**BILAN AU 30 AVRIL 2016**

**Indicateurs Qualitatifs**

Constat général :

* Un écart entre le projet initial et la réalité des mesures pour plusieurs associations leur faisant porter des risques financiers (idem pour le GIE et les bailleurs)
* Un cout de portage ne couvrant pas l’investissement des associations notamment pour la cible santé mentale
* Un investissement fort et long des bailleurs pour permettre une adhésion des locataires en place
* Une dérogation pour accompagner un logement du parc communal à Iffendic

Constat par cible :

***Santé mentale :***

L’approche nécessite souvent un premier travail d’accompagnement administratif ou budgétaire avant d’évaluer un prisse en charge d’un accompagnement vers le soin.

Plus l’isolement est fort, plus l’adhésion du ménage est longue et difficile à accepter.

Une très grande coopération bailleur/association est nécessaire. Le bailleur ne transmet pas l’accompagnement il le porte avec l’association, ce partenariat est exigeant, il mobilise de façon importante les différents acteurs.

**Les atouts**

Des locataires moins isolées, qui adhèrent aux mesures, et dont les nuisances sont réduites, les risques d’expulsion s’éloignent.

Des situations d’isolement se sont améliorées, parfois soutenu par des services d’aide à domicile. Une amélioration à la grande détresse de la solitude.

Un constat positif pour les bailleurs : la question de la santé mentale a pu être abordée très vite grâce au savoir-faire de nos nouveaux partenaires. La notion de santé mentale est démystifiée. Le partenariat s’appuie sur des compétences jusqu’ici inaccessibles.

La réussite d’une 1ère étape permettant de faire prendre conscience à la personne en déni de son besoin de soin et de la rendre demandeuse

**Les limites**

Un accès et un maintien toujours difficile dans le soin

Dans les associations, des salariés seuls sur ce dispositif peuvent être en difficulté et s’user car les situations sont très lourdes.

L’isolement professionnel est difficilement tenable dans la durée.

Un financement pas toujours adapté à l’implication demandée.

Une vigilance à avoir pour ne pas maintenir la mesure dans la durée.

L’objectif est d’amener la personne dans les dispositifs de droit commun. L’attachement au travailleur social peut être difficile à rompre.

Le portage de la question sanitaire par les équipes des bailleurs et par celles des associations sur la capacité à habiter ne peut aller plus avant et a atteint ses limites.

***Réassurance du locataire***

L’accompagnement des associations sur ce public était déjà réduit, du fait de l’ancienneté de la mesure de GLA .

A l’inverse, le transfert des mesures sur ce nouveau dispositif a fait émerger une nouvelle mobilisation plus importante pour l’association (réflexion sur des accompagnements différents, nouvelle stratégie d’accompagnement à mettre en œuvre…)

Beaucoup de situation relève finalement de la cible Santé mentale

**Les atouts**

Opportunité d’une transition pour mettre un terme à un suivi qui n’a que trop duré, pour repartir sur un autre cadre, pour réinterroger l’accompagnement, pour renforcer le temps d’analyse clinique.

**Les limites**

La sortie de GLA pour ces publics est difficile à envisager. Il faut repenser un accompagnement différent en s’orientant soit vers d’autre cible de ce dispositif soit vers des hébergements plus adaptés.

***HABITAT ADAPTE SUR MESURE***

Les candidats qui peuvent entrer dans cette cible sont à la fois des demandeurs de logement (en cours d’attribution), et des locataires qui ont besoin d’un accompagnement particulier vers un autre logement (mutation) ou un logement plus adapté qui correspond mieux à leur mode de vie.

Ce n’est pas l’habitat qui est accompagné mais le ménage qui bénéficie d’un accompagnement spécifique à sa problématique

**Les atouts**

Une mesure utile par défaut de place en structure collective ou pour des personnes éloignées de l’autonomie.

Cet accompagnement permet d’éviter l’échec à l’entrée dans le logement.

Un accompagnement sur mesure ajusté à la personne sur le fond et sur la forme

**Les limites**

Un investissement amplifié pour les associations, nécessitant des ajustements de pratiques professionnelles et un accompagnement très personnalisé.

***SORTANTS DE PRISON***

Le faible volume de mesures ne permet pas une évaluation objective

**Les atouts**

A permis d’engager des accompagnements

**Les limites**

Absence de mobilisation de l’administration carcérale, repérage difficile par les bailleurs, d’où le faible volume.

Question sur l’acceptation par les élus

***VIOLENCES CONJUGALES***

Absence de demande

**Les atouts**

Non mesurable

Pourrait intéresser des communes éloignées de l’ASFAD pour une mise à l’abri mais sur leur logement d’urgence

**Les limites**

Mise à l’abri faite par l’ASFAD sur Rennes.

Un certain nombre de commune ont mis à disposition des logements d’urgence. Ce logement transitoire de courte durée ne nécessite pas à ce jour d’accompagnement spécifique. Les CDAS, accompagnent ces situations (démarche de demande de logement, accès parc public, accompagnement budgétaire).

