

LOGEMENT ET SANTÉ MENTALE

RESTITUTION DE LA RÉUNION DU 13 JUIN

CONSTATS

Les principales difficultés évoquées par les participants :

- Méconnaissance des acteurs.
- Limites floues d'intervention des structures.
- Prise en charge des CMP variables selon les secteurs.
- Défaut de transmission d'informations entre les structures.
- Réponses de la psychiatrie publique différentes selon les secteurs.
- Des manques dans l'offre d'hébergement adapté disponible (diagnostic en cours).
- La limite de solutions relais (délais d'admission longs en hébergement, durée courte de répit à l'hôpital).
- Un accès au logement et à l'hébergement freiné par des représentations biaisées de la maladie mentale (discrimination, stigmatisation).

PROPOSITIONS

Les pistes d'action possibles à partir des propositions formulées par les participants :

- Réalisation d'un diagnostic
 - connaissance des besoins des acteurs (comment procéder ?) ;
 - connaissance des dispositifs qui fonctionnent (qui détient cette connaissance ?) ;
 - connaissance des freins (de quels freins parle-t-on ?).
- Ouverture de la concertation (SIAO, direction CH Jury, MDPH, autre ? De quelle manière ?).
- Interconnaissance (connaissance des acteurs > missions, périmètre d'intervention ...).
- Évolution des pratiques (partage d'informations, acculturation).
- Formation (évolution des représentations, développement de compétences, partage d'informations).

SYNTHÈSE DE LA DISCUSSION

Constats

- Armée du Salut : Difficulté pour les structures d'hébergement de trouver un appui auprès de l'hôpital pour gérer les « états de crise » de certaines personnes.
- CMP Tivoli : Les partenariats réussis sont construits sur la base de projets précis comme la création de dispositifs alternatifs à l'hospitalisation.
- UDAF : Une part importante des bénéficiaires des pensions de famille sont suivis par un CMP.
- Armée du Salut : L'absence de réponses adaptées pour une personne conduit à la rupture.
- UDAF : Contraintes liées à la mesure de protection des personnes : respect du libre choix du lieu de résidence de la personne protégée et difficultés d'intervention quand un problème lié au logement survient avec une personne protégée (loi du 5 mars 2007¹), défaut de suivi médical, nécessité d'un péril imminent pour engager une hospitalisation sous contrainte, sorties d'hospitalisation parfois prématurée, obligation d'une autorisation du juge pour engager les démarches de départ de son logement d'une personne protégée.
- UDAF : Difficulté de savoir quoi faire et qui sollicité quand une situation est complexe.
- Mosellis : Incompréhension quand les services mandataires n'interviennent pas pour un locataire bénéficiant d'une mesure de protection.
- UDAF : Il n'y a pas de priorité pour les demandes de logement des personnes protégées.
- UDAF : Des bailleurs sociaux refusent les demandes pour des personnes protégées dont ils connaissent la situation difficile.
- UDAF : Les bailleurs privés refusent les demandes pour des personnes protégées qu'ils savent en situation de précarité.
- UDAF : Le service mandataire met en place des aides ménagères, fait des visites, essaie de faire des liens. C'est ainsi que débute un partenariat. Avec comme limite que pour beaucoup de situations il n'y a pas de solution.
- UDAF : La méconnaissance de l'évolution du cadre de légal de la protection des personnes explique l'incompréhension à l'égard des structures mandataires.

