



UNAFTC

www.traumacranien.org

01/05/2017

HABITATS PARTAGES ET ACCOMPAGNES

EXPERIENCES ET BONNES
PRATIQUES DE L'UNAFTC ET
DES AFTC

COMMISSION LOGEMENT UNAFTC

La commission Logement UNAFTC rassemble des acteurs associatifs de l'Habitat Partagé et Accompagné œuvrant depuis l'année 2000 dans l'émergence de dispositifs logements sur plus d'une quinzaine de territoires régionaux. Grâce à cet engagement, plus de trois cents personnes cérébrolésées ont trouvé des réponses coordonnées sur le terrain. Ces alternatives vont de la colocation aux habitats regroupés.

Cette commission s'est fixée comme objectifs de :

- Défendre une vision inclusive des Habitats Partagés et Accompagnés (HPA), au service des personnes en situation de handicap et de leurs projets de vie, au regard de l'antériorité de son expérience en la matière
- Donner des outils aux associations, familles, opérateurs du logement sur les bonnes pratiques à diffuser
- Produire des outils de communication pour vulgariser la notion d'HPA

Elle est composée de représentants d'AFTC départementales et régionales et d'établissements et services médicosociaux de différentes régions engagées dans l'habitat ayant expérimenté en mode coopératif des projets logements avec des bailleurs sociaux, des bailleurs privés, des services à la personne et des associations d'intermédiation locative.

Composition du groupe :

Josette BURY, représentante AFTC Lorraine, administrateur UNAFTC
François CHAMBOLLE, représentant de l'AFTC Gironde
Frédéric CHAPTAL, représentant SAMSAH AFTC des Bouches du Rhône
Maïlys CANTZLER, administratrice UNAFTC
Daniel CAPORALE, représentant de l'AFTC Isère
Brigitte DHERBEY, représentante de l'AFTC Bouches du Rhône
Denis GAGNER, administrateur UNAFTC, collègue ESMS de l'UNAFTC
Philippe PETIT, représentant AFTC Picardie administrateur UNAFTC
Michèle PICARD, représentante de l'AFTC Haute-Savoie

Jean RUCH, coordinateur du groupe.

Jean.ruch@familles-solidaires.com / 06.62.58.15.90

Remerciements à Christine VANDERLIEB et Mathilde PERRINEAU SARRIQUET pour la relecture attentive du document.

Table des matières

1	Préambule	4
2	Expertise et expériences du réseau UNAFTC	5
3	CADRE BATI	6
3.1	Sécurité incendie	6
3.2	Précarité énergétique	6
3.3	Adaptation à la norme et confort d'usage	7
3.4	Domotique et nouvelles technologies	7
3.5	Environnement	7
3.6	Surface des espaces de vie	7
4	ASSISTANCE A LA VIE QUOTIDIENNE	7
4.1	Coût de l'aide humaine	8
4.2	Niveau de diplôme	8
4.3	Financements publics	8
4.4	Financements privés	9
5	FINANCEMENT DE L'ASSISTANCE	9
5.1	Prestation de Compensation du Handicap et évaluation	9
5.2	Refus de toute forme de PCH FORFAITISEE	9
5.3	Des besoins additionnels au fonctionnement des HPA	10
5.4	Simplification des procédures attribution PCH aide humaine	10
5.5	Allocation Personnalisée d'Autonomie	10
6	FINANCEMENT DU LOGEMENT	11
7	ACCOMPAGNEMENT DANS LE PARCOURS DE VIE ET DE SANTE	11
7.1	Coordination médicosociale	11
7.2	Convention avec l'hospitalisation à domicile et les soins palliatifs	12
7.3	Le développement de coopérations multipartenaires associant des acteurs existants du territoire	13
7.4	Mise en place d'une convention cadre	13
8	RESSOURCES ET BUDGETS DES LOCATAIRES	13
8.1	L'impact du handicap sur les surfaces locatives	13
8.2	Reste à charge sur l'aide humaine	14
8.3	Indemnisation assurantielle	14
8.4	PCH aménagement du domicile	14
9	ACCOMPAGNEMENT A LA VIE SOCIALE	14
9.1	Soutien du médicosocial à l'habitat	14
9.2	Transports adaptés et inclusion	14

