

Guide d'implantation du dispositif ACT « Un chez soi d'abord » en zone rurale



Baptiste MENECHIN

Raphael BOULODNINE

Avec le soutien de la coordination nationale UCSD - Dihal

Introduction

Ce document présente un guide d'implantation dédié aux dispositifs médico-sociaux "Un chez soi d'abord" (UCSD) dits « ruraux ». Il est complémentaire au guide d'implantation des dispositifs UCSD « généralistes » produit par la Dihal suite à l'expérimentation qui s'est déroulée entre 2011 et 2016, mais s'adresse spécifiquement aux projets UCSD qui s'implantent à l'échelle d'un département, voire d'une région pour la Corse et l'Île de La Réunion. Ces dispositifs sont autorisés pour 55 places et intègrent une dimension rurale dans leur approche.

Pour rappel l'expérience acquise lors de la phase expérimentale du programme "Un chez soi d'abord", a résulté d'une recherche qualitative et quantitative approfondie, ainsi que d'une collaboration active avec le volet opérationnel qui a conduit à l'élaboration du cahier des charges national et à l'écriture d'un guide d'implantation¹ ; l'enjeu était bien de maintenir le modèle expérimenté et qui avait fait la preuve de son efficience.

Depuis 2017, le programme "Un chez soi d'abord" a évolué pour devenir les appartements de coordination thérapeutique que nous connaissons aujourd'hui. En parallèle, de nouveaux dispositifs ont vu le jour, notamment les "UCSD" de 55 places pour les grandes villes et villes moyennes, les "UCSD Jeunes" réservé à un public 18/25 ans, et les "UCSD Ruraux". Ces derniers présentent des spécificités uniques liées à leur dimension rurale, ainsi que des enseignements tirés des différentes expériences menées au sein de quelques dispositifs lancés en zone rurale de manière expérimentale sur une dizaine de places depuis 3 ans. En conséquence, nous avons ressenti la nécessité d'ajuster ce guide d'implantation pour aborder de manière approfondie des thématiques telles que les ressources humaines, les outils d'organisation, la gestion locative adaptée et la montée en charge, en tenant compte des particularités des "UCSD Ruraux".

La méthodologie qui a sous-tendu la création de ce guide repose sur un processus collaboratif en partenariat avec la Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (DIHAL) et impliquant activement les équipes "Un chez soi d'abord" de Corse, "Un chez soi d'Armor" des Côtes-d'Armor, et "Axihome" de Haute-Savoie. Cette méthodologie s'appuie sur une pluralité d'outils : des focus groupes intra et inter équipe, des entretiens individuels et des observations de terrain.

Le résultat de cette collaboration est un guide d'implantation concret, conçu spécifiquement pour vous aider à mettre en place et à gérer avec succès les dispositifs médico-sociaux "Un chez soi d'abord" à dimension rurale. Nous partageons des pratiques efficaces, des leçons apprises et des stratégies éprouvées pour que vous puissiez offrir

¹ Vous pouvez retrouver le guide sur <http://extranet.dihal.developpement-durable.gouv.fr/> login : extradihal **mot de passe** : 78ruelecourbe

un logement stable et un accompagnement adapté à ceux qui en ont besoin, tout en favorisant leur maintien en logement et leur rétablissement dans des environnements ruraux.

Ressources Humaines et Composition de l'Équipe

Dans cette section, nous examinerons l'importance cruciale de la composition de l'équipe pour le succès des UCSD ruraux. Nous aborderons également les défis liés aux ressources humaines qui peuvent se poser lors de la mise en place de ces dispositifs.

Équipe : L'équipe des UCSD ruraux ne présente pas de spécificités majeures par rapport à celles des UCSD généralistes. Cependant, lors des premières phases de déploiement, certains métiers ont suscité un intérêt particulier lorsqu'ils ont été expérimentés. La présence de conseillers en économie sociale et familiale (CESF) ainsi que de professionnels spécialisés sur les questions d'emploi (conseillers en insertion professionnelle, psychologue du travail²) ont apporté une complémentarité précieuse aux équipes plus traditionnelles, contribuant ainsi de manière positive à l'appropriation des logements et à l'insertion professionnelle.

Le groupement peut être employeur ou non et dans ce cas l'équipe reposera sur des mises à disposition de professionnels par les membres du groupement (personnel de son effectif remboursé à l'euro près ou embauché spécifiquement pour le UCSD et mis ensuite à disposition). Quel que soit la modalité choisie il est recommandé de limiter au maximum les personnels à temps partiel (sauf sur certains postes comme les postes médicaux, la direction, les MSP si cela leur convient, etc.) car le risque de morcellement des suivis est important. En effet sur les territoires ruraux les professionnels auront une vaste zone territoriale à couvrir obligeant à beaucoup de déplacement et si à cela on ajoute des temps partiels trop nombreux on risque de ne plus pouvoir respecter la modalité d'accompagnement en multi-référence et avoir un impact négatif sur la cohésion d'équipe.