¹ LOI n° 2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs. Art. 459-2. - « La personne protégée choisit le lieu de sa résidence. »

- UDAF : Les magistrats n'informent pas nécessairement les services mandataires de leur décision. Comme lors d'une main levée.
- UDAF : Les réponses sont différentes selon les secteurs comme c'est le cas avec les CMP dont certains interviennent à domicile et d'autres non.
- CMP Tivoli : La date de naissance des personnes accueillies en centre d'hébergement est utilisée comme critère d'orientation vers les CMP (une demande adressée à l'hôpital est à l'étude pour substituer à la date de naissance, le critère d'espace géographique de vie des personnes).
- CMP Tivoli : Des CMP sont parvenus à développer des collaborations avec d'autres acteurs.
- UDAF : Difficulté pour les structures de définir les contours de son intervention.
- UDAF : Une méconnaissance respective des structures qui génère de la tension.
- Armée du Salut : Manque de moyens et d'hébergements adaptés.
- Robert TEUTSCH : Malgré des évolutions, une méconnaissance du handicap psychique persiste qui a des conséquences sur la vie des personnes concernées et leur famille.
- Robert TEUTSCH : Face à des difficultés avec un enfant handicapé psychique, les familles sont prêtes à s'orienter vers n'importe quelle solution. L'hôpital psychiatrique peut même être perçu comme un soulagement.
- UDAF : Attention à avoir à l'égard de la situation des parents concernés par la perte d'autonomie qui se trouve en difficulté pour aider leur enfant.
- UDAF : L'offre de logements accompagnés, adaptés, en Moselle, est très limitée.
- UDAF : Les intervenants à domicile ont une représentation biaisée de la maladie mentale qui conduit à des refus d'intervention.
- CMP Tivoli : Le parcours d'accès au logement est processus mouvant pour lequel il faut considérer la personne dans sa globalité. Chaque intervenant amenant sa pierre pour l'aider à évoluer et être au plus près de ses besoins.
- UDAF : Une méfiance existe entre certaines structures qui trouve son origine dans la pratique de certains professionnels qui retiennent de l'information pour s'assurer qu'une situation sera reprise par une autre structure.
- UDAF : Le relais est une difficulté. Les délais d'entrée dans une structure d'hébergement sont longs. La durée de répit à l'hôpital au contraire est courte.

Propositions	
•	<u>CMP Tivoli</u> : Poursuivre la réflexion par un état des lieux des besoins de l'hôpital et des partenaires.
•	<u>CMP Tivoli</u> : Identifier ce qui a fonctionné dans les partenariats.
•	<u>CMP Tivoli</u> : Mettre en évidence les freins rencontrés.
•	<u>Coordo.</u> : Associer la direction de l'hôpital au travail de partenariat entre les acteurs concernés par la problématique de l'accès et du maintien dans le logement.
•	<u>UDAF</u> : Inviter le SIAO aux réunions.
•	<u>Armée du Salut</u> : Favoriser le partage d'informations entre l'hôpital et les structures d'hébergement.
•	<u>Armée du Salut</u> : Faciliter l'hospitalisation temporaire pour les personnes en errance.
•	<u>Armée du Salut</u> : Améliorer l'accès aux soins de premier recours pour les personnes en errance.
•	<u>UDAF</u> : Mettre en place un réseau de travail qui permettrait de réfléchir à plusieurs à une situation problématique.
•	<u>UNAFAM</u> : Associer la MDPH à la réflexion pour bénéficier de son expertise sur l'orientation et les financements mobilisables selon la situation des personnes.
•	<u>UDAF</u> : Définir les besoins et les capacités de chaque structure.
•	<u>CMP Tivoli</u> : Discuter de la manière de mettre en place de nouveaux dispositifs pour être force de proposition en s'unissant autour d'un même projet.
•	<u>UDAF</u> : Former les professionnels avec l'objectif de faire évoluer leurs représentations de la santé mentale et de les aider à gérer les situations où elles sont en relation avec des personnes au comportement difficile.
•	<u>CMP Tivoli</u> : Réfléchir aux notions de parcours, de trajectoire en questionnant notamment ce qu'habiter veut dire.
•	<u>LogiEst</u> : Inscrire la possibilité d'échec dans la culture professionnelle.

DISCUSSION

Le groupe accueille les représentants de l'UDAF (Union départementale des associations familiales) et de l'Armée du Salut qui participent pour la première fois à une réunion du CLSM.