10	PROCESSUS DE CHOIX, D'INCLUSION ET DE SORTIE DES LOCATAIRES	14
10.1	Une commission multipartenaire	14
10.2	Choix et inclusion des locataires	15
10.3	Sortie des locataires.....	16
11	OUTILS STRUCTURANTS DE LA COOPERATION	16
12	SECURISATION DU MODELE ECONOMIQUE	17
12.1	Coordination quotidienne de l'habitat	17
12.2	Entretien de l'habitat.....	17
12.3	Vacances locatives initiales.....	17
12.4	Forfait procédure d'urgence	17
12.5	Vacances locatives au long cours	18
12.6	Schémas départementaux et régionaux.....	18
13	GESTION LOCATIVE	18
13.1	Charges locatives.....	18
13.2	Gestion locative.....	18
13.3	Relation partenariale	18
14	COOPERATION AVEC D'AUTRES ACTEURS.....	18
14.1	L'IMPLICATION DES ACTEURS HOSPITALIERS DES FILIERES.....	18

1 Préambule

A un moment de leur parcours, les personnes vivant avec une lésion cérébrale acquise sont nombreuses à faire le projet de vivre à domicile de façon indépendante de leur entourage, en milieu ordinaire, et ce quelques soient les difficultés auxquelles elles sont confrontées du fait de leurs séquelles.

La possibilité de vivre dans un chez-soi et la qualité de la vie à domicile sont alors étroitement liées aux réponses que chaque personne peut mobiliser et conjuguer dans son environnement proche, en matière d'aide au quotidien, de moyens de sécurisation, de projets de vie sociale et d'activités, et enfin, bien évidemment, de logement.

C'est ainsi un véritable dispositif d'inclusion en milieu ordinaire de vie qu'il convient de créer, de façon à ce que chacun(e) puisse identifier et combiner les différentes modalités nécessaires de façon personnalisée selon ses besoins et ses aspirations à cette étape de son parcours de vie. La loi de février 2005 donne un cadre à ce dispositif et crée les conditions de son développement.

C'est à Bordeaux que ce dispositif a été initié, expérimenté et développé, dès 1997, porté par l'AFTC Gironde et les acteurs locaux de la prise en charge et de l'insertion des personnes cérébrolésées. Les résultats très positifs des premières années d'expérience conduisirent à une structuration et une pérennisation de l'engagement des différents acteurs de façon à garantir l'efficacité et la solidité du dispositif

Par la suite, l'implantation de nouvelles maisons sur d'autres territoires aux réalités différentes démontra la possibilité d'une réplification réussie de l'expérience bordelaise. Une nouvelle étape a permis ensuite de poursuivre dans de bonnes conditions le développement de l'expérience, mobilisant désormais des acteurs sur l'ensemble du territoire national.

L'émergence de ces habitats accompagnés répond à plusieurs enjeux :

- aux attentes souvent exprimées par les blessés d'une vie en milieu ordinaire indépendante de leur famille, leur permettant de conserver et de créer des liens affectifs et sociaux ;
 - à l'impossible prise en charge au long cours par les aidants familiaux du fait de la permanence et de la lourdeur de l'accompagnement de leurs proches. L'essoufflement des aidants mène très souvent à la disparition d'un ou des deux parents de la victime ou à l'éclatement du couple (lorsqu'il s'agit de conjoints), pouvant laisser la personne cérébrolésée sans aide et sans solution.
- aux logiques et attentes des politiques publiques actuelles. En effet, ces politiques publiques mettent aujourd'hui l'accent sur les notions de désinstitutionnalisation et d'inclusion, encourageant par là même les solutions visant à permettre aux personnes en situation de handicap qui le souhaitent de vivre en milieu dit ordinaire de façon accompagnée et adaptée.

