouvoir assurer / assumer le quotidien du logement doivent être prises en compte.

⁹ Cf. par exemple « *Insalubrité morbide, syndrome de Diogène et santé publique* » BISE. Institut national de santé publique du Québec. Avril 2005.

Cela concerne à la fois le « savoir habiter » à l'intérieur du logement et le « savoir habiter » à l'extérieur du logement, soit le rapport à l'altérité. Les questions d'occupation du logement, des pratiques et usages de la personne dans son logement (incurie aggravée, stockage de matériaux, immondices et déchets, présence d'un animal...) peuvent être à l'origine de graves dysfonctionnements pouvant conduire à une perte du logement.

Les actions visant à rompre l'isolement de ces personnes participent donc à réduire les risques de pertes de logement.

23 La nécessaire prise en compte du vieillissement

Une préoccupation partagée par de nombreux intervenants concerne le vieillissement, que ce soit celui des personnes souffrant de troubles psychiques ou présentant un handicap psychique où celui des aidants et des parents. L'accueil des personnes vieillissantes souffrant de troubles psychiques ou présentant un handicap psychique se pose à différents niveaux, selon que la personne dispose d'un logement autonome, est logée dans une structure collective ou est hébergée par sa famille. Dans ce dernier cas, la situation diffère selon que les parents sont « hébergeants » ou hébergés.

- S'agissant des personnes en foyers de vie, la question se pose en termes de capacité d'accueil et surtout de conditions d'accueil dans la mesure où seulement deux établissements sont uniquement dédiés aux troubles psychiques (la grande maison gérée par Espoir 35 et le foyer Camille Claudel de Redon géré par le centre hospitalier), les autres ayant un double agrément (handicap psychique et déficience intellectuelle). Au sein de ces derniers, les foyers de Bais et celui tout récent d'Iffendic sont dédiés à l'accueil de personnes vieillissantes (au-delà de 40 à 45 ans),
- Des besoins apparaissent également concernant des personnes vieillissantes déjà résidentes en foyers de vie. Les réponses se font sous la forme de vacations des médecins dans ces établissements ou par des hospitalisations. Se pose alors la question de la relation entre les foyers de vie et l'hôpital lors de ces hospitalisations et des possibilités de retours à l'issue de ces dernières,
- Le placement en maison de retraite est considéré le plus souvent comme une solution pas toujours adaptée compte tenu de l'écart d'âge avec les autres résidents,
- Se pose, comme pour les autres personnes vieillissantes, la question du maintien à domicile et de la mobilisation des services à la personne (auxiliaire de vie, infirmier à domicile, etc.). L'activité ambulatoire des CMP permet de maintenir ces personnes à domicile,
- Pour les personnes hébergées par leur famille, la question est celle de l'incapacité progressive des parents à poursuivre l'accueil de leur enfant compte tenu de leur âge avancé, mais aussi des décès. Ces personnes étant souvent très éloignées de l'autonomie ont besoin d'un fort accompagnement,
- Les situations d'hospitalisation par défaut faute de solutions adaptées pour des patients âgés.

24 Eléments de conclusion sur l'évaluation des besoins

L'évaluation des besoins en matière d'accès et de maintien dans le logement interroge en partie à la fois ce qui concerne la composante psychique et la dimension sociale du logement. En partie, c'est-à-dire qu'il convient d'être vigilant à ne pas trop s'écarter de la problématique initiale centrée sur le logement : le risque est réel de dévier sur d'autres débats concernant la psychiatrie, la place des patients dans la société, etc. Ils intéressent notre problématique mais ne doivent pas s'y substituer.

S'agissant de l'évaluation des besoins en matière d'accès et de maintien dans le logement des personnes souffrant de troubles psychiques, il est possible de synthétiser les éléments du débat à partir de deux axes principaux : l'approche qualitative et la nécessité d'une approche quantitative.

Les principales composantes qualitatives des besoins

Elles ont été développées précédemment. On peut en résumer les principaux éléments d'analyse et les premiers axes de propositions :

- prendre en compte les spécificités des demandes de logement des personnes souffrant de troubles psychiques pour limiter une part des difficultés d'accès au logement HLM de ces personnes,
- lutter contre l'isolement des personnes qui est à l'origine de nombreux dysfonctionnements liés au logement. La visite à domicile, si elle ne résout pas tout, est un facteur positif. Elle peut être associée à d'autres modalités permettant de rompre l'isolement ou de le réduire (GEM par exemple),
- complétant le point précédent, le développement et le renforcement des dispositifs d'accompagnement social et médicosocial (SAVS par exemple), est un facteur important favorisant l'accès et le maintien dans le logement,
- créer les conditions pour promouvoir une approche décloisonnée des situations. Un seul acteur ne sera pas et ne pourra pas être en mesure de disposer à la fois de l'ensemble des informations relatives à une situation, des compétences pour réaliser un diagnostic, pour accompagner la personne, pour proposer une éventuelle solution de relogement ou d'hébergement, etc.
- répondre aux besoins en accès et maintien dans le logement des personnes vieillissantes aujourd'hui et anticiper ceux de demain, à la fois pour les personnes en souffrance psychique et pour leurs aidants familiaux,
- mobiliser davantage (lorsque cela est possible) les dispositifs d'aide à domicile tels que les auxiliaires de vie, les aides ménagères, etc. permettant le maintien à domicile. Ces professionnels doivent être formés à ce type de handicap,
- la nécessité d'améliorer les conditions de certaines sorties d'hospitalisation et les liens entre l'environnement du patient et l'hôpital afin de préparer au mieux la rentrée dans le logement

- pour les bailleurs, mettre en place un « partenariat opérationnel » avec les services pouvant intervenir lors des situations de « crise » afin d'éviter les mises en danger de la personne ou de son environnement, mais aussi les éventuels troubles de voisinage,

La nécessité d'une estimation quantitative des besoins

La mise en place de dispositifs d'accès ou de maintien dans le logement pour une population donnée suppose une estimation quantitative des besoins. Pour tout public, une telle estimation suppose de tenir compte de multiples facteurs, auxquels s'ajoutent ici le fait que les besoins n'existent pas de manière absolue sans un système d'observation et de recueil. La mise en place d'une offre nouvelle peut aussi avoir pour conséquence la mise en évidence de besoins non repérés précédemment et peut même générer une partie de la demande.

La complexité des notions de troubles psychiques et de handicap psychique rappelée dans l'introduction explique la difficulté de l'estimation. On le constate à partir des observations rapportées lors des entretiens : aucune personne rencontrée ne peut donner sur ce plan de données chiffrées fiables et suivies sur plusieurs années, données que l'on pourrait comparer à celles d'autres interlocuteurs.

Deux approches peuvent être mobilisées afin de disposer d'éléments permettant une approche globale de ces besoins à court et moyen terme : une estimation générale et une évaluation à partir des dispositifs.

L'estimation générale peut être calculée à partir de différents travaux réalisés sur ces questions et proposant une estimation en terme de pourcentage de la population totale¹⁰. Avec une population de 945 850 personnes au dernier recensement de 2006 en Ile-et-Vilaine et en retenant un taux de population avec des troubles psychiques graves de 2%, (taux minimal dans toutes les études scientifiques), l'estimation porte sur 18 917 soit environ 19 000 personnes.

Cette population est logée actuellement dans différentes conditions allant du logement autonome en location publique ou privée ou en étant propriétaire aux différentes structures d'accueil (foyers de vie, CHRS, résidences sociales, maisons relais, hôpitaux, centres de post cure) en passant bien sûr par les différentes formes d'hébergement (familial, familles d'accueil...).

Pour améliorer cette estimation des besoins, il faut travailler sur les lieux principaux d'accueil de cette population, à partir des dispositifs existants. La CNSA a souligné lors du colloque de mars 2009 sur le handicap psychique que les MDPH ont vu venir vers elles un public important, constituant une nouvelle demande. C'est donc lors de la formulation de

¹⁰ La charte de coopération avance des taux de 1% et de 5%, soit une fourchette de population de 9 000 à 45 000 personnes. L'UNFAM Paris utilise le chiffre de 2% (Livre blanc 2009 : Le logement des personnes avec des troubles psychiques à Paris.)

cette demande à la MDPH que le recueil d'information sur la situation de logement du ménage et de la personne peut être organisé.

Dans la mesure où toutes les personnes de ce public ne formulent pas de demande, il faut disposer d'autres lieux de repérage : les services de psychiatrie paraissent alors les structures les plus adéquates, en y intégrant :

- la psychiatrie publique et la psychiatrie privée,
- les services médico-sociaux chargés de l'accompagnement des personnes dans leur réinsertion sociale,
- mais également les services d'accueil d'urgence et d'évaluation des situations (au CHGR et dans les autres structures hospitalières de la psychiatrie).