Après un tour de table de présentation, Stéphane TK propose de poursuivre la réflexion sur la question de l'accès et du maintien dans le logement initié à l'occasion de la réunion de constitution du groupe qui s'était tenue le 4 mai (cf. compte rendu disponible sur le site Internet : <https://goo.gl/9iZkZu>). Ce temps avait mis en évidence deux pistes d'action axées sur :

- Le développement du partenariat qui pourrait se concrétiser dans un projet de convention entre l'hôpital et les acteurs du logement (proposition de plusieurs bailleurs).
- Un travail de formalisation concernant la conception de dispositifs d'hébergement alternatif à l'hospitalisation (proposition d'Olivier POINSIGNON).

Catherine VEDDA questionne l'objectif et le contenu de cette convention.

Jonathan BERCOT interroge pour sa part la réciprocité des engagements des partenaires concernés par ce projet de convention. Il souhaite savoir comment est envisagée la prise en compte à la fois des besoins des structures et de l'hôpital. Les premiers cherchant un relais auprès de l'hôpital pour gérer les « états de crise » de certaines personnes et le second cherchant des solutions alternatives à l'hospitalisation.

Stéphane TK répond que le projet de convention est construit collectivement. Chaque partenaire fait part de ses attentes et propose les actions qu'il peut engager en réponse aux problématiques identifiées.

Olivier POINSIGNON partage son expérience des conventions pour lesquelles l'hôpital est partenaire. Les partenariats réussis sont construits sur la base de projets précis comme la création de dispositifs alternatifs à l'hospitalisation. Des acteurs très différents sont réunis autour de la thématique du logement. Il semble nécessaire de poursuivre la réflexion par un état des lieux des besoins de l'hôpital et des partenaires. Il paraît également intéressant d'identifier ce qui a fonctionné et de mettre en évidence les freins pour aller plus loin dans des coopérations.

Stéphane TK propose d'organiser une réunion avec la direction de l'hôpital et les acteurs concernés pour travailler les modalités d'un partenariat visant à améliorer l'accès et le maintien dans le logement des personnes en souffrance psychique ou présentant des troubles mentaux.

Catherine VEDDA questionne la connaissance que les acteurs, issus d'environnement parfois éloigné des questions du logement, ont des dispositifs d'hébergement. Elle propose également que soit

invité à participer aux réunions le SIAO² (Service intégré d'accueil et d'orientation) qui régule les orientations en Moselle vers le logement de transition ou autonome, au moyen notamment de la grille « un toit³ ». Elle poursuit en précisant que selon son expérience, une part importante des bénéficiaires de la pension de famille dont elle a la responsabilité sont suivis par le CMP (Centre médico-psychologique) local.

Olivier POINSIGNON fait part l'intérêt pour l'ensemble des acteurs d'avoir une bonne connaissance des dispositifs alternatifs à l'hospitalisation et de l'offre de logements adaptés pour améliorer l'orientation des personnes vers les structures plus conformes à leurs besoins.

Paule GENEVAUX met en avant le fait d'éviter la rupture. Elle souligne également la nécessité de répondre assez rapidement à des périodes de crise. Elle précise que laisser durer une situation conduit à la rupture. Parmi les réponses possibles, elle propose qu'une personne, quand c'est nécessaire, puisse accéder à une chambre à Jury ou bénéficier rapidement de la prise en charge par un médecin. Elle donne l'exemple des personnes qui sont à la rue et éloignées du milieu médical pour lesquelles un diagnostic médical est nécessaire. Cette situation pose la question du rapprochement entre les publics éloignés du soin et les professionnels de santé. Elle propose l'exemple inverse d'une personne en appartement pour laquelle il s'agit d'éviter le retour à la rue. Dans ce cas de figure, le lien avec l'hôpital, notamment par le partage d'informations, est important.