Les habitats partagés et accompagnés sont une des solutions d'accompagnement des personnes en situation de handicap. Cette solution s'inscrit dans la volonté d'offrir à chacune la possibilité de réaliser un parcours de vie choisi et non subi.

Pour les AFTC, ces créations constituent des réponses de proximité, très personnalisées qui peuvent être proposées dans l'environnement familial des personnes, avec la possibilité de maintenir et développer leur réseau amical, familial et social. Dans ce contexte, l'expression individuelle et la mise en œuvre d'un parcours de vie accompagné sont facilitées.

Cette modalité de vie en milieu ordinaire est la plus proche de la vie autonome. Ces petites unités de « chez soi » conviennent bien aux personnes cérébrolésées qui souffrent notamment de l'isolement et l'inactivité du fait de troubles cognitifs pudiquement appelés « handicap invisible ». La cérébrolésion induit en effet des difficultés comparables à celles de personnes souffrant de pathologies psychiatriques, mais qui en diffèrent toutefois par la nature lésionnelle et neurologique des troubles. Certaines personnes cérébrolésées requièrent ainsi une supervision constante de la vie quotidienne afin de mettre en place des stratégies de compensation pour des troubles mnésiques, attentionnels, ou d'orientation temporo-spatiale à titre d'exemple.

Ces lieux de vie accompagnés constituent bien souvent des alternatives à des lieux de vie ne les satisfaisant pas, que ce soit des ESMS, des établissements sanitaires, voire, dans des cas les plus extrêmes, la rue.

La coexistence avec d'autres personnes présentant des lésions similaires est une réponse à l'isolement et la solitude, sources de désinsertion familiale et sociale, pour des personnes dont les troubles cognitifs et comportementaux compromettent jusqu'à la possibilité de vie en famille.

Toutes ces raisons ont conduit nos associations à s'investir dans cette nouvelle forme de réponse, sans attendre de cadres formels.

Au regard des projets déjà concrétisés, ce dispositif se révèle être en adéquation avec les attentes des personnes cérébrolésées et de leurs familles.

2 Expertise et expériences du réseau UNAFTC

L'UNAFTC et ses 53 associations régionales ou départementales se sont engagées dans le champ de l'Habitat Partagé et Accompagné (HPA) il y a plus de quinze ans. Accompagnés par le collège des établissements et services médicosociaux de l'UNAFTC, ces projets ont trouvé leur place à l'heure de la question de la mise en place de parcours de personnes fragilisées de la désinstitutionalisation et de la recherche d'un « zéro sans solution ».

Forte de plus d'une centaine de réalisations sur le territoire national, sous forme de colocations, d'appartements regroupés ou d'appartements satellites à proximité d'autres solutions, l'UNAFTC a investi par la Recherche & Développement des milliers d'heures de bénévoles et de salariés pour faire émerger ces nouvelles réponses, complémentaires aux établissements d'hébergement médicosociaux.

Rappelons que seules 20 000 places d'hébergement, fléchées « personnes cérébrolésées » existent en France, pour plus d'un million de personnes cérébrolésées (source CEDIAS CREAIDF 2015).

Cet objectif d'inclusion initié de longue date est entré en résonance avec la promulgation de la loi de Février 2005 sur l'égalité des chances, la participation, et la citoyenneté des personnes handicapées. Au-delà d'une simple approche d'opportunité, ces réalisations d'HPA préfigurent aujourd'hui très largement le sujet devenu d'actualité pour les pouvoirs publics, les bailleurs sociaux et les autres grandes têtes de réseaux associatives, représentant l'ensemble des handicaps en France.