Psychiatre, infirmiers (ières) IDE et médiateurs de santé pair MSP : Idéalement, une équipe UCSD rurale devrait être composée de professionnels similaires aux équipes des dispositifs UCSD généralistes. Cependant, en raison de diverses contraintes, il peut arriver que certains professionnels fassent défaut, en particulier le personnel soignant. Des expériences ont été menées avec succès pour surmonter cette difficulté. Ainsi, la coordination médicale peut être confiée à un infirmier, éventuellement avec une

² Dans ce cas de figure, le spécialiste emploi fait partie intégrante de l'équipe pluridisciplinaire. Il rencontre l'ensemble des locataires et participe aux tâches communes liés à l'habiter et au rétablissement. Il aura par ailleurs un regard aiguisé sur les questions d'emploi et pourra effectuer des tâches spécifiques (CV, préparation à un entretien d'embauche...) lorsque la situation le nécessite. D'autres équipes ont pu recruter un spécialiste emploi sur des budgets spécifiques qui en accord avec les principes de la méthode IPS (Individual Placement and Support) intervient en articulation avec l'équipe clinique uniquement sur des actions liées à l'emploi

spécialisation IPA (Infirmier en Pratiques Avancées). Le rôle des médecins peut alors être externalisé sous forme de prestation conventionnée.

En ce qui concerne le recrutement des Médiateurs en Santé Pair (MSP), il est recommandé pour favoriser leur intégration de les recruter dès que possible. Il est possible de collaborer avec des plateformes de pair-aidance en plein développement ainsi qu'avec des centres de réhabilitation psychosociale, où des candidats MSP potentiels peuvent être identifiés parmi les bénéficiaires.

Direction/Coordination : Le binôme de direction et de coordination joue un rôle central dans le succès des dispositifs UCSD ruraux. Le coordinateur, en tant que membre à part entière de l'équipe, est responsable du fonctionnement quotidien et de la préservation des valeurs des dispositifs. Le directeur, outre ses fonctions de gestion classiques, adopte quant à lui, une perspective plus « méta », notamment en animant la coordination au sein du GCSMS. La fonction de direction sera sur une quotité de temps limitée (30% maximum au regard de l'équilibre budgétaire), ce qui impliquera l'engagement de membres du groupement pour d'autres missions au sein du GCSMS, par exemple dans le domaine du développement et de l'innovation. En effet, si le groupement doit les trois premières années ne gérer que le dispositif UCSD, il peut par la suite développer d'autres projet sur le territoire assurant ainsi la promotion des valeurs portés par le dispositif.

Il est à noter qu'au même titre que dans les "UCSD" de 55 places, dans certains sites le directeur sera partie intégrante de l'équipe de Gestion Locative Adaptée, et le coordinateur sera plus en soutien de l'équipe d'accompagnement. En d'autres termes, le binôme directeur/coordonateur sera le reflet du principe de séparation entre les services de logement et d'accompagnement. Cette organisation est un exemple mais il convient de lister les tâches respectives des trois postes : administration, direction et coordination et d'assurer une répartition adaptée aux ETP et personnels disponibles tout en suivant les recommandations du cahier des charges.

Organisation

Le dispositif UCSD généraliste s'appuie sur le modèle de suivi intensif dans la communauté (traduction francophone de Assertive Community Treatment). Initialement, lorsque le modèle ACT³ a été développé aux Etats-Unis dans les années 1970, il était envisagé que chaque équipe puisse prendre en charge un groupe allant jusqu'à 100 personnes ou plus. Cependant, au fil du temps, la taille des équipes ACT a été adaptée pour mieux répondre aux besoins individuels des personnes tout en maintenant l'intensité et la flexibilité de l'accompagnement médico-social. L'objectif principal demeure de maintenir les individus dans la communauté, de prévenir les hospitalisations, de favoriser le rétablissement, d'intégrer les services, de réaliser des visites à domicile, de réduire la stigmatisation et de favoriser l'autonomie des personnes.

En nous appuyant sur les différentes expériences, voici les éléments à considérer en termes d'organisation, en gardant à l'esprit les objectifs du modèle de suivi intensif :

Nombre d'Antennes : Après des débats approfondis, l'option privilégiée est l'établissement d'une seule antenne par dispositif soit concrètement une seule et même équipe qui assure le suivi des 55 locataires, sauf dans des situations géographiques spécifiques telles que la Corse (tel que précisé dans le cahier des charges national).