Stéphane TK propose de poursuivre la discussion en sous-groupes avec comme objectif de partager les constats et faire des propositions. Ce travail doit permettre d'identifier des pistes d'action. À ce stade de la réflexion, il est convenu que le projet d'une convention entre le Centre hospitalier de Jury et les acteurs de l'hébergement est prématuré. Les discussions en sous-groupes permettront également de préciser la forme que pourrait prendre ce partenariat. Les participants font le choix de poursuivre finalement la discussion en grand groupe.

Catherine VEDDA demande aux participants ce qui a motivé l'invitation adressée aux services de protection des personnes pour qu'elles participent à cette réunion. Elle demande également si tous les participants sont au clair avec la limite des missions de chacun.

Laëtitia BREGER-GUICHARD fait part de la difficulté que représente le logement pour les services de protection des personnes confrontés à plusieurs contraintes :

² LOI n° 2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs. Art. 459-2. - « La personne protégée choisit le lieu de sa résidence. »

_blank" \o "Lien vers la page d'information du dispositif SIAO sur le site Internet de la Préfecture de la Moselle." <https://goo.gl/87oxPC>

³ Lien vers le formulaire « un toit - grille d'évaluation et d'orientation » : <https://goo.gl/PgMC6p>

- Respect du libre choix du lieu de résidence de la personne protégée (loi du 5 mars 2007⁴).
- Sollicitations des structures d'hébergement quand un problème survient avec la personne protégée (dégradation du logement, troubles du voisinage, non-respect des règles en collectivité).
- Conséquences du repli sur soi de certaines personnes protégées qui s'accompagnent de problèmes d'hygiène, sanitaires, et autres.
- Absence de suivi médical. Seul le péril imminent permet d'engager une hospitalisation sous contrainte. Mais la durée est parfois courte parce que la situation est considérée stabilisée, permettant le retour à domicile avec une nouvelle hospitalisation au bout d'un mois.
- La nécessité d'une autorisation du juge pour engager les démarches de départ de son logement d'une personne.

Laëtitia BREGGER-GUICHARD ajoute que son attente est de trouver un réseau de travail pour faire face aux situations complexes, pour lesquelles il devient difficile de savoir quoi faire et qui solliciter.

Émilie DEBS confirme son incompréhension, en tant que bailleur social, quand l'UDAF n'intervient pas pour un locataire bénéficiant d'une mesure de protection.

Laëtitia BREGGER-GUICHARD explique que les services de protection des personnes ne bénéficient pas de priorité sur les demandes de logements. À cela s'ajoutent les refus de bailleurs sociaux d'accueillir dans un logement une personne dont ils connaissent la situation difficile. Du côté des bailleurs privés, c'est la situation précaire de la personne protégée qui est un obstacle à son accès au logement. Le service mandataire met en place des aides ménagères, fait des visites, essaie de faire des liens. C'est ainsi que débute un partenariat. Avec comme limite que pour beaucoup de situations il n'y a pas de solution.

Catherine VEDDA insiste sur le fait que la modification de la loi en 2007 est à l'origine des difficultés évoquées. Du point de vue des partenaires, l'incompréhension à l'égard des services mandataires vient de la méconnaissance de l'évolution du cadre de légal de la protection des personnes. Elle donne l'exemple d'une personne qui a demandé la main levée de la mesure de curatelle et qui l'a obtenue. Cette personne s'est retrouvée sans mesure ni de gestion ni de protection. À cela s'ajoute l'absence d'information transmise sur la décision prise des magistrats vers les services. Catherine VEDDA évoque également les limites d'intervention de l'hôpital qui ne sont pas toujours connues par

⁴ LOI n° 2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs. Art. 459-2. - « La personne protégée choisit le lieu de sa résidence. »

les autres acteurs. Elle fait également le constat des différences de réponses selon les secteurs en prenant l'exemple des CMP qui interviennent à domicile et d'autres non.