Nos expériences contribuent à construire un nouvel écosystème, accessible aux plus démunis, pour lesquels nos associations œuvrent au quotidien. Les recommandations réunies dans ce document se veulent notre contribution au débat public, un soutien aux porteurs de projets en chemin, et un appel à une collaboration active sur les territoires avec les acteurs locaux existants, autour du projet des personnes handicapées. Nous enrichissons ces contributions à l'évolution du secteur médicosocial par des partages d'expériences avec des pays voisins, comme la Suisse, la Belgique ou l'Allemagne pour gagner en efficacité, car il est urgent de trouver des solutions pour les personnes cérébrolésées.

3 CADRE BATI

Les HPAi sont des logements privatifs relevant du classement des bâtiments de la réglementation incendie, en catégorie 4, « bâtiment d'habitation »
Ils ne relèvent donc pas de la réglementation ERP/ERT (Etablissement Recevant du Public ou des Travailleurs).

Cependant, les lieux de vie regroupant plus de 6 personnes sous le même toit devraient, à notre sens, mettre en place les mêmes outils de lutte contre l'incendie que n'importe lequel des ERP.

3.1 Sécurité incendie

La sécurité et le confort des locataires étant au cœur des HPA, les personnels et les locataires doivent bénéficier d'une sensibilisation et d'une formation aux conduites à tenir en cas d'incendie. Les équipements de base pour assurer cette sécurité sont :

- Un dispositif de détection et d'alerte incendie
- Des extincteurs

Il semble opportun également d'adapter le niveau de sécurité incendie à la lourdeur du handicap des locataires, et au nombre d'habitants.

3.2 Précarité énergétique

La question des ressources financières reste centrale pour les personnes en situation de handicap. Dans le cas de construction ou de rénovation, les porteurs de projets auront à cœur de limiter l'impact des coûts de l'énergie sur le budget des locataires, par l'utilisation des meilleures technologies constructives.

3.3 Adaptation à la norme et confort d'usage

Si la réglementation actuelle a normé l'ensemble des obligations relatives à l'habitat, les HPA rechercheront en complément un confort d'usage adapté aux besoins spécifiques des locataires, mais également à la présence (de jour comme de nuit) et à l'organisation de l'assistance humaine.

Exemple : bureau AVS – compensation des troubles cognitifs par la signalétique pour les personnes présentant des désorientations temporo-spatiales, domotique (chemin lumineux, revêtement intelligent détectant les chutes...).

3.4 Domotique et nouvelles technologies

Même si le discours ambiant tend à faire croire que les nouvelles technologies domotiques pourront remplacer la présence humaine, les HPA reposent avant tout sur une présence humaine qualifiée et spécialiséeⁱⁱ. Toutefois, toute technologie favorisant l'autonomie des personnes doit être expérimentée et soutenue, au regard des perspectives démographiques françaises, et du mieux-être que celle-ci peut apporter.

Il est également indispensable que les solutions mises en œuvre tiennent compte de l'état séquentiel des locataires pour adapter l'offre domotique.

3.5 Environnement

Les HPA ne sont pas une fin en soi : ils sont un pivot à la réalisation d'un projet de vie inclusif. Il apparaît comme souhaitable de privilégier une implantation en cœur de ville ou de village, dans un territoire dynamique, offrant de nombreux services de proximité. Par ailleurs, les besoins de compensation du handicap nécessitent la création de services dédiés d'aide à la personne, qui ont des problématiques de recrutement en milieu rural.

3.6 Surface des espaces de vie

Dans les réalisations logements en colocation du réseau de l'Union Nationale des AFTC, les pratiques en termes de conception des espaces sont très diversifiées.

Compte tenu de la spécificité du projet nous suggérons :

- En termes de surface moyenne (regroupant espace privatif et commun) 40m² par colocataire, avec un minimum de 30 m².
- En termes de salles de bain, une salle de bains pour 2, et un WC pour 2.