La production de séries de données par les MDPH et par tous les services de psychiatrie du département, sur une base méthodologique commune, permettrait de suivre et d'analyser quantitativement et qualitativement les besoins de ces publics. Il s'agirait de disposer des renseignements de base sur la situation de logements des personnes concernées : le statut du logement occupé, ou les conditions d'habitat des personnes sans logement (en cohabitation ou en institution), les caractéristiques du logement, les demandes, la localisation, etc.

III LES TYPES DE REPONSES EXISTANT EN ILLE-ET-VILAINE

Face à ces différents types de besoins, plusieurs types de réponses ont été progressivement mis en place, soit spécifiques aux personnes souffrant de troubles psychique, soit relevant du droit commun, soit en lien avec d'autres formes de prise en charge du handicap.

31 Les réponses dédiées au handicap psychique

En Ille-et-Vilaine, les réponses dédiées uniquement au handicap psychique sont relativement limitées¹¹ et plutôt récentes comme l'atteste la signature de la charte de coopération entre les secteurs sanitaire, social et médico-social par de nombreux partenaires au Conseil général le 17 septembre 2007.

Il s'agit d'une part des services d'accompagnement des personnes et des structures d'accueil collectives de type hébergement, le plus souvent financés par le Conseil général.

D'autre part, les logements d'insertion développés par certains services des hôpitaux apportent une réponse importante au niveau qualitatif, mais qui reste insuffisante pour de nombreux acteurs.

Enfin, seront présentés des dispositifs décloisonnés fonctionnant sur différents territoires du département.

311 Les services d'accompagnement et les structures d'accueil

Les SAVS

Le SAVS dépend d'un financement du Conseil général. Il a pour mission de contribuer à la réalisation du projet de vie des personnes adultes en situation de handicap par un accompagnement adapté favorisant le maintien ou la restauration des liens familiaux, scolaires, universitaires, ou professionnels. Il facilite leur accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité. Il répond aux besoins d'assistance ou d'accompagnement pour tout ou partie des actes essentiels de la vie, d'un accompagnement social en milieu ouvert et un apprentissage à l'autonomie.

Les prestations du service sont délivrées à domicile (logement autonome, structures collectives, hébergement dans la famille...) et sont assurées par des professionnels : assistant social, éducateur spécialisé, aide médico-psychologique, moniteur-éducateur, psychologue...

Les personnes bénéficient d'une reconnaissance du handicap et d'une orientation de la Commission des droits et de l'autonomie (CDA) de la MDPH. A noter la souplesse du Conseil général permettant à des personnes d'être accompagnées par un SAVS afin d'aller

¹¹ Les définitions sont issues du « *guide des établissements et services pour personnes handicapées* » du Conseil général. Novembre 2008.

vers une reconnaissance du handicap et un passage en MDPH, ce qui est l'une des difficultés importantes de ces troubles (non reconnaissance et/ou déni).

La couverture territoriale est partielle et devrait progresser dans les années à venir afin de disposer d'une offre sur l'ensemble du territoire, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui.

En 2009, il y a quatre SAVS spécialisés « handicap psychique » dans le département :

- Le Domaine à Châteauneuf d'Ille-et-Vilaine. Le SAVS de 18 places existe depuis 1992 et est intégré au reste du centre (foyer d'hébergement, ESAT...). Il intervient sur le nord du département et le secteur malouin auprès de travailleurs de l'ESAT.
- L'Estran, SAVS de 30 places devant passer à 60 (quinze places en 2010 et quinze autres en 2011) est situé à Saint-Malo et dépend de l'APASE. L'agrément vaut pour le pays malouin mais actuellement, l'intervention est limitée à la ville centre.
- Itinéraire Bis à Mordelles a une capacité de 25 places. Les interventions privilégient le secteur ouest de l'agglomération rennaise (théoriquement 25 km autour de Mordelles) en évitant la ville centre a priori mieux dotée.
- Espoir 35 est le SAVS le plus important avec 62 places. Il intervient sur l'ensemble de l'agglomération rennaise.

L'accueil de jour

L'Autre Regard existe depuis 1985. Situé à Rennes, c'est le seul service de ce type dédié au handicap psychique. D'une capacité de 20 places, il accueille dans la journée les personnes afin de favoriser le maintien à domicile et soulager les familles.

Les SACAT

Les sections annexes aux ESAT dépendent d'un financement du Conseil général. Elles accueillent des personnes orientées en ESAT par la CDA mais qui ne peuvent pas ou plus y travailler à temps plein et ont besoin d'une prise en charge complémentaire à temps partiel, ou qui ont besoin de reprendre le travail progressivement après une hospitalisation ou un arrêt de travail. Il y a deux sections dédiées au handicap psychique en Ille-et-Vilaine :

- Le SACAT du Domaine a une capacité de huit places. Ses objectifs sont l'accompagnement dans un retour professionnel et dans un départ de l'établissement.
- Le SACAT « les Maffrais » du GIP du Placis Vert d'une capacité de huit places prépare des personnes dont les troubles sont en voie de stabilisation à une insertion progressive en ESAT.

Les foyers de vie et foyers d'hébergement

Les foyers de vie (également appelés foyers occupationnels), financés par le Conseil général, accueillent des personnes inaptes au travail et qui ont besoin d'un accompagnement quotidien. Ils fonctionnent 24 heures sur 24 et les personnes ont une autonomie suffisante pour des occupations quotidiennes.

Actuellement en Ille-et-Vilaine, la plupart des foyers de vie agréés¹² pour l'accueil des personnes en handicap psychique le sont également pour les déficients intellectuels.

Au total, sur les 440 places, seulement 36 places d'hébergement permanent sont dédiées au handicap psychique :

- La Grande Maison, petite unité de 6 places (hommes) située à Rennes, a été créée en 1998 par Espoir 35. Expérimentale au début, elle est reconnue ensuite comme foyer de vie par le Conseil général.
- Le foyer Camille Claudel est géré par le centre hospitalier de Redon et accueille 30 places en internat mixte.

Les foyers d'hébergement de travailleurs accueillent des adultes en situation de handicap qui travaillent à temps plein et/ou à temps partiel en ESAT ou en atelier protégé dans la journée. Ce peut être le lieu de vie des personnes ou un passage avant d'accéder à un logement ordinaire. Le personnel est présent le matin et le soir, quelquefois en journée.

Un seul foyer de ce type est agréé uniquement pour des personnes reconnues handicapées psychique en Ille-et-Vilaine (mais d'autres foyers peuvent accueillir des personnes souffrant de troubles psychiques sans pour autant être reconnues handicapées¹³). C'est celui du Domaine, situé à Châteauneuf d'Ille-et-Vilaine dans le Pays de Saint Malo. D'une capacité de 60 places, il est associé aux autres prestations du Domaine (SAVS, ESAT...).

L'habitat regroupé

Une seule structure relève de l'habitat regroupé, financé également par le Conseil général. Il s'agit de l'hébergement accompagné les « Deux vallées 35 » situé à Redon. Il dépend de l'association « Les Eaux vives » basée à Savenay et est intégré au pôle « hébergement accompagné » regroupant « les Deux vallées 44 » et « les Deux vallées 35 » ainsi que la résidence d'accueil de Savenay.

A Redon la capacité est de dix places (deux appartements de quatre places et deux studios). Il s'agit de permettre à des personnes en difficulté sociale et psychologique d'acquiescer et de retrouver une autonomie. Il n'y a pas de présence prévue la nuit.

Le projet initial prévoyait une équipe de quatre personnes et une grande amplitude de présence. Compte tenu du montage financier, ce sont deux travailleurs sociaux qui interviennent tous les jours de 8h à 21h, le samedi matin de 10h à 14h et le dimanche sous la forme d'une visite. La présence de deux personnes au lieu des quatre envisagées initialement et l'absence de personnel soignant implique une évolution des personnes accueillies. Ce sont des personnes ayant un minimum d'autonomie et stabilisées (bien que cette notion soit variable selon les interlocuteurs).

Le projet d'agrément d'un SAVS pour personnes handicapées psychiques sur le secteur contribuera à améliorer le fonctionnement de la structure.

¹².Cf. infra la carte de l'offre existante. § 33. p. 29.

¹³ Reconnaissance qui est, rappelons le, récente (2005).

312 Les logements de réinsertion

Le terme de logement d'insertion est une dénomination propre au CHGR. Ils sont considérés comme des unités à visée de réinsertion sociale du CHGR. Dans d'autres villes, ces logements peuvent être appelés appartements associatifs, communautaires (centres hospitaliers de Saint Malo et de Redon), logements protégés, ou autre... Il ne faut pas les confondre avec les appartements « thérapeutiques » qui sont des prolongements de l'hôpital « hors les murs » et où le dispositif d'intervention de soins est bien plus important. Cette confusion est très souvent faite et il convient d'être vigilant, d'autant qu'il n'existe qu'un seul appartement thérapeutique à Rennes.