Olivier POISSIGNON confirme ce constat de modalités d'intervention différentes selon les CMP. Sur ce point, il fait part de l'initiative de plusieurs agents de différents CMP qui ont interpellé officiellement l'hôpital sur la nécessité de pouvoir harmoniser les conditions de prise en charge des personnes accueillies en centre d'hébergement en substituant au critère de la date de naissance celui de l'espace géographique de vie des personnes. La mise en place actuelle d'une organisation en pôle crée un contexte favorable pour que cette demande soit entendue. À cela s'ajoute la question de la mobilité vers les personnes. Olivier POISSIGNON évoque également les collaborations que certains CMP sont parvenus à développer avec d'autres acteurs.

Catherine VEDDA demande si un rapprochement est envisagé avec la Direction de la cohésion sociale (DDCS) qui pilote la Commission des situations atypique dans le cadre du travail mené sur la thématique des situations individuelles en difficultés. Elle fait part de son constat, en tant que participante à cette Commission, qu'une part importante des situations évoquées relèvent de la maladie mentale ou de difficultés qui peuvent y être associées.

Stéphane TK répond que d'autres participants ont fait remarquer l'intérêt d'un rapprochement avec la DDCS. Celle-ci est conviée aux réunions du CLSM. Par ailleurs, les instances existantes comme la Commission des situations atypiques ou la Veille sociale pilotée par le Centre communal d'action sociale ont un cadre de mission précis. Les situations individuelles en difficultés se trouvent elles au croisement de plusieurs problématiques qui ne concernent pas que les questions du logement ou du social. Il s'agit d'une thématique en réflexion pour laquelle ces remarques sont prises en compte.

Robert TEUTSCH fait remarquer l'absence des financeurs à la réunion. Il propose de convier également la MDPH (Maison départementale des personnes handicapées) qui a un rôle d'orientation et peut obtenir également un financement (dans le cadre de la Commission exécutive qui fait des préconisations aux élus sur ce qu'il est nécessaire de financer). Depuis peu de temps, la PCH (Prestation de compensation du handicap) peut être mutualisée⁵ pour le logement ou l'aide à la personne. Robert TEUTSCH donne également l'exemple des SAMSHA (Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés) qui sont des services d'accompagnement à la vie sociale.

Stéphane TK répond à la question de Mme VEDDA sur les attentes des participants qui ont souhaité la présence des services mandataires. Cette proposition a été faite lors de la première réunion où

⁵ Les conditions de mutualisation de la PCH sont précisées dans la note adressée en décembre 2016 par la Direction générale de la cohésion sociale aux Conseils départementaux. Consultable sur Internet : <https://goo.gl/5AxWBb>

l'idée d'un projet de convention a été retenue. Il paraissait important que des acteurs comme les structures en charge de la protection des personnes soient présentes.

Laëtitia BREGGER-GUICHARD fait remarquer la difficulté pour les structures à préciser les contours de leur intervention. Elle souligne la difficulté à cerner les limites de ses propres missions. À cela s'ajoute un manque de communication entre les structures. Cette situation génère des tensions. Chacun attend sur l'autre. Les structures se renvoient la balle. D'où l'importance du réseau qui permettrait de réfléchir à plusieurs à une situation problématique.

Catherine VEDDA indique la nécessité de s'acculturer avant de conventionner.

Laëtitia BREGGER-GUICHARD partage cette nécessité de s'acculturer. Et puis surtout définir les besoins et les capacités de chaque structure.

Paule GENEVAUX partage elle aussi cette difficulté de connaître le bon interlocuteur pour pouvoir résoudre un problème.

Jonathan BERCOT fait part des manques de moyens. Il évoque également le fait qu'il manquerait d'une tutelle médicale, d'appartements thérapeutiques ou de places en pension de famille.

Laëtitia BREGGER-GUICHARD partage ce constat d'un manque de places en hébergement adapté.

Catherine VEDDA fait part la situation des parents concernés par la perte d'autonomie qui se trouve en difficulté pour aider leur enfant.