4 ASSISTANCE A LA VIE QUOTIDIENNE

Il nous apparaît important de distinguer le soin de la supervision quotidienne et de l'accompagnement à la vie sociale. Ainsi l'aide humaine doit être mise en œuvre par des organismes d'aide à la personne, en mode prestataire (la prestation est financée par le Conseil Départemental). Par ce biais, la personne en situation de handicap délègue la mise à disposition des Auxiliaires de vie sociale à un Service à la Personne (sans responsabilités employeur et sans risque prudhommal).

Pour l'aspect soins, nous recommandons le recours à un Service Médico-Social de type SAMSAH, pour coordonner le parcours de santé du locataire, mais également le recours aux professionnels libéraux (infirmières, podologues, kinés...) pour assurer les soins techniques au quotidien. Les soins dits de base sont, si nécessaire, assurés par les auxiliaires de vie, après formation.

4.1 Coût de l'aide humaine

La spécificité des séquelles cognitives et physiques des personnes cérébrolésées induit une aide humaine spécialisée.

Dans la réalité des territoires d'expérimentation le « tarif plancher » national de l'aide humaine (17,77€) ne permet pas la survie des services à la personne. Une réelle prise en compte de la lourdeur de ce handicap par les collectivités est indispensable, Par ailleurs, les compétences nécessaires pour des auxiliaires de vie dans un HPA devraient, au minimum, nécessiter un label spécifique « HPA », valorisant pour les professionnels et rassurant pour les personnes cérébrolésées et leurs familles.

4.2 Niveau de diplôme

Les pratiques en termes d'accompagnement au quotidien sont multiples, et nécessitent des organisations différentes selon la nature des handicaps dans le logement. Parfois le dispositif nécessite une compétence complémentaire de « maitresse de maison » pour la supervision du quotidien, quelques accompagnements individuels, et les courses. Cette fonction particulière est alors chargée de l'intégration de nouvelles professionnelles auxiliaires de vie. En effet, dans ce métier, le turn over est fréquent, et le besoin de transmission d'informations sur les personnes locataires, les pratiques, les organisations en place est très important.

Cette fonction de maitresse de maison » doit avoir une bonne aptitude aux relations multiples et des compétences d'animation, car elle est garante de la participation effective des locataires aux décisions relatives à la vie de la maison.

Pour tous les intervenants de type AVS, nous recherchons :

- des compétences socle de personnel de proximité : DEAMP, DEAVS, DEAES, aide-soignant
- des capacités à travailler de concert avec des services spécialisés intervenant en fonction des besoins effectifs des locataires :
 - o SAVS, SAMSAH, SSIAD
 - o Interventions de professionnels de santé libéraux

L'investissement immobilier dans les dispositifs AFTC est très souvent réalisé par des bailleurs sociaux, acteurs historiques du logement. Enfin quelques initiatives privées existent, qu'elles soient territoriales et personnelles (SCI familiale par exemple) ou solidaires et duplicables (Foncière FAMILLES SOLIDAIRES par exemple).

4.3 Financements publics

Les financements publics de l'habitat sont réservés aux organismes disposant de l'Agrément Maitrise d'Ouvrage d'Insertion.

Ces financements sont nombreux et reposent sur trois principes :

- **Des prêts bonifiés** (en prêt PLAI, un bailleur social obtient de la part de la Caisse des Dépôts et Consignations, des prêts d'une durée de 30 à 50 ans, indexés sur le livret A (-0,2% par rapport au taux du livret A, soit à la date d'écriture de ce document $0,75\% - 0,2\% = 0,55\%$)
- **Des subventions territoriales ou spécialisées** (1% logement, aide à la pierre départementale ou relevant des métropoles, CARSAT...)

- **Des avantages fiscaux** (exonération TVA, TFPB, non assujettissement à l'Impôt sur les Sociétés...)

On comprend aisément qu'en bénéficiant de taux extrêmement préférentiels, les loyers soient plafonnés.