Les logements sont loués par le CHGR aux organismes HLM et meublés par le CHGR. Les résidents sont sous-locataires. Ils signent un « **contrat d'hébergement thérapeutique en appartement de réinsertion**. Le patient s'engage à favoriser l'accès de l'appartement aux membres de l'équipe et à être présent lors des visites et à suivre l'ensemble des prescriptions thérapeutiques décidées avec le médecin et l'équipe soignante, y compris les décisions de ré-hospitalisation. Le CHGR locataire détient un jeu de clés et tout agent chargé du suivi de l'appartement pourra y pénétrer ; outre les visites à domicile des professionnels du CHGR, les patients des logements d'insertion fréquentent régulièrement un CMP, CATTP, ou hôpital de jour.

Le nombre de logements d'insertion du CHGR est de 25 correspondant à 36 places en 2009. Les deux tiers sont des logements pour une personne.

La répartition a peu évolué depuis plusieurs années. **Elle montre à la fois une concentration de places sur trois quartiers d'habitat social de Rennes et une absence de places sur d'autres, dont des quartiers récents où s'est construit de l'habitat HLM** (Les Longchamps, la Poterie, Cleunay, Beauregard, etc....) ou sur les communes périurbaines de l'agglomération.

Cette diversité d'implantation sur les quartiers rennais correspond à une diversité de pratiques des responsables de CMP. En effet tous les secteurs de psychiatrie qui couvrent l'agglomération rennaise ne disposent pas d'une part équivalente de logements d'insertion. Jusqu'à fin 2008, dans l'ancien découpage sectoriel de la psychiatrie, les écarts étaient importants entre des secteurs qui en disposaient un seul et d'autres qui en disposaient jusqu'à dix.

Cette gestion des logements par chaque secteur a pour conséquence une localisation des logements pouvant différer du territoire géographique du secteur de psychiatrie, obligeant personnel et patients à des déplacements peu rationnels.

Une pratique ponctuelle a été la mise en place **de baux glissants** avec des organismes HLM : quand le locataire se plaît dans le logement et s'intègre dans le quartier, il lui est proposé de devenir locataire, le CHGR reprenant un autre logement en sous-location de la part de cet organisme. Actuellement ce glissement a été pratiqué quelques fois, notamment dans le cas de personnes n'ayant pas de logement durant l'hospitalisation. Elle favorise la continuité du suivi et des soins, puisque le locataire garde les mêmes interlocuteurs avec qui **un lien thérapeutique** s'est établi.

Les occupants sont le plus souvent d'anciens patients stabilisés après une hospitalisation de plusieurs semaines ou plusieurs mois. Le public est majoritairement masculin, certains services acceptent la mixité dans les logements d'insertion, d'autres non. Beaucoup de ces patients ont une pension d'invalidité ou l'AAH, certains avec une mesure de protection juridique. Beaucoup n'avaient pas de logement avant leur hospitalisation, vivant chez leurs parents notamment. Il est observé que certains locataires n'ont plus assez d'autonomie pour accéder à un logement ordinaire, ce qui fait qu'ils y restent longtemps (ayant besoin du suivi des professionnels du CHGR), tandis que pour d'autres parfois des retours à l'hôpital sont nécessaires. Parmi ces usagers, il y a peu de personnes en rupture de bail de location, qui auraient perdu leur logement du fait d'un mauvais usage ou de troubles de voisinage.

Quand une hospitalisation fait suite à des troubles dans un logement HLM, les bailleurs peuvent demander qu'à sa sortie de l'hôpital, le locataire soit logé dans un logement d'insertion plutôt que dans un logement ordinaire.

Il n'y a pas de commission d'admission au CHGR pour ces logements : les propositions d'occupation se font au coup par coup dans chaque service. A noter que les occupants des logements d'insertion ne passent pas par la CLH.

L'occupation d'un logement d'insertion est l'objet d'un contrat tripartite, entre le cadre de santé du secteur concerné au CHGR, le patient sous-locataire et la DAFI, direction des affaires financières de l'hôpital, chargée de la gestion du loyer. Une fiche a été mise au point récemment pour le rapport entre l'équipe soignante d'un service rattachée au CMP sous responsabilité médicale et la DAFI.

Les logements d'insertion du CHGR et leur occupation rencontrent un avis favorable chez les organismes HLM bailleurs, parce qu'ils savent que leurs occupants font l'objet d'un suivi régulier à domicile et parce qu'ils ont souvent à leur propos un interlocuteur au sein de la psychiatrie.

Au niveau départemental, en mars 2009, le nombre de logements concernés étaient :

- Rennes : vingt cinq logements pour trente six places (CHGR),
- Fougères : trois logements pour trois places (CHGR),
- Vitré : un logement d'une place (CHGR),
- Mordelles : un logement d'une place (CHGR),
- Redon : un logement de trois places, (hôpital de Redon),
- Saint Malo : trois appartements soit neuf places (deux fois trois places hommes et une fois trois places femmes), (hôpital de Saint Malo).

Le nombre de ces logements a très peu évolué depuis de nombreuses années alors que dans le même temps, la population du département a fortement augmenté.

313 Les dispositifs décroisés

Face à la complexité des situations et au nombre important d'intervenants pouvant être mobilisés, des instances ont vu le jour sur certains territoires afin de proposer des

modalités d'approches collectives. Expérimentales à leurs débuts, certaines sont devenues référentes. Elles ont d'abord été mises en place en secteur rural, notamment sur le secteur du CDAS du Pays de la Roche aux Fées avec la commission « Rampes ». Cette dernière, créée il y a plus d'une dizaine d'années, associe différents professionnels de l'accompagnement social (CDAS, APASE), de l'insertion par l'économique (le Relais) et le CHGR (infirmiers et / ou médecins). L'entrée principale est celle du trouble psychique. Les problématiques liées au logement peuvent être abordées mais ne constituent pas l'axe principal d'intervention.

A partir de cette expérimentation en milieu rural, ce type de démarche s'est mis progressivement en place sur certains quartiers de la ville de Rennes. Soulignons que dans le fonctionnement quotidien des services concernés, malgré les remarques (relatives à des contraintes ou des difficultés d'échanges, générées surtout par les pathologies) rapportées ci-dessus, de multiples formes de collaborations positives existent entre les professionnels et les dispositifs de travail à la charnière entre le sanitaire, le social ou le médico-social, contribuant à l'accompagnement des personnes. Il en est ainsi de l'Equipe mobile psychiatrie – précarité qui s'est étoffée au cours des dernières années (composée d'infirmiers et de psychologues cliniciens) et qui intervient à la fois auprès des professionnels accueillant les publics et auprès de certaines personnes en difficulté pour les premiers entretiens thérapeutiques.

Les principes de fonctionnement des instances de travail psychiatrie – intervenants sociaux

Les réunions de concertation interinstitutionnelle sont nécessaires avant la mise en place de tels lieux de travail sur des situations particulières, parce que l'on touche à des logiques de fonctionnement spécifiques à chaque institution ou service, à des questions relatives au secret professionnel, à des représentations diverses relatives aux troubles d'ordre psychique.... Ces réunions conduisent à se mettre d'accord sur un cadre de travail commun et un état d'esprit, traduits dans une **charte de fonctionnement**, qui précise notamment :

- **les situations concernées** : personnes qui présentent à la fois des difficultés sociales et des signes de troubles pathologiques d'ordre psychiatrique ou psychologique, en évitant de travailler sur les situations d'urgence,
- **les objectifs de l'instance de travail créée** : le soutien aux professionnels en difficulté et la recherche en commun de pistes de travail nouvelles pour les personnes concernées, et notamment l'accès au soin,
- **l'organisation de l'instance** : le secrétariat est limité à une boîte aux lettres (une adresse), lieu de réunion et rythme (tous les mois ou deux mois),
- **la composition du premier cercle des membres permanents**, appartenant aux institutions ou services suivants : CDAS, CMP, CCAS, Mission Locale, Centre Social
- **la composition du second cercle** : tout 'intervenant social' du quartier concerné (autres professionnels des structures précédentes, des organismes HLM, des

services de tutelles, d'associations, ou d'autres services publics..) peut présenter une situation,

- **la déontologie du fonctionnement** : principe de liberté et de respect de la personne, règles déontologiques propres à chaque intervention professionnelle, secret professionnel et anonymat, absence de recherche d'antécédents psychiatriques, pas de constitution de dossiers.