Laëtitia BREGGER-GUICHARD fait part, malgré les dispositifs existants comme l'organisation séquentielle au CH de Jury, de situations pour lesquelles il n'y a pas de solution. Parfois il serait nécessaire d'avoir un logement accompagné, adapté, mais l'offre en Moselle est très limitée.

Olivier POINSIGNON partage le constat d'une offre insuffisante. Il souligne également la limite d'attendre que des propositions soient faites par les décideurs. Son expérience montre qu'une offre peut se construire à partir de la volonté de quelques acteurs locaux. C'est ainsi que des dispositifs ont vu le jour sur le territoire messin. Pour un acteur seul, les difficultés de tels projets peuvent paraître insurmontables. À plusieurs, des réalisations sont possibles. Pour cela, il faut identifier un garant qui assure le rôle ou la fonction d'ouvreur à l'habitat⁶ et une équipe de soins dédiée. Cela nécessite de se

⁶ Ouvreur à l'habitat : mission assurée par certaine structure qui prospecte et négocie l'ouverture de logements pour un public auquel ils ne sont pas d'ordinaire ouverts. La mobilisation de logements se conclue généralement par un mandat de gérance sécurisé, et exceptionnellement par un contrat de location - bail glissant (parc public).

réunir pour mettre en commun les contributions de chacun. Olivier POINSIGNON propose que soit discutée la manière de mettre en place un dispositif.

Sur ce point, Laëtitia BREGGER-GUICHARD évoque l'importance de l'aspect financier. On peut être force de proposition, mais un tel projet demande un investissement.

Catherine VEDDA invite à Robert TEUSCH de s'exprimer pour partager son point de vue en tant que représentant de l'association UNAFAM.

Robert TEUSCH rappelle qu'il était éducateur spécialisé. Il précise que son association s'occupe des familles et pas directement des personnes. Il est également parrain de deux GEM (Groupe d'entraide mutualisé). Il n'intervient pas directement. Sauf quand il y a conflit. Il fait remarquer concernant les familles que les parents et les aidants sont fatigués. La principale difficulté concerne la sortie d'hospitalisation. Les proches ne savent pas toujours quoi faire. Parmi ses actions, L'UNAFAM assure une écoute téléphonique (environ deux cents appels par an). L'association n'a pas de réponse à apporter. Il s'agit de faire de l'écoute pour que les familles perçoivent qu'avec le temps la situation s'améliorera. L'UNAFAM a besoin que les personnes handicapées psychiques soient plus connues pour atténuer les peurs à leur égard. L'association a besoin également de services comme les Services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et les Services d'accompagnement médico-social pour adulte handicapé (SAMSAH) pour rassurer les logeurs, les bailleurs, les gestionnaires et les familles. Robert TEUSCH remarque également que la situation évolue au niveau du Ministère. Il y a une volonté de développer des choses. Le handicap mental est désormais reconnu. Malgré tout une méconnaissance persiste auprès des acteurs qui freinent l'inclusion des personnes handicapées psychiques. Cette situation nécessite pour les familles de l'UNAFAM d'être aidées dans tous les domaines. Robert TEUSCH fait part des attentes de l'UNAFAM que les grandes idées se mettent en place au niveau ministériel. Il remarque toutefois des évolutions grâce notamment à l'implication de la présidente nationale de l'UNAFAM qui a obtenu par exemple la MDPH accorde aux personnes handicapées psychiques la PCH. Robert TEUSCH évoque également le rôle de l'UNAFAM pour que les familles participent aux décisions et pas seulement les professionnels, les financeurs et les politiques. Il rappelle que les familles ont été déconsidérées à l'origine du problème et du même coup déconsidérées. Il termine en indiquant que le pouvoir financier de l'UNAFAM est très limité. L'association compte en France cinquantaine de salariés. Une chargée de mission s'occupe de toute la région Grand est.

Catherine VEDDA demande à Robert TEUSCH s'il maîtrise les notions de pension de famille et de logement accompagné.