Dans ce modèle, il est proposé d'avoir un bureau d'équipe mais dans le même temps de partager des bureaux (dits secondaires) avec des structures partenaires sur le territoire, permettant ainsi aux professionnels d'avoir plusieurs espaces de travail et de repos sur l'ensemble du département compte-tenu de leur mobilité indispensable en zone rurale. La décision d'avoir un bureau central unique repose principalement sur la nécessité de maintenir la cohésion de l'équipe et de minimiser le risque de dispersion des professionnels dans une hypothèse de création de plusieurs antennes.

Organisation des Réunions :

a) La réunion quotidienne du matin d'une heure se transforme en une réunion d'organisation hebdomadaire de deux heures, au cours de laquelle l'ensemble des situations est discuté essentiellement sur la coordination des actions faites ou à mener autour de l'accompagnement et non sur des aspects cliniques. Il est préconisé que tous les professionnels de l'équipe, y compris la Gestion Locative Adaptée (GLA), soient présents à cette réunion. En complément, une réunion quotidienne de 10 minutes aura lieu tous les matins avec uniquement les professionnels présents ce jour-là afin d'ajuster

3

Le modèle Assertive Community Treatment (ACT) est un modèle de prestation de soins de santé mentale communautaires conçu pour aider les personnes atteintes de troubles mentaux graves, en particulier la schizophrénie et d'autres troubles psychotiques. Il a été développé aux États-Unis dans les années 1970

les actions en fonction des éléments de la veille et de la nuit (visites, appels sur la permanence, e-mails, etc.). Cette réunion peut également se tenir en visioconférence pour éviter aux salariés de se déplacer au siège central. Il est également intéressant de définir des rencontres dites "fixes" pour chaque locataire comme dans le UCSD généraliste pour établir une semaine "type" qui devra bien sûr être ajustée si nécessaire en fonction des besoins des personnes.

b) Une réunion hebdomadaire de fonctionnement est maintenue comme dans les dispositifs généralistes, pouvant s'organiser comme suit : - Informations dites institutionnelles, point sur la gestion locative, organisation des plannings – la dernière heure serait réservée à des petits groupes de travail sur des thématiques spécifiques (groupes de travail sur des projets à venir, échanges en mini-équipe ⁴sur une situation, etc.).

c) Il ne semble pas nécessaire de changer d'autres éléments tels que les rencontres à domicile au minimum une fois par semaine (dont une fois par mois au domicile), l'animation des réunions selon un mode d'intelligence collective, et la permanence téléphonique. Une vigilance particulière est nécessaire concernant les aspects matériels, notamment les moyens de transport et les télécommunications, en raison des déplacements fréquents et souvent éloignés des locaux. Soulignons l'importance cruciale du logiciel Hope dans la centralisation des informations et la nécessité d'outils informatiques nomades.

Cette organisation vise à maximiser l'efficacité et la flexibilité de l'intervention tout en maintenant la qualité des services offerts aux personnes accompagnées. Elle résulte de l'expérience acquise au fil des années et s'inscrit dans la continuité de l'engagement envers les principes fondamentaux du modèle de suivi intensif.

⁴ Les mini-équipes dans le modèle SIC se composent de professionnels multidisciplinaires en fonction de la connaissance de la situation, de l'expertise requise et du sujet abordé. Cette composition variée permet d'apporter des compétences spécifiques adaptées aux besoins individuels, favorisant ainsi des interventions précises et pertinentes pour chaque personne concernée.

Point de Vigilance : Un Chez Soi d'Abord en Milieu Rural et au-delà

Dans le cadre du guide d'implantation des UCSD ruraux, nous abordons les points de vigilance décrits ci-dessous. Il est important de noter que bien que décrits pour les UCSD ruraux, ces points de vigilance ne sont pas exclusifs à ce contexte et doivent être appliqués à tous les dispositifs UCSD. Ils jouent un rôle crucial dans la réussite de la mise en place de ces initiatives, quelle que soit leur localisation.

1. **Gouvernance** : La gouvernance reste un élément central pour le succès de la mise en place d'un dispositif UCSD. Elle doit être collaborative, impliquant l'ensemble des membres du GCSM (Groupement de Coopération Sociale et Médico-sociale). Un travail d'acculturation est nécessaire à ce niveau pour assurer une compréhension commune des objectifs. Les liens avec l'équipe de terrain et les personnes accompagnées doivent rester une préoccupation constante. Il s'agit d'une approche transversale et non verticale. Chaque membre du groupement devrait trouver un intérêt institutionnel dans cette collaboration, notamment en ce qui concerne la diffusion des pratiques orientées vers le rétablissement et de Logement d'abord au sein de son organisation.
2. **Participation des Usagers** : La participation des personnes accompagnées est la pierre angulaire des pratiques orientées vers le rétablissement. Elle doit être intégrée tout au long du processus d'accompagnement et être présente au sein du groupement. Il est recommandé de constituer une assemblée des usagers/locataires et d'inclure un collège d'usagers/locataires du dispositif UCSD au sein des instances du groupement. Il est essentiel de prendre cela en considération dès le début de la mise en place du dispositif.