Les démarches existantes sur les quartiers de Rennes

- quartier de Maurepas-Patton, depuis un travail de concertation en 2003, fonctionnement de l'instance **Lampadaires** : lieu de travail sur des situations particulières, commun aux intervenants sociaux et à des professionnels de la psychiatrie en position thérapeutique.
- quartier de Cleunay- Bourg l'Evêque, réunion en 2006 et fonctionnement de l'instance **Point d'interrogation** depuis fin 2006.
- quartier de Villjean-Maurepas-Patton (correspondant au nouveau secteur de psychiatrie, secteur Nord ou CG03), réunions de concertation en 2009 et mise en place du nouveau fonctionnement de **Lampadaires** pour les deux quartiers à partir de septembre 2009.
- suite au redécoupage des territoires des secteurs de la psychiatrie début 2009 : réunions avec les acteurs du quartier Centre et perspective de création d'une instance de ce type en 2010.
- sur le reste du département : fonctionnement de Rampes sur le secteur de La Guerche-de-Bretagne et Retiers et de Rem'aides sur celui de Bain-de- Bretagne.

Eléments de bilans

Dans la mesure où ils analysent des situations apportées par les travailleurs sociaux, ces dispositifs vont être amenés à aborder directement ou indirectement le rapport au logement. On peut donner les chiffres suivant en guise d'éléments de bilan, à partir des exemples de Maurepas-Patton et de Cleunay-Bourg l'Evêque :

- **Lampadaires** : 50 situations présentées en 4 ans, avec la participation de plus de cinquante professionnels du second cercle,
- **Point d'interrogation**, sur Cleunay-Bourg l'Evêque : étude de 25 situations de septembre 2006 à mars 2008 ; pause fin 2008 – début 2009 du fait du changement de personnel dans la psychiatrie (re-sectorisation), des réunions avant l'été 2009 et programmées à l'automne 2009,
- les échanges aboutissent soit à une orientation de personnes vers le soin, éventuellement psychiatrique, contribuant à prévenir des « situations de crise », soit à préciser l'accompagnement social, notamment la coordination des intervenants, soit à mieux comprendre la situation et à rechercher un autre positionnement de l'intervenant principal,
- une adaptation des formes des contrats (notamment RMI, avec la réduction des exigences institutionnelles quand il y a des troubles mentaux),

- à Maurepas, la mise au point d'un protocole pour l'intervention des services d'aide à domicile après hospitalisation psychiatrique,

Quelques traits de ces dispositifs de travail peuvent être soulignés:

- il ne s'agit pas d'un nouveau service, mais d'un **groupe de travail permanent**, qui évite à un intervenant social de « bricoler » ou d'improviser une réunion sur une situation complexe où il est dépassé,
- il ne s'agit **pas d'un réseau**, où les professionnels cherchent à orienter telle personne vers la bonne porte ou le bon service ; il y a d'ailleurs des personnes qui circulent entre services et parlent de leurs troubles psychiques à un intervenant social et de leurs problèmes sociaux à une personne en position thérapeutique,
- il ne s'agit pas de **supervision** ou **d'analyse de pratiques institutionnelles**, de **dispositifs fermés** mis en place pour les professionnels d'un service. Ici sont mobilisés plusieurs professionnels de plusieurs services ou institutions,
- il s'agit d'un **dispositif léger, souple**, (une réunion d'une demi-journée tous les deux mois ou tous les mois, sans constitution de dossiers sur les personnes), à géométrie variable, **ouvert** à tout intervenant professionnel du quartier,
- ce dispositif a une **légitimité** parce qu'il a été mis au point à partir de réunions institutionnelles préalables et que le professionnel qui va y présenter une situation a l'aval de ses responsables,
- la présence dans le cercle permanent de professionnels en **position thérapeutique** (psychiatre ou psychologue) y est décisive puisqu'ils apportent un autre regard sur les situations, permettant de comprendre parfois une logique psychique autre que la rationalité ordinaire,
- le dispositif ne pourrait fonctionner sans l'investissement des professionnels des **deux grosses institutions** que sont les CDAS et les CMP de la psychiatrie publique, avec l'aval de leurs responsables, ce qui n'enlève rien à l'importance de la présence d'autres services,
- contrairement à d'autres services (la cellule psychiatrie – précarité du CHGR) le dispositif ne se **limite pas aux publics précaires** mais peut concerner un plus large public, rencontré dans le cadre du fonctionnement ordinaire de différents services publics de quartier,
- l'accord préalable des professionnels sur une **éthique et sur des règles déontologiques** y est important : il donne des garanties sur le respect du secret professionnel ; et il permet d'assurer qu'il ne s'agit pas de « 'psychiatriser les problèmes sociaux » au travers du recours à une psychiatrie qui serait uniquement dans une visée répressive (hospitalisation, obligation de soins, prescription médicamenteuse) et aux dépends d'autres suivis thérapeutiques (psychologique, psychothérapeutique, psychanalytique).

Plusieurs limites de ces dispositifs peuvent être mentionnées, renvoyant également à des freins ou des réticences quant à l'extension ou la généralisation de ce type de dispositif :

- le dispositif de travail n'a été créé que sur les quartiers où les professionnels ont exprimé **une demande à ce sujet** (dans un Espace Social Commun, à partir de situations concrètes rencontrées), et là où cette demande initiale a pu se traduire, au travers d'une concertation de quelques six mois, en **un projet propre** et défini localement,
- le fonctionnement de ces instances est basé sur une double dimension : une **dimension institutionnelle**, puisque leur création doit avoir l'aval des responsables institutionnels ou de services pour pouvoir être engagée de façon pérenne ; et le **désir de travail en commun de certains professionnels** qui acceptent de venir exposer à des collègues sur une situation où ils sont a-priori dépourvus, dépassés ou en difficulté,

32 Les autres types de réponses existantes

Complétant les réponses spécifiques concernant uniquement les personnes souffrant de troubles psychiques ou présentant un handicap psychique, d'autres dispositifs peuvent être également mobilisés : ceux mis en place pour d'autres formes de handicap et bien évidemment, ceux de droit commun.

321 Les réponses associant handicap psychique et déficience intellectuelle

L'une des modalités de réponse aux besoins repérés pour les personnes souffrant de troubles psychique est l'offre existante pour d'autres types de handicap. Dans ce cas, ce sont le plus souvent les dispositifs intervenant auprès des personnes déficientes intellectuelles qui sont mobilisés. Toutefois, tous les professionnels insistent sur la nécessité d'approches et de compétences différentes pour une prise en charge adaptée de ces publics.

Les foyers de vie, foyers d'hébergement et SAVS

Comme cela a été mentionné plus haut, en plus des deux foyers dédiés au handicap psychique, sept autres foyers de vie ont le double agrément handicap psychique et déficience intellectuelle. La part respective de chaque public réellement accueillie est difficile à évaluer.

Sept foyers de vie totalisent 404 places¹⁴ (soit neuf foyers pour un total de 440 places en ajoutant les deux autres cités précédemment).

Il existe également deux foyers d'hébergement des travailleurs pour handicap psychique et déficience intellectuelle. L'un de dix places est situé à Bréal-sous-Montfort en lien avec l'ESAT le Pommeret. L'autre est la résidence Bretagne de 53 places située à Rennes et gérée par l'ALAPH.

¹⁴ Cf. le détail en annexe E.

Deux SAVS complètent cette offre : 24 places pour le Pommeret et 40 places pour l'ALAPH à Saint-Jacques de la Landes.

L'accueil de jour

Deux établissements fournissent cette prestation. On retrouve l'ALAPH (Tizoul) à Rennes pour une capacité de 15 places et Alisa 35 à Vitré pour 20 places.

L'accueil familial

Le conseil général dispose de 219 places d'accueil familial pour des personnes handicapées. Il s'agit de familles qui ont un agrément pour un accueil à temps plein ou partiel d'une ou deux personnes. Ce n'est donc pas un dispositif dédié uniquement aux personnes souffrant de troubles psychiques mais elles peuvent en bénéficier.

Quatre organismes gèrent ce dispositif par secteur géographique : l'APASE, l'ATI, le CHGR et la résidence des lilas à Vitré. S'agissant des places d'accueil familial thérapeutique, les capacités sont de :

- CHGR : 105 places,
- Centre hospitalier de Saint-Malo : 10 places,
- Centre hospitalier de Redon : 3 places,

322 Les « réponses de droit commun »

Par réponse de droit commun, référence est faite aux dispositifs existants en matière d'accueil d'urgence et d'insertion, d'accompagnement social lié au logement pour l'ensemble des personnes ayant des difficultés à accéder ou à se maintenir dans son logement. Ces dispositifs dépendent des anciens PDALPD et SDAHI qui sont maintenant fusionnés.

Les dispositifs d'urgence et d'insertion

Sans reprendre l'ensemble de l'offre des dispositifs¹⁵, on peut citer les principaux acteurs qui, dans le cadre de leur mission, peuvent intervenir auprès dans l'accès et le maintien dans le logement des personnes en souffrance psychique.

Sur Rennes Métropole :

- CHRS ADSAO : 64 places d'insertion, 1 place d'urgence, 2 places de stabilisation,
- CHRS ASFAD : 205 places d'insertion, 17 places d'urgence, 3 places de stabilisation,
- CHRS Saint Benoît Labre : 60 places d'insertion, 12 places d'urgence, 9 places de stabilisation,
- Maison relais AIS 35 Yves Maléfant : 17 places,

Sur le Pays de Saint-Malo :

¹⁵ Données issues du document de travail du groupe de travail du Conseil général.