Robert TEUTSCH répond qu'une famille confrontée à un gros problème est prête à s'orienter vers n'importe quelle solution, même l'hôpital psychiatrique. L'hôpital peut représenter un soulagement pour certaines familles. Robert TEUTSCH évoque également la formation du personnel soignant, des infirmiers, qui ne bénéficient plus de spécialisation en psychiatrie. C'est le cas également des éducateurs qui sont peu formés sur ce sujet.

Olivier POINSIGNON explique qu'à l'IRTS (Institut régional des travailleurs sociaux), des modules psychiatriques qui existent depuis cinq à six années, mais que cela ne concerne pas toutes les formations.

Catherine VEDDA fait remarquer l'absence de représentants de la catégorie professionnelle des intervenants à domicile comme les TISF (Technicien d'intervention sociale et familiale) ou AVS (Auxiliaire de vie sociale). Ces professionnels ont des représentations de la maladie mentale qui les conduisent à refuser d'intervenir après d'une personne souffrant d'un trouble comme la schizophrénie. Catherine VEDDA rappelle qu'il existe des formations comme celle qu'elle a suivi sous la dénomination Oméga⁷ dont le but est d'apprendre à faire face à des personnes aux comportements menaçants. Cette formation est obligatoire dans les CHS depuis 2004. Robert TEUTSCH précise que cette formation est dispensée au CH de Jury.

Laëtitia BREGGER-GUICHARD informe que les mandataires de l'UDAF bénéficient de la formation Oméga. Leur formation pour l'obtention du certificat national de compétence comporte également un module sur la maladie mentale. Ce module les aide à s'adapter aux personnes qu'ils accompagnent et aussi à se protéger.

Catherine VEDDA insiste sur l'importance de former les aides ménagères, car le peu de formation de ces professionnelles fait qu'elles sont démunies. Alors que la formation change la manière d'être en relation avec une personne en difficulté.

Sur la question de la formation, Stéphane TK informe qu'un groupe étudie la faisabilité de proposer aux professionnels une action de sensibilisation. Un questionnaire sera adressé prochainement aux structures pour construire un contenu correspondant aux besoins et attentes identifiés.

Olivier POINSIGNON évoque la question de l'itinéraire et de la trajectoire des personnes concernées par l'accès au logement. Il partage deux points qui lui paraissent importants. Le premier concerne la compréhension des besoins pour construire des dispositifs spécifiques de manière collective. Le second porte sur le parcours qui est un processus mouvant pour lequel il faut accepter que la

⁷ Formation Oméga : méthode de gestion et de prévention des situations de violence et d'agressivité.

personne se trompe. La trajectoire d'une personne pose la question de ce qu'habiter veut dire. Il faut considérer la personne dans sa globalité, à la fois patient, membre d'une famille ou encore personne protégée. Chaque intervenant peut amener sa pierre pour l'aider à évoluer, pour être au plus près de ses besoins.

Sur ce point, Catherine VEDDA évoque la nécessité de modifier les pratiques. Il s'agit notamment d'éviter de retenir des informations pour s'assurer de pouvoir transmettre une situation à un autre acteur. Cette manière de faire finit par installer un climat de méfiance entre les structures.

Roger ADT partage le constat d'Olivier POINSIGNON sur le fait d'accepter la notion d'échec. Pour toutes les familles que logent les bailleurs, il peut y avoir des échecs. Mais un échec chez un bailleur est pesant. Intégrer la notion d'échec permet de rebondir et de réintégrer le logement autonome. Il faut inscrire la possibilité d'échec dans la culture professionnelle.

Catherine VEDDA évoque le problème du relais. Elle souligne les délais d'entrée en pension de famille. Entre le moment où le bailleur interpelle et la réponse, quelquefois il se passe six mois. Six mois quand ça se passe mal dans un logement, c'est très long. Concernant une période de crise, la solution de répit, un peu comme celle que pourraient rechercher des aidants familiaux, est compliquée. Parce que le répit à l'hôpital est de courte durée.

[...]