4.4 Financements privés

Les acteurs AFTC engagés ont eu recours à de nombreux partenariats financiers, pour financer l'investissement initial qu'il soit immobilier ou mobilier.

Voici quelques conseils aux porteurs de projet en cours de réalisation :

- Assurer une présentation professionnelle du projet, et investir dans les outils de communication
 - Cibler les partenariats territoriaux avec de grandes entreprises, en mobilisant
 - Préparer les rencontres avec les partenaires financiers : quelles sont leurs préoccupations, leurs intérêts, et leurs sensibilités

Des formations sont mises en places par l'UNAFTC sur cette thématique.

5 FINANCEMENT DE L'ASSISTANCE

5.1 Prestation de Compensation du Handicap et évaluation

La Loi de Février 2005 repose sur un principe de compensation, permettant au travers de l'évaluation individuelle des restrictions de participation et des limitations d'activité liées au handicap, de proposer des plans de compensation personnalisés notamment pour l'aide humaine.

Cette loi, avec toutes ses limites de mise en œuvre (référentiels à dominante « physique » excluant très souvent les personnes souffrant de troubles psychiques et/ou cognitifs, faiblesse des décrets fixant les temps d'aide humaine, et oubli de certains droits fondamentaux comme l'aide à la parentalité...) a rendu possible la vie à domicile des centaines de milliers de nos concitoyens. Elle a encouragé notre société à développer d'autres formes d'accompagnement des personnes handicapées.

5.2 Refus de toute forme de PCH FORFAITISEE

Forfaitiser la PCH Aide humaine nous ramènerait dix ans en arrière, face à une logique d'allocation au détriment de la logique de compensation. **Nous refusons ce principe**, malheureusement déjà appliqué par certains Conseils Départementaux.

Nous pensons qu'il **conduira inexorablement à transformer ces habitats en « petits établissements » avec la fixation d'un « prix de journée »**, induisant des effets « forfaits » sur la majorité des personnes handicapées (qui, rappelons-le, vivent pour la plupart à domicile individuel ou familial).

En effet, si nous avons bien conscience que les modèles économiques déjà existants sont fragiles, il ne faut pas inverser la problématique :

Habiter chez soi implique, à notre sens, des habitats de petite taille (six locataires maximum) disséminés dans la cité, en proximité des services, quelles que soient les contraintes économiques pesant sur les porteurs de projet.

5.3 Des besoins additionnels au fonctionnement des HPA

Les acteurs investis actuellement dans l'habitat font face à des postures réglementaires complexes, comme l'absence de financement pour toutes les tâches de coordination et d'animation des lieux de vie, sans parler des problématiques d'aide-ménagère, ou des tâches de gestion pour les associations d'intermédiation locative. De plus, la problématique des allocations logement pour les colocations ne sont pas réglées. Il y a donc un modèle économique à créer en se basant sur toutes les intelligences collaboratives, en cherchant à sortir des « cases administratives » existantes.

Nous recommandons la mise en place d'un label de l'habitat partagé et accompagné, qui permette d'attribuer une dotation par « maison » ou « appartement » consacré à ces tâches primordiales de coordination globale de la vie dans les maisons. Nous proposons que cette dotation se cale en volume sur celle de la PCH aide humaine / item « participation à la vie sociale » à savoir 30h par mois par locataire, pour les projets d'habitats de 4 à 6 personnes.

5.4 Simplification des procédures attribution PCH aide humaine

La vacance locative est un enjeu fort pour les propriétaires (bailleurs sociaux, privés ou associations d'intermédiation locative). Elle est très souvent générée par le temps de traitement des évaluations PCH aide humaine.

Il nous paraîtrait utile d'imaginer un traitement plus rapide, par la mise en place d'une procédure d'urgence « habitat partagé » notamment pour toutes les personnes passant par l'hospitalisation (cérébrolésion, maladies neurologiques, maladies psychiques...): **cette mesure permettrait d'éviter des coûts d'hospitalisation conséquents (minimum 1 200€ par jour) par la création d'une filière réelle et fluide des urgences vers de l'habitat accompagné.**

Cette mesure favoriserait le décroisement sanitaire / médicosocial, la mise en place de plateformes de services, la création de parcours sans rupture. On pourrait également envisager une fongibilité des crédits dans un sens inhabituel (du sanitaire vers le médicosocial).