- CHRS le Goéland : 23 places d'insertion, 3 places de stabilisation,
- CHRS AMIDS : 4 places d'insertion, 1 place d'urgence, 3 places de stabilisation,
- Maison relais AMIDS : 15 places,

Sur le Pays de Vitré :

- Maison relais AIS 35 : 16 places,
- CHRS les Tertres Noirs : 23 places d'insertion, 2 places d'urgence,

Sur le Pays de Fougères :

- CHRS APE2A : 8 places d'insertion, 2 places de stabilisation,
- CHRS La Nouvelle Bethel : 14 places d'insertion.

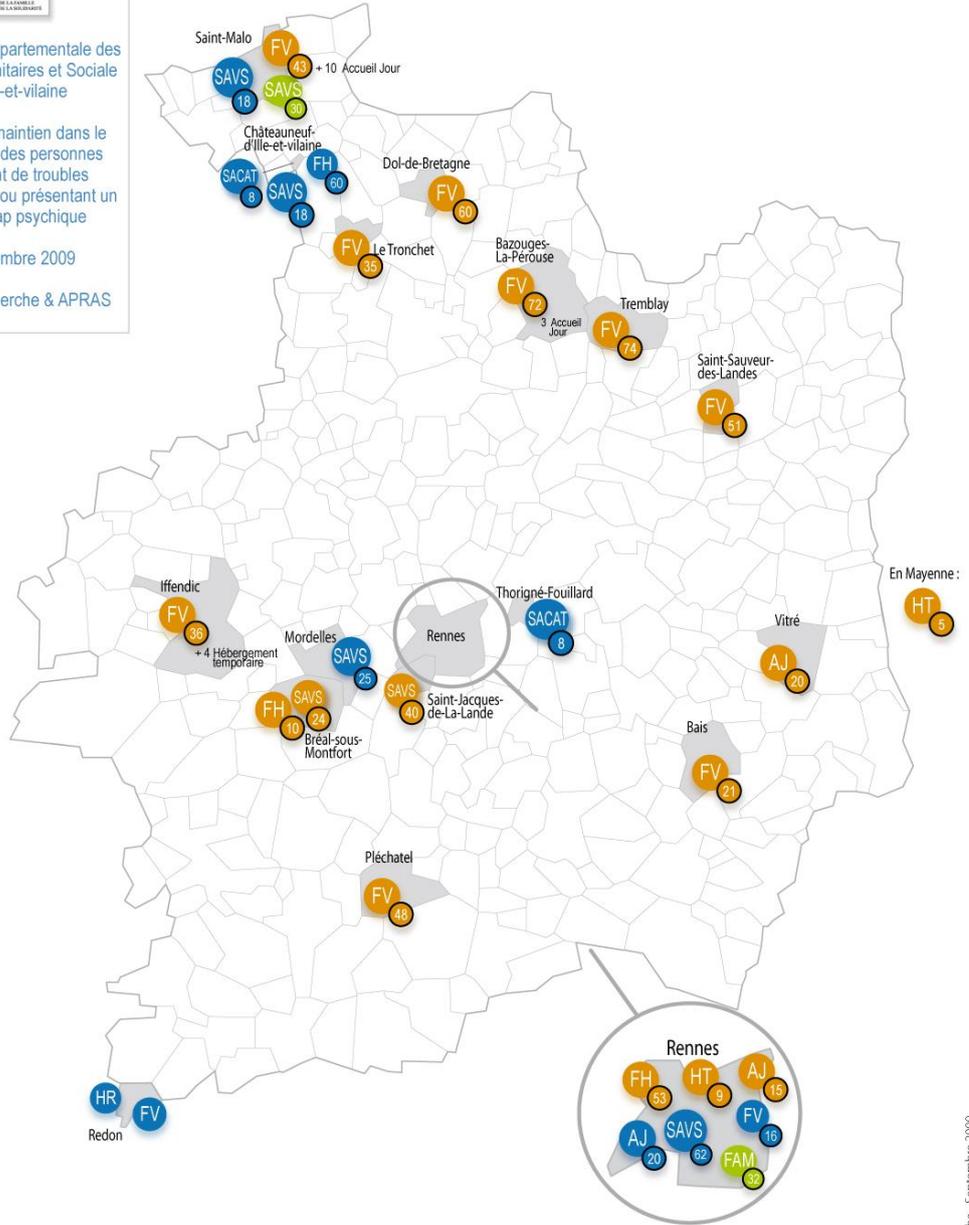
Les actions en faveur du logement des personnes défavorisées

Il s'agit principalement des actions financées par le fonds de solidarité logement à l'échelle départementale. Destinées à l'ensemble des personnes ayant des difficultés d'accès et de maintien dans le logement, ces actions sont parfois mobilisées pour des situations de souffrance psychique. C'est parfois le cas des mesures d'accompagnement social lié au logement réalisées par des opérateurs associatifs comme ALFADI, l'APE2A, le Goéland...

Les mesures de gestion locative adaptée sont également mobilisées pour des personnes en souffrance psychique. C'est le cas de l'AIVS et surtout d'ALFADI qui sont de plus en plus confrontées à ces situations. Se posent alors les questions de la gestion immobilière et de la prise en charge des coûts liés aux dégradations importantes des logements (déblaiement des déchets, remise en état, nettoyage, etc.).

33 Synthèse de l'offre


 MINISTÈRE DE TRAVAIL,
 DES RELATIONS SOCIALES,
 DE LA SANTÉ
 ET DE LA SÉCURITÉ
 Direction Départementale des
 Affaires Sanitaires et Sociales
 d'Ille-et-Vilaine
 Accès et maintien dans le
 logement des personnes
 souffrant de troubles
 psychiques ou présentant un
 handicap psychique
 Septembre 2009
 IDEA Recherche & APRAS



 Structure avec nombre de places

Psychique :

-  Accueil de Jour
-  Foyer de Vie
-  Foyer d'Hébergement des travailleurs
-  Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
-  Section Annexe aux établissements et services d'Aide par le Travail

Intellectuel et psychique :

-  Accueil de Jour
-  Foyer de Vie
-  Foyer d'Hébergement des travailleurs
-  Hébergement Temporaire
-  Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

Projet :

-  Foyer d'Accueil Médicalisé
-  Service d'Accompagnement à la Vie Sociale



Conception cartographique : IDEA Recherche - Septembre 2009

34 Eléments de conclusion sur les réponses apportées

Comme pour l'évaluation des besoins, l'analyse de l'offre en matière d'accès et de maintien dans le logement interroge en partie à la fois ce qui concerne la composante psychique et la dimension logement. Les risques de s'écarter de la problématique initiale sont comparables. C'est le cas notamment de l'hébergement en foyers, des hospitalisations, etc., qui sont en lien direct avec la question du logement mais qui ne font pas l'objet de nos investigations.

Face à la diversité des types de besoins, une diversité des réponses se met progressivement en place sur le département, à la fois en terme d'offre de logement / hébergement et en terme de dispositifs ayant pour objectifs de faciliter l'accès et le maintien dans le logement.

Les réponses en termes d'offre de logement / hébergement

Tout en rappelant la distinction entre hébergement et logement (dont temporaire), on peut en résumer les principaux éléments d'analyse et les premiers axes de propositions :

- L'offre existante, spécifiquement dédiée au handicap psychique, est limitée et représente moins de 10% (36 places sur 440) de l'offre qui est potentiellement mobilisable (ensemble des places existantes en foyers de vie agréés à la fois pour l'accueil des personnes en handicap psychique et pour les déficients intellectuels). L'enjeu est le développement d'une offre adaptée au handicap psychique,
- La carte révèle les fortes disparités en terme de localisation de l'offre au niveau départemental. L'amélioration de la couverture départementale en offre spécifique complète l'enjeu précédent,
- L'offre est segmentée et cette segmentation révèle le manque de solutions logement / hébergement entre l'hôpital et le logement autonome de type résidences accueil ou logements d'insertion¹⁶. Ces types de réponse associent le logement, l'accompagnement social et la continuité de soins,
- Les réponses pour les personnes vieillissantes handicapées psychiques sont limitées quantitativement et géographiquement,
- Les réponses sont essentiellement existantes pour les personnes présentant un handicap psychique, c'est-à-dire reconnues comme handicapées par la CDAPH¹⁷. Les réponses pour les situations non reconnues (début de la maladie, déni...) sont plus difficiles à trouver,

¹⁶ Cf. page suivante le zoom sur les logements d'insertion.

¹⁷ le Conseil général accepte des dérogations pour l'accès aux SAVS.