Constat par accompagnement :

***EVALUATION***

L’évaluation partagée à 3 (personne/bailleur/ associations) pour définir l’objectif de l’accompagnement auquel la personne va adhérer est puissante surtout lorsqu’il n’y a pas le pouvoir facilitant de la GLA

Financer quelques mois d’évaluation pour définir le bon accompagnement à mettre en place est une clé de sa réussite

Lorsque la situation relève de la santé mentale, la pose de la problématique et le passage de relais à l’association est beaucoup plus long

Il faut 1 à 3 mois pour obtenir l’adhésion.

D’abord un temps pour réussir l’accroche et ensuite au moins 2 mois pour travailler le contenu de l’accompagnement.

Sur une situation, on a pris 6 mois pour confirmer que l’angle d’accompagnement sur la capacité à habiter était inadapté et qu’il aurait fallu faire intervenir une compétence en Santé Mentale

***CAPACITE A HABITER***

* Des process simples de gestion et d’évaluation donc économes
* La rencontre tri partite facilite la mise en lien entre les associations et les candidats
* Des expérimentations positives (Le RV commun de lancement au domicile, l’adaptation de l’accompagnement en fonction de la demande de la personne, le recours à un tiers facilitateur…)
* La fréquence de l'accompagnement se fait en fonction du candidat, à sa demande et à son rythme
* L’évaluation partagée entre le bailleur et l’association facilite l’adhésion du ménage.
* La pratique de « l’aller vers » et de « faire avec » est généralisée et estimée positive.
* Un besoin identifié parfois de réorienter la mesure vers la cible santé mentale. Donc de prévoir un nouveau passage en revue régulier des situations suivies.

Certaine réorientation pouvant aller, parfois vers un arbitrage sur la capacité à se maintenir dans le logement et travailler une orientation vers une autre structure

* Un financement à suivre car l’implication est variable passant d’un RV hebdo à un RV mensuel selon les besoins

***SOUTIEN PERSONNALISE***

* Les candidats sont bénéficiaires de l'AAH, l'accompagnement se fait principalement au démarrage sur la prise en charge administrative et/ou budgétaire.
* Mise en place d'acteurs locaux (ADMR) pour la partie hygiène
* Le savoir faire et la connaissance de ces publics fragiles a permis aux associations de type SAVS une prise en charge différente, plus adaptée et facilite l'orientation vers un SAVS.

Constat CCAS, communes, EPCI :

* Offre une réponse d’accompagnement pour les publics non repérés ou suivis par les CDAS (cas notamment du partage des publics entre isolés et famille)
* Offre une solution aux adjoints aux affaires sociales lorsqu’un ménage refuse tout accompagnement d’un CDAS
* Apporte une aide à l’accès au logement lorsque les risques sont forts et donc peu favorables à une attribution de logement
* Offre une réponse de proximité lorsque les partenaires sont présents localement, connaissent le milieu associatif et les élus, le contexte locatif et peuvent avoir une réponse ajustée
* Un réel atout pour permettre d’apporter une attention de proximité aux habitants dès l’entrée dans le logement avant de basculer dans des difficultés lourdes à traiter de façon curative
* Sur Rennes Métropole, pour ALFADI, la nécessité de flécher les mesures sur la cible sortants de prison et réassurance du locataire pour éviter de percuter les dispositifs existants sur ce territoire. Pour Espoir 35, orientation à poursuivre sur la cible santé mentale.
* Le contact avec les EPCI et les communes lorsqu'il est nécessaire est facile et permet un échange sur les situations.

Constat CDAS, Instances locales :

* Le manque de relais auprès des structures de droit commun dédiées à l’accompagnement sur les territoires a été un frein à la mise en place des mesures en dehors de celles repérées par les bailleurs en 2015 et début 2016. L’information sur le dispositif ne s’est faite auprès des maisons du département que mi octobre 2015 et son déploiement vers les CDAS est progressif.
* Pas d’orientation par les CDAS
	+ Les CDAS ont déjà leurs outils
	+ Vu comme un risque de morcellement
	+ Stigmatisation avec le nom des mesures (victimes de violences conjugales, sortant de prison)
	+ Dispositif qui ne trouve pas sa place faute d’être partagé
	+ Dispositif nouveau qui nécessite du temps pour le faire entrer dans les réflexes des équipes en place. Besoin d’ancrage.

Constat bailleur et GIE :

* Permet le maintien dans le logement
* Offre des possibilités de mobilisation des locataires en place et un appui aux mutations sociales prioritaires
* Enjeux du maintien à domicile sans dégrader la qualité de service et le bien vivre ensemble et la prévention de l’expulsion. Réduction des couts induits de l’expulsion.
* Une inertie importante existe pour lancer un tel dispositif notamment via les EPCI dont la compétence est parfois éloignée de ces questions
* Manque de relais auprès des associations tutélaires
* Une vigilance demandée aux associations pour éviter tout délai d’attente entre le mandatement et le début de l’accompagnement
* Un avantage fort de pouvoir disposer d’un réseau de partenaires s’habituant à travailler ensemble et capable de commencer un travail sous le registre de la capacité à habiter pour le faire glisser sans délai sous le registre du soutien personnalisé au logement.
* Une souplesse dans les fonctionnements et des interactions entre les partenaires très positifs.
* Chacun des ménages avait connaissance de la potentielle entrée dans ce dispositif ce qui facilite le démarrage de la mesure puisque le ménage est informé.
* La rencontre tripartite est essentielle car elle permet d’introduire l’intervention du travailleur social.