Les formations communes locataires et professionnels sont des pistes de travail intéressantes pour faciliter la participation des locataires et réduire les rapports de pouvoir. Ces formations pourraient être co-construite sur des thématiques diverses comme la réduction des risques et des dommages, l'utilisation des plans action et de bien-être, le développement du pouvoir d'agir, l'approche par les forces, etc. Des expériences convaincantes ont pu être expérimenté sur certains sites.

3. **Montée en Charge** : En accord avec les ARS et les Ddets en charge du pilotage local du dispositif, une montée en charge progressive est recommandée. Cette approche permet de garantir que les nouvelles personnes accompagnées soient accueillies dans de bonnes conditions. Il est conseillé de prévoir une inclusion par semaine pour les deux premiers mois, puis deux par mois pour les mois suivants. Comme cela se fait dans les dispositifs généralistes, il est conseillé d'embaucher dans un premier temps la moitié de l'équipe avec si possible un représentant de chaque axe (social, médical et logement). Dans quelques sites, les médiateurs de santé pair ont été les premiers embauchés, ce qui semble voir eu un effet bénéfique sur leur intégration et leur appropriation du modèle.
4. **Partenariat** : L'un des défis des dispositifs UCSD est de s'intégrer dans le tissu local des partenaires et de proposer une solution complémentaire à l'existant. Le succès

de l'accompagnement au sein de l'UCSD dépend en grande partie de la capacité de la personne accompagnée à tirer parti du soutien offert dans le droit commun. Le travail en partenariat est un processus continu qui peut utiliser la commission d'admission comme un vecteur favorisant la collaboration avec d'autres acteurs du secteur. Le travail de partenariat passe aussi par de nombreuses présentations du dispositif, en particulier les premières années et les sensibilisations et formations qui seront dispensées et où les partenaires peuvent être conviés.

5. **Formation** : La formation revêt une importance essentielle. Plutôt qu'une simple formation, il convient de la considérer comme un accompagnement. Une formation de base, co-construite en collaboration avec des professionnels expérimentés du terrain et la DIHAL, permettra aux nouveaux employés de se familiariser avec les concepts du rétablissement, du logement d'abord et les divers modèles d'intervention. Ces formations offrent également l'opportunité d'échanger des expériences avec des professionnels d'autres établissements. Par la suite, il sera primordial de rester attentif à la formation continue des nouveaux professionnels, qui pourra être réalisée en collaboration avec l'ensemble des nouveaux employés des autres sites. Un plan de formation sera ensuite élaboré en fonction des besoins, notamment en ce qui concerne la réduction des risques et des dommages (RDRD), l'intelligence collective, la gestion de la permanence téléphonique, etc. Il est à noter qu'une part significative des connaissances acquises découlera des échanges au sein de la communauté de pratique UCSD (rencontres inter-sites, visioconférences, groupes de travail, etc.). Il pourrait être opportun de créer un groupe spécifique UCSD rural, comme cela a été initié lors de la rédaction de ce document. Enfin, des formations destinées aux bailleurs, aux membres des GCSMS (Groupements de Coopération Sociale et Médico-Sociale), ainsi qu'aux locataires ont été expérimentées, avec un impact positif avéré. Pour conclure cette section, les visites de fidélisation au modèle *Pathway to Housing*, si elles sont réalisées régulièrement (au moins une fois tous les deux ans), offrent l'occasion de définir les axes d'amélioration, souvent soutenus par des actions de formation.

En suivant attentivement ces points de vigilance, vous pouvez renforcer la mise en place et le fonctionnement efficace de votre dispositif UCSD, qu'il soit rural ou situé ailleurs

Tableau récapitulatif

	Chez soi « 100 Places »	Chez soi « ruraux » 55 places
Composition de l'équipe	Identique qualitativement et propositionnelle au nombre de locataires	
Nombre de locaux	1 bureau où se réunit l'équipe mais qui n'est pas organisée pour recevoir les locataires	1 <u>bureau principal</u> où se réunit l'équipe mais qui n'est pas organisée pour recevoir les locataires ET <u>des bureaux à dispositions</u> par des membres du GCSMS <u>sur le territoire</u> et partagés avec d'autres partenaires
Réunion du matin	Réunion quotidienne de 1h (en général entre 9h et 10h)	Réunion <u>hebdomadaire de 2h</u> en matinée de préférence ET réunion <u>quotidienne de 10 min</u> en présentiel ou en visioconférence
Réunion hebdomadaire	Identique	