Zoom sur l'hypothèse de développement de l'offre de logements d'insertion

Les logements d'insertion du CHGR sont en quasi totalité loués par **Archipel Habitat** au CHGR. Archipel Habitat n'est pas opposé à une extension du nombre de ces logements, à la condition que cela s'inscrive dans un engagement réciproque, engagement formalisé et global de mise en partenariat opérationnels et pas uniquement au coup par coup sur les seuls logements mis à disposition. Archipel Habitat est par ailleurs favorable à une meilleure répartition de ce parc de logements d'insertion sur toute la ville et l'agglomération rennaises, à la faveur du redécoupage de la psychiatrie au début 2009. Cette question renvoie également au développement de ce parc de logements sur l'ensemble du département et donc la mobilisation de l'ensemble des bailleurs.

Les trois autres organismes HLM présents sur la ville et qui interviennent sur l'ensemble du département, **Espacil Habitat, Habitat 35 et Aiguillon Construction**, ont également donné leur accord de principe pour un travail de concertation avec le CHGR en vue de l'extension possible de ce parc. Cependant ce parc de logements est stable depuis très longtemps sur Rennes, il a même diminué quantitativement récemment.

On peut désigner là **une vraie contradiction** : les assistantes sociales du CHGR sont souvent en peine pour trouver un logement à un patient qui peut sortir de l'hôpital, les responsables du CHGR indiquent que restent hospitalisés des personnes qui n'auraient plus besoin de l'être, la formule du logement d'insertion donne satisfaction aux professionnels de l'hôpital et aux bailleurs, mais le parc de logements d'insertion n'évolue pas, alors que l'agglomération connaît par ailleurs un développement démographique.

De plus, malgré la création sur Rennes Métropole de quelques structures à destination de personnes reconnues avec un « handicap psychique » selon la loi de 2005 (places en foyers de vie et en SAVS) et les possibilités d'accueil dans des résidences (Deux Chênes gérée par ALFADI ou Tryskel géré par Habitat pour vivre), ou les CHR, il existe un vrai déficit d'initiatives en ce domaine (**des réalisations intermédiaires entre l'hôpital et la cité**) sur la ville et l'agglomération.

L'offre sur Rennes est restée globalement très stable sur les dernières années, alors que l'on observe sur d'autres territoires des initiatives variées : parc important de logements alternatifs à l'hospitalisation (appartements associatifs ou communautaires), résidences thérapeutiques, formule des « familles gouvernantes », ou développement de l'accueil familial thérapeutique¹⁸.

C'est pourquoi, il a été envisagé la signature **d'une convention relative aux logements d'insertion**, entre les organismes HLM et le CHGR, permettant d'augmenter durablement l'offre d'habitat pour les personnes avec des troubles psychiques ou un handicap psychique. La mise en œuvre de la re-sectorisation de la psychiatrie s'est accompagnée de la création d'un pôle « réhabilitation sociale » en charge de la question du logement, ce qui peut constituer un élément favorable dans cette perspective.

¹⁸ Cet accueil existe bien sur le milieu rural, il est stable depuis des années au CHGR.

Les réponses en termes de dispositifs ou d'instances

Les instances et dispositifs mis en place relèvent de plusieurs champs : aide à la personne, accompagnement social et médico-social, instances de coopération inter institutionnelle, etc. On peut en résumer les principaux éléments d'analyse et les premiers axes de propositions :

- La carte révèle la forte concentration des SAVS agréés pour le handicap psychique sur Rennes Métropole et Saint Malo Agglomération. La nécessaire couverture départementale est un enjeu, que ce soit par les projets de formation de SAVS existant au handicap psychique, ou par une extension territoriale départementale de SAVS existant sur l'ensemble du département. L'objectif de 1000 places SAVS en cinq ans est rappelé par certains, notamment l'UNAFAM,
- Que ce soit pour les SAVS ou d'autres dispositifs d'accompagnement ou d'intervention auprès des personnes¹⁹ souffrant de troubles psychiques, la formation des personnels aux spécificités du handicap psychique est plus que nécessaire, à la fois initiale et continue,
- Les instances de coopération dans les territoires démontrent les possibilités lorsque les conditions sont réunies, d'engager un travail décloisonné,²⁰

Zoom sur l'hypothèse de la généralisation des instances de coopération dans les territoires :

Le **désir des professionnels, les effets des échanges**, la satisfaction qui peut résulter chez les professionnels de mieux comprendre et intervenir, le meilleur service ainsi rendu à des personnes en difficulté sont les motivations essentielles du fonctionnement de ces dispositifs ; il est donc impossible de chercher à imposer autoritairement un modèle unique de collaboration entre professionnels et institutions concernées sur les quartiers, notamment par un système rigide de conventions.

Cette double dimension (institutionnelle et désir des professionnels) permet d'expliquer des **difficultés à mettre en place une instance de travail sur un quartier** : ainsi dans une grande institution comme le CHGR (avec ses centaines de salariés intervenant à l'échelle du département), tous les professionnels ne sont pas au courant de l'existence de ces instances, tous ne sont pas convaincus de leur utilité, et un responsable de secteur peut donner son aval à sa mise en place, sans que se nouent dans son service les collaborations nécessaires ;

De même on a observé que les professionnels **des organismes HLM** se saisissent de façon inégale (ce qui veut dire que certains s'en saisissent bien et souvent !) des instances existantes. Ceci révèle un paradoxe : alors que les responsables des bailleurs réclament

¹⁹ Cf. supra, les dispositifs d'aide à la personne (éléments de conclusion sur l'évaluation des besoins).

²⁰ Cf. infra le zoom sur les instances de coopération.

souvent plus d'interlocuteur et de présence professionnelle à la psychiatrie (qui prend la forme d'une demande de 'garantie' pour des locataires qui sont en soin en psychiatrie, ou à la sortie d'une hospitalisation), là où cette offre d'interlocution est proposée, elle n'est pas toujours sollicitée par le personnel de l'organisme. Une meilleure collaboration permettrait de mieux travailler notamment sur des situations d'isolement, de désocialisation, d'incurie de certains logements qui aboutissent parfois à une intervention du service Hygiène de la ville et à une expulsion des résidents de leur logement ;

Ces dispositifs fonctionnent avec la psychiatrie adulte ; parfois des collaborations s'établissent avec la psychiatrie infanto-juvénile et avec les professionnels d'autres institutions concernées (comme la PMI), mais **la situation des jeunes** lors du passage de l'adolescence à l'âge adulte, et certains des acteurs de services spécifiques vers ce public jeunes en difficulté, sont peu mobilisés dans ces dispositifs (même si la Mission Locale y est active) ;

De même, certaines situations **de personnes âgées** sont découvertes par des intervenants sociaux : des personnes isolées qui ne sortent pas ; des personnes à la marge de la démence, des situations dramatiques pour lesquelles manquent des soutiens, ce qui pose des questions sur le lien avec des professionnels spécialisés (conseillères en gérontologie, psychiatrie gérontologique).

CONCLUSION GENERALE

Les informations recueillies auprès des personnes rencontrées mettent en évidence la multiplicité des facteurs intervenant dans l'accès et le maintien dans un logement de ces populations. On peut les synthétiser et les présenter de la façon suivante.

A- Les différentes formes de troubles ou handicaps psychique

A l'origine des troubles et des handicaps psychiques, se trouvent des maladies mentales qui se caractérisent par leur polymorphisme et leur labilité ; les difficultés de relations sociales qui en résultent et qui peuvent constituer sont autant d'obstacles à la formulation d'une demande explicite et formalisée et à leur saisie par des appareils administratifs.

Les troubles psychiques graves, le mal être, l'angoisse et la souffrance qui les caractérisent, peuvent avoir aussi des conséquences importantes au niveau de la vie quotidienne : des problèmes d'hygiène dans l'appartement ou la maison, des relations de voisinage difficiles parfois conflictuelles, un isolement et une rupture des relations avec le bailleur notamment, ainsi que, de manière exceptionnelle, des situations de mise en danger de soi ou d'autrui.

Cet ensemble de facteurs peut avoir pour conséquences **la mise en place de logiques de rejet, de stigmatisation, de peurs, et d'exclusion...** Une telle tendance existe dans la société, exprimée de manière plus ou moins forte ; on peut l'illustrer par l'image de la « patate chaude », expression utilisée pour désigner les personnes ou ménages qui sont renvoyés d'un service ou d'un établissement à l'autre, mais aussi par celle de la déambulation de certaines personnes d'un service à l'autre qui renvoie aux difficultés de ces personnes à trouver quelque part un abri sécurisant.

L'enjeu d'un travail sur ces questions est précisément de réussir à renverser ces logiques d'exclusion, de permettre un travail de prévention, d'arrêter ou freiner des processus de désocialisation chez des personnes, garantissant un meilleur « vivre ensemble » pour tout le monde. La question du logement pour ces personnes se pose donc à la fois en termes de bien matériel, mais aussi en termes d'habiter, ce qui renvoie aux interventions sociales à domicile, ainsi qu'à ce qui se joue dans l'interinstitutionnel (entre le soin, l'accompagnement social, la gestion locative, etc.)