Accompagnement social mené par un CCAS

Le CCAS de Liffré nous a demandé d’expérimenter le portage de l’accompagnement pour démontrer l’intérêt de la proximité des habitants. Un choix assumé par le territoire.

Un contexte lié à un faible nombre de GLA et à un secteur psychiatrique rattaché à Rennes et trop éloigné donc peu favorisant pour établir une relation de soin.

* Il estime avoir fait la démonstration de l’intérêt grâce aux compétences internalisées et avoir une juste réponse aux besoins. Le mandatement habituel de la CIFSL se limite à 2 mesures sur le territoire, donc difficilement optimisable pour s’approprier le contexte local.
* La proximité est l’échelle permettant la connaissance de tous les enjeux, c’est un lien fort avec les structures existantes.
* Le CCAS assure un rôle de veille sociale pour les plus fragiles.

L’atout réside dans la complémentarité entre les bailleurs et le CCAS pour intégrer la personne dans son logement et dans son environnement

Actions à mettre en place :

* Poursuivre la communication du dispositif auprès des différents partenaires (plusieurs contacts en cours avec les CDAS, des rendez vous prévus et ou à prévoir.
* Finaliser la plaquette de communication destinée aux différents partenaires.
* Présenter le dispositif aux associations tutélaires.
* Maintenir le partenariat et la réflexion sur des outils transitoires ou à construire :

⮚ Piste d’une équipe mobile sur tous les territoires avec infirmier itinérant intervenant à

 la demande des bailleurs ou du GIE à travailler avec l’ARS ?

⮚ Piste des médiateurs de santé expérimentés au Québec et étudiée par le CRSM pour

 les personnes exclues du soin ?

⮚ Piste des résidences sociales sur le modèle de Vitré pour mutualiser les services

 d’accompagnement aujourd’hui éclatés dans le patrimoine social

* Le retour à la vie associative peut se travailler par un lien avec les CCAS qui connaissent les associations de la commune. Il est souligné l’importance de se sentir intégré dans la commune pour la réussite de l’accompagnement car la place de la personne donne du sens à leur vie et à leur identité de citoyen
* Le besoin de faire un travail de sensibilisation pour les professionnels de la capacité à habiter sur les indices permettant d’orienter sur la mesure de soutien personnalisé au logement (santé mentale)

Ex : des outils pour repérer l’incurie dans le logement et le lien avec une pathologie

**Indicateurs Quantitatifs au 30/04/2016:**



 **⮚ 101** dossiers orientés vers la commission – 74 candidats accompagnés

 **⮚ 59** candidatures en cours d’accompagnement

**39 hommes et 20 femmes**

|  |  |
| --- | --- |
| HABITAT ADAPTE SUR MESURE | 15 |
| REASSURANCE DU LOCATAIRE | 7 |
| SANTE MENTALE | 33 |
| SORTANTS DE PRISON | 3 |
| VIOLENCES CONJUGALES | 1 |
| TOTAL | 59 |
|  |  |

* + **10 ajournements**
		- 5 en attente d’infos supplémentaires
		- 3 relogements en cours
		- 2 listes d’attente
	+ **24 refus du GIE**
		- 7 orientations vers une structure de droit commun,
		- 2 candidats ne rentrant pas dans une cible,
		- 3 territoires non couvert par un financement,
		- 0 pour financement non disponible,
		- 12 locataires du parc privé.
	+ **8 refus des bénéficiaires**

* + - 5 en accès (9%) et 54 en maintien (91%)
		- 3 en GLA (sous location) et 2 en bail direct avec le locataire
		- 0 logements amenés au niveau du loyer PLAI

**AGE/CIBLE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CIBLES** | **20 - 30** | **30 - 40** | **40 - 50** | **50 - 60** | **60 - 70** | **70 – 80** | **Total général** |
| HABITAT ADAPTE | 2 | 5 | 5 |  | 2 | 1 | 15 |
| REASSURANCE DU LOCATAIRE |  | 1 | 3 | 3 |  |  | 7 |
| SANTE MENTALE | 2 | 9 | 6 | 9 | 6 | 1 | 33 |
| SORTANTS DE PRISON | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| VIOLENCES CONJUGALES | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| **Total général** | **4** | **15** | **17** | **13** | **8** | **2** | **59** |

Graphique AGE/CIBLE

Age du bénéficiaire le plus jeune : 27 ans

Age du bénéficiaire le plus âgé : 79 ans

**Ressource :**

Sur 59 candidatures 26 personnes étaient bénéficiaires de l’AAH, du RSA ou de l’ ARE