En l'absence d'obligations réglementaires, les porteurs de projet peuvent tout de même conventionner avec leurs MDPH sur les points qui leur paraissent le plus important : attention toutefois aux délais nécessaires à l'élaboration et à la ratification de la convention.

5.5 Allocation Personnalisée d'Autonomie

Pour toutes les personnes cérébrolésées dont l'accident survient après 60 ans, la prestation finançant l'aide humaine s'appuie sur l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie plafonnée mensuellement à 1300€ par mois). La mutualisation de l'aide humaine n'est pas réalisable avec des montants aussi faibles. Il nous apparaît comme nécessaire d'étendre le bénéfice de la PCH aide humaine pour toutes les personnes âgées de plus de 60 ans.

6 FINANCEMENT DU LOGEMENT

D'autres acteurs comme les assureurs ont eu également, dans le passé, une politique de déploiement de ce qui a été appelé « Maisons des Quatre ».

Entrent dans cette catégorie les coopératives HLM ou les associations ayant obtenu l'Agrément Maitrise d'Ouvrage d'Insertion. Une des conditions pour l'obtention de cet agrément est la gestion désintéressée de l'organisme agréé.

La contrepartie de cet apport financier se répercute sur les capacités économiques des futurs locataires visés : les financements de prêt sont accordés principalement, sous réserve du respect d'une contrainte de niveaux de ressources des futurs locataires.

Cette activité de recherche de financements est devenue, avec le temps, un métier et une compétence spécifiques que certaines AFTC ont parfaitement su mobiliser.

Les habitats partagés et accompagnés doivent permettre à des personnes en situation de handicap d'avoir des possibilités financières identiques à ce qu'elles seraient dans des établissements d'hébergement médicosociaux, soit à minima un reste à vivre à hauteur de 30% de l'Allocation Adulte Handicapé (après déductions de toutes les charges logement comme le loyer, les charges locatives, les frais de gestion, l'abondement fonds mutualisé...).

7 ACCOMPAGNEMENT DANS LE PARCOURS DE VIE ET DE SANTE

7.1 Coordination médicosociale

« Habiter » ne dispense pas de l'organisation de l'ensemble de la réponse aux besoins des locataires. Pour les personnes handicapées présentant des difficultés d'organisation et de planification, cette réponse passe par un soutien médicosocial, sous la forme d'une coordination.

La présence systématique d'un service médicosocial assurant la coordination globale (SAMSAH, SAVS ...), nous apparaît comme indispensable au regard de la complexité des personnes logées. **Il représente la garantie d'un accompagnement des parcours de vie de chaque locataire** et permet d'éviter de rentrer dans la logique de places s'agissant d'un logement et non pas d'un hébergement en petit collectif.

L'habitat partagé ne doit pas devenir la solution perçue comme moins chère, mais celle qui permet la réalisation d'un parcours de vie inclusif, y compris celui des personnes présentant des handicaps complexes (troubles du comportement, besoins particuliers liés au handicap...). « Habiter » ne dispense pas de l'organisation de l'ensemble de la réponse aux besoins et attentes des locataires notamment en matière d'activités et de vie sociale.

Quel que soit le service spécialisé intervenant, il doit avoir des missions d'accompagnement du projet de vie des personnes. Au-delà de ces missions le service assure si besoin une fonction de médiation.

Quelques caractéristiques de ces services doivent être rappelées ainsi que les principes structurants leur intervention :

- Les services sont spécialisés dans l'accompagnement de personnes TC-CL. Ils sont mobiles. Ils travaillent en réseau lequel comprend les associations de familles.
La durée, la densité et le contenu de leurs interventions sont personnalisés donc ajustés aux besoins et aux attentes de chacun des locataires ou futurs locataires.
- Ils travaillent à la mise en œuvre du projet de vie de la personne, veillent au respect de ses choix personnels que le collectif (si la personne intègre un habitat partagé) ne saurait remettre en cause.
Ils sont mobilisables aux différents moments du parcours de la personne c'est-à-dire en amont de l'intégration d'un HPA comme lors d'un éventuel changement de domicile ou de lieu de vie ou encore lorsque des médiations ou des temps de coordination peuvent être nécessaires pour garantir la pérennité de la présence de la personne dans son logement.
Ils sont donc en mesure d'assurer une fonction de veille et de prévention des ruptures de parcours.

Les activités des services d'accompagnement sont essentiellement :

- D'aider les personnes à réunir les conditions pour devenir locataire en HPA budget, ouverture des droits sociaux, des droits à compensation (PCH notamment), démarches diverses, ... ; Accompagner le temps de préparation.
- De repérer les ressources à mobiliser en tenant compte des besoins de la personne et de ses choix ; soutenir leur mobilisation. Ainsi par exemple, les personnes qui doivent changer de médecin traitant ou bénéficiaire de passages infirmiers peuvent être aidées dans la recherche d'un nouveau médecin ou de soignants (libéraux, SIAD, ...). Elles gardent bien sûr le libre choix des praticiens.
- D'installer la coordination via la mise en réseau de l'ensemble des aides et soutiens dont chaque personne a besoin : coordination des activités, soutien au collectif de vie, sécurisation du parcours en fonction du projet de vie de la personne (préparation à l'entrée, solutions de sortie éventuelles, ...)
- De passer des relais au service d'aide humaine, au médecin traitant, ... Des temps de formation – information des différents partenaires peuvent être mis en place.

Les services et établissements investis dans les dispositifs d'habitat partagé et accompagné sont nombreux et variés, et assurent la cohérence globale des dispositifs.

7.2 Convention avec l'hospitalisation à domicile et les soins palliatifs

Les locataires des HPA peuvent être dans une situation de santé complexe. Celle-ci évolue avec le temps, et l'intervention de l'HAD ou d'Equipe Mobile de Soins Palliatifs doit être pensé et accompagné par convention :

L'habitat est un habitat durable, et le locataire doit pouvoir y rester quelle que soit l'évolution de son état de santé. Dans tous les cas, les coordinateurs de projet logement doivent penser en terme de parcours, et s'assurer des interconnexions

nécessaires pour ne pas laisser les locataires au bord du chemin lorsque le parcours de vie connaît une bifurcation inattendue.

7.3 Le développement de coopérations multipartenaires associant des acteurs existants du territoire

Un projet d'habitat doit pouvoir utiliser les ressources du terrain existantes comme les services à la personne, les établissements médicosociaux, les associations d'intermédiation locative,

Seule cette conception permettra de passer d'une logique de « silos concurrentiels », à une logique de coopération au service du parcours de la personne handicapée.

Ce schéma coopératif nous paraît également de nature à aider les gestionnaires médicosociaux à passer d'une offre hébergement tout médicosocial à des schémas mixtes et transversaux incluant l'habitat accompagné, comme éléments d'une réponse diversifiée et adaptée au besoin de la personne. Il garantit également un respect des acteurs historiques des territoires, engagés de longue date dans l'accompagnement.

7.4 Mise en place d'une convention cadre

L'existence d'une convention cadre associant les personnes handicapées, leurs familles (selon la situation), les acteurs médicosociaux, le service à la personne mettant à disposition les AVS, le bailleur et l'acteur de l'intermédiation locative peut permettre à chaque partenaire de bien définir ces rôles et champs d'intervention.

Cette convention précise alors tous les points interconnectés nécessaires à la vie de ce dispositif, avec