B- Les tensions sur les marchés de l'habitat

Les tensions sur les marchés de l'habitat et l'insuffisance de l'offre, notamment en matière d'habitat social.

Les personnes avec des troubles psychiques et/ou reconnues avec un handicap psychique appartiennent à toutes les couches de la société. Mais les troubles peuvent être très invalidants et conduisent souvent à des difficultés d'insertion sociale et professionnelle, et conséquemment à des faibles ressources et à des difficultés pour leur gestion.

Le parc de logements sociaux ou le parc privé à destination sociale se trouve donc logiquement particulièrement sollicité pour ces publics. Ceci met au premier plan sur ces questions : les dispositifs spécifiques mis en place pour l'accès et le maintien dans le logement des personnes en difficultés, dans le cadre du PDALPD, les dispositifs d'accès et les modalités d'accueil de ces populations dans le parc social, ainsi que le travail partenarial avec d'autres intervenants.

Or sur ce plan, le département présente des situations contrastées, de par une répartition diverse de l'offre et de la demande :

- la tension est forte sur les agglomérations rennaise et malouine,
- cette tension existe, mais de manière moins forte sur des villes comme Vitré ou Fougères,
- les secteurs ruraux ont une offre plus éparse,
- alors que sur l'agglomération de Redon, depuis longtemps, l'offre de logements sociaux est supérieure à la demande, ce qui permet un accès plus rapide à un logement

C- L'existence ou non de structures spécialisées

L'existence ou non de structures spécialisées dans l'accueil de ces populations, au sens de logement et d'hébergement : foyers, maisons relais, filière spécifique d'accès au logement, ou logement ordinaire contingenté.

La population concernée peut être logée dans le parc ordinaire privé ou public ; elle peut aussi être accueillie dans des structures spécialisées qui n'ont pas pour vocation à recevoir, de manière explicite, une population reconnue avec ce type de handicap. C'est le cas de CHRS, de FJT, de maisons de retraite ou foyers – logements ; mais aussi dans le champ du handicap de : Foyer de Vie ou Foyer d'Hébergement, Foyer d'Accueil Médicalisé et Maisons d'Accueil Spécialisées, de dispositifs d'accueil familial. Et elle peut être accueillie par des structures spécialisées de la psychiatrie.

Faire le point en matière d'offre générale s'avère donc particulièrement difficile. Quelques constats peuvent cependant être faits :

- Il y a une répartition différente de l'offre en structures d'hébergement pour personnes handicapées (les différents types de foyers mentionnés plus haut) sur le territoire départemental : du fait sans doute de la pression foncière, par rapport à la population de l'agglomération, l'offre est proportionnellement inférieure sur l'agglomération de Rennes même si elle concentre une part importante de l'offre en valeur absolue.
- L'offre spécifique pour les personnes souffrant des troubles psychiques reste limitée, contrairement à d'autres départements : pas de dispositifs de type familles gouvernantes, pas d'augmentation du parc de logements d'insertion de la psychiatrie, pas d'évolution du nombre de familles d'accueil du CHGR ou du département (géré par l'APASE). Les seules réponses spécifiques sont la résidence accueil d'Espoir 35 dont l'ouverture est prévue fin 2009, le projet de

résidence accueil à Fougères, la création de l'habitat regroupé à Redon (les Deux Rives).

- c'est en matière d'offre d'hébergement social (résidence) que l'offre s'est accrue récemment sur le département et plus précisément sur Rennes Métropole.

Ceci permet de souligner un déficit de l'offre, puisque la population générale du département a augmenté et donc la part de la population concernée par les troubles psychiques, quel que soit le taux retenu pour l'estimation (cf. plus haut). On peut donc voir la reconnaissance du « handicap psychique » par la loi de 2005, et le travail en cours et à venir sur ce plan comme une opportunité pour rattraper ce retard.

D- L'existence de services spécialisés dans le soutien à domicile

L'existence de services spécialisés dans le soutien à domicile de ces ménages et personnes : les mesures d'ASLL, les SAVS, les services d'aides à domicile, les services de tutelle.

L'existence de tels dispositifs ou de tels services peut fortement contribuer au maintien dans le logement ; ils peuvent être une condition pour l'accès au logement, puisque une telle intervention signifie que l'occupant aura des recours en cas de difficultés, et que le bailleur ne sera pas seul face à une difficulté.

Sur ce plan, l'offre s'est étoffée au cours des dernières années :

- Une évolution importante dans l'offre de services SAVS pour des personnes avec un « handicap psychique », du fait de l'existence avant 2005 du service d'Espoir 35 à Rennes, de l'extension en cours de leur nombre de places, de l'ouverture d'itinéraire Bis à Pacé, de l'Estran à St Malo et des projets d'extension au handicap psychique de SAVS existant (Redon)...
- Les services non dédiés exclusivement à ces populations (tutelles, mesures d'ASLL, pour le logement et services à domicile...) se développent dans le cadre plus général du service à la personne.

L'enjeu est donc aujourd'hui la mobilisation d'une part de ces services et dispositifs, leur sensibilisation et formation sur les questions relatives aux troubles psychiques, leur articulation et leur coordination même si leur développement est toujours d'actualité (couverture départementale des SAVS par exemple).

E- L'existence de dispositifs de travail décloisonnés (l'application de la Charte sur le handicap psychique)

Des dispositifs de travail entre les professionnels du soin et ceux du social. Des dispositifs de travail décloisonnés peuvent donner aux responsables (aux propriétaires, aux bailleurs sociaux, aux élus...) des garanties, non pas que la personne logée habitera toujours son logement sans problème, mais que le logeur ne sera pas seul face à la personne si un problème survient.

Le travail de partenariat constructif engagé depuis plusieurs années entre des services de psychiatrie (CMP), de CDAS, de CCAS, de tutelle, de bailleurs sociaux, et d'autres intervenants, a ouvert la voie à une approche originale et efficace sur ce plan sur le département.

Ces dispositifs contribuent plus au maintien dans le logement qu'à l'accès, puisque les professionnels se situent dans la recherche d'intervention adaptée en cas de troubles, et donc également dans une perspective de prévention. Les effets quantitatifs ne sont pas négligeables, puisque sur un quartier, ce sont plusieurs dizaines de situations qui peuvent être analysées en quelques années, ce qui ne peut qu'avoir un effet bénéfique sur le maintien dans le logement, dans la mesure à l'accès aux soins de la psychiatrie dans leur diversité peut contribuer à un apaisement des souffrances d'une personne.

L'extension ou la généralisation de tels dispositifs ne peuvent cependant être imposées de manière descendante par les autorités administrative, puisque ce type de travail en réseau repose sur la volonté et le désir de certains professionnels des institutions concernées, et pas de tous, de travailler avec d'autres sur ce qui les met en difficulté ou en échec dans la prise en charge de personnes avec des troubles psychiques. La mise en place de telles démarches suppose donc toujours un long travail de concertation (entre six mois et une année souvent), ce qui nécessite aussi parfois un processus d'accompagnement adapté.

F- Le travail quotidien de professionnels de nombreux services

Les personnes avec des troubles psychiques sont au contact régulier avec de multiples professionnels de différents services de soins, sociaux, de lutte contre l'exclusion (RMI-RSA, insertion et hébergement), médico-sociaux, de services publics, d'habitat, de la culture, ainsi qu'avec de multiples autres intervenants en activité libérale, dont notamment ceux spécialisés dans la prise en charge thérapeutique (psychiatres, médecins, psychologues, psychanalystes, psychothérapeutes, infirmiers...), etc.

Il est donc évident que la manière dont ces professionnels accueillent, écoutent et interviennent auprès de ces personnes peut être décisive et peut contribuer au maintien de façon paisible dans un logement. Ils jouent un rôle dans la manière dont ces personnes s'accommodent avec le social, notamment quand leur angoisse et leurs souffrances sont au plus fort. Rappelons que les crises qui se traduisent par des accès de violence (hétéro-agressions ou auto-agressions, dont les suicides ou tentatives, troubles graves de voisinage ou sur l'espace public) peuvent être lues comme des situations où les personnes se voient dans des impasses, voient tous les autres comme totalement inexistantes, étrangers ou ennemis, ne voient absolument aucune initiative favorable venant de l'autre. Le maintien d'un lien social minimal auprès d'un professionnel peut être pour elles une bouée de sauvetage.

C'est pourquoi, au-delà des dispositifs interinstitutionnels mentionnés plus haut, le travail quotidien de professionnels des différents services doit être rappelé ici, qu'il prenne la forme d'entretiens ponctuels, de suivi réguliers, avec ou sans traitement médicamenteux ou psychologique, de visites à domicile, d'échanges informels dans des groupes de travail

au sein de différents services. Ce type d'intervention est réalisé régulièrement tous les jours par ces professionnels.

De ce fait, on soulignera aussi que l'approche pluridisciplinaire est un atout dans ce soutien : une personne peut trouver un apaisement momentané à sa souffrance dans un traitement médical, dans l'engagement d'une psychothérapie ou d'une psychanalyse, dans un accompagnement social, dans une activité de loisirs dans un service ordinaire ou dans un service spécialisé, et ce de façon simultanée ou chronologique. C'est cette multiplicité d'approches qui est une garantie de liberté pour la personne, dont la limite est la mise en danger de soi ou d'autrui.

Dans cette approche pluridisciplinaire, les enjeux de formation sont décisifs, et il est exprimé sur ce point des attentes importantes, notamment parmi les professionnels des dispositifs sociaux, sur la question des troubles psychiques.

ANNEXES

A – Personnes et structures rencontrées

Noms	Structure	Service	Fonction	Commune
M. Antenen	L'Autre Regard - GEM- AJ		Directeur	Rennes
M. Bachelier	CHRS Le Goéland		Directeur	Saint-Malo
M. Bannier	Clinique Espérance / du moulin		Travailleur social	Rennes
M. Biche	A.P.A.S.E.	Fil Rouge	Coordinateur	Rennes
M. Bondiguel	Archipel Habitat		Directeur général	Rennes
M. Coetmeur	DDASS		Inspecteur	Rennes
M. Dreuslin	Rennes métropole	CLH	Responsable	Rennes
M. Dufeu	ALFADI		Directeur	Rennes
M. Duperron	M.D.P.H.		Directeur	Rennes
M. Faussier	A.P.P.A.R.T.H.	SAVS	Directeur	Rennes
M. Fayol	UNAFAM 35	Délégation 35	Président	Rennes
M. Fontaine	Habitat 35		Directeur	Rennes
M. Frézel	Conseil Général	Habitat	Chargé de mission	Rennes
M. Gilles	Habitat 35	Service Social	Responsable	Rennes
M. Goupil	A.P.A.S.E.		Directeur	Rennes
M. Hamard	Les eaux vives (Redon)	Les deux vallées 35	Directeur	Savenay
M. Hardy	SA La Rance		Directeur	Saint-Malo
M. Hennequin	A.F.T.A.M.		Directeur	Rennes
M. Jego	Les eaux vives (Redon)	Les deux vallées 35	Chef de service	Savenay
M. Launat	Fédération croix marine			Rennes
M. Le Floch	A.P.A.S.E.	SAVS L'Estran	Chef de service	Saint-Malo
M. Le Moullec	Espoir 35	SAVS		Rennes
M. Masson	Le domaine	FH / SAVS	Directeur	Châteauneuf d'Ille-et-Vilaine
M. Maystre	SA La Rance		Directeur relation clientèle	Saint-Malo
M. Prudhomme	DDASS 35	Service santé et environnement		Rennes
M. Sablé	Habitat 35		Service Social	Rennes
M. Uliac	Aiguillon Construction		Directeur Adjoint	Saint-Malo
M. Viot	Centre hospitalier de Saint-Malo		Cadre supérieur de santé	Saint-Malo
Mme Aulnette	Conseil Général	Pôle action sociale	Chef de projet Handicap	Rennes
Mme Bellard	Archipel Habitat		Directrice Adjointe	Rennes
Mme Bocquet	APE2A		Présidente	Fougères

Noms	Structure	Service	Fonction	Commune
Mme Bocquet	Fougères Habitat		Directrice	Fougères
Mme Coste	S.P.I.P.		Chef de service	Rennes
Mme David	S.A.V.A. Itinéraire Bis		Directrice	Mordelles
Mme Desmarre	APASE	SAVS L'Estran	Assistante sociale	Saint-Malo
Mme Dujeunetais	Centre hospitalier de Saint-Malo	Cancale	Assistante sociale	Cancale
Mme Etchevaria	Centre hospitalier de Redon	Psychiatrie	Cadre supérieur de santé	Redon
Mme Fauchoux	DDASS		Responsable Pôle social	Rennes
Mme Frossard	Emeraude Habitation		Directrice	Saint-Malo
Mme Girard	Centre hospitalier de Saint-Malo	Dol	Assistante sociale	Dol de Bretagne
Mme Guivarch	CHGR		Directrice	Rennes
Mme Lebreton	Centre hospitalier de Saint-Malo	Combours	Assistante sociale	Combours
Mme Leguen	Conseil Général	Pôle action sociale	Médecin départemental	Rennes
Mme Loiseau	Conseil Général - CDAS	CDAS	Référente logement	Janzé
Mme Giboire	Conseil Général - CDAS	CDAS	Référente logement	Guichen
Mme Pesé	Centre hospitalier de Redon	Psychiatrie	Assistante sociale	Redon
Mme Rihet	CHGR		Cadre supérieur de santé	Rennes
Mme Rault	Espacil Habitat			Rennes
Mme Sheppard	CHGR		Psychiatre	Rennes

B – La participation à différentes instances

- Participation aux réunions du groupe de travail animé par le Conseil général (février, mars, avril, mai et juin 2009).
- Réunion départementale sur le GEM d'Ille-et-Vilaine. février 2009.
- Réunion sur le projet de résidence accueil à Fougères. Sous Préfecture. Juin 2009
- Réunions de travail sur le projet « sortants de prison » et « intermédiation locative ». SPIP Rennes. Juin 2009.

C - Sources documentaires

Conseil général 35. Guide des établissements et services pour personnes handicapées. Novembre 2008.331 p.

CREAI Bretagne. Annuaire social. Mars 2008. 176 p.

Note de travail sur les logements d'insertion du CHGR. J.Y. Broudic pour l'APRAS. Juillet 2007 - Novembre 2008. 11 p.

Les logements d'insertion du CHGR, perspective d'évolution J.Y. Broudic pour l'APRAS. Mars 2009. 15 p.

Colloque du 23 mars 2009. « Handicaps d'origine psychique »

http://www.cnsa.fr/article.php3?id_article=566&var_recherche=colloque

D – Glossaire

AAH	Allocation adulte handicapé
AIS 35	Association pour l'insertion sociale d'Ille-et-Vilaine
AMIDS	Association malouine insertion développement social (Saint-Malo)
AIVS	Agence immobilière à vocation sociale (Rennes Métropole)
ALFADI	Association pour le logement des familles en difficulté (Rennes Métropole)
ALT	Allocation logement temporaire
APASE	Association pour l'action sociale et éducative
APE2A	Association pour la promotion de l'enfance, de l'adolescence et de l'adulte (Fougères)
APRAS	Association pour la promotion de l'action et de l'animation sociale
ASLL	Accompagnement social lié au logement
ATI	Association tutélaire d'Ille-et-Vilaine
CAO	Cellule d'accueil et d'orientation
CDAPH	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CHGR	Centre hospitalier Guillaume Régnier
CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CLH	Commission locale de l'habitat – Rennes Métropole
CMP	Centre médico-psychologique
CATTP	Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CATTP	Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
DDE	Direction départementale de l'équipement
DDASS	Direction départementale de l'action sanitaire et sociale
PDALPD	Plan départemental d'action pour le logement des personnes défavorisées
EPSM	Etablissement public de santé mentale
ESAT	Etablissement et service d'aide par le travail (ex. CAT)
EHPAD	Etablissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes
FAM	Foyer d'accueil médicalisé
FPA	Foyer pour personnes âgées
GEM	Groupe d'entraide mutuelle
GEVA	Guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées
HDT	Hospitalisation à la demande d'un tiers
HO	Hospitalisation d'office

MDPH	Maison départementale pour les personnes handicapées
PLH	Programme local de l'habitat
PCH	Prestation de compensation du handicap
RMI	Revenu minimum d'insertion
SAHI	Schéma d'accueil, d'hébergement et d'insertion
SACAT	Section annexe de centre d'aide par le travail
SAMSAH	Service d'accompagnement médicosocial pour adultes handicapés
SPIP	Service pénitentiaire d'insertion et de probation
UDAF	Union départementale des associations familiales

E – Offre en foyer

Etablissement	Type d'hébergement		
	permanent	Accueil de jour	temporaire
Bais. Foyer « Abbé Dehoux » (personnes vieillissante. A partir de 45 ans.)	21 places		
Bazouges-la-Pérouse.	72 places	3 places	
Dol-de-Bretagne.	60 places		
Iffendic. Foyer « Le Hammeau de la pierre Longue » (personnes vieillissante. A partir de 40/45 ans.)	36 places	10 places	4 places
Pléchâtel. Foyer « le Prieuré »	48 places		
Saint-Malo. Foyer « Les Quatre pavillons »	43 places	10 places	
Saint-Sauveur-des-Landes. « Maison Saint-Joseph de Chaudebœuf »	51 places		
Tremblay. Foyer « Le Chemin des îles »	74 places	1 place	
Le Tronchet	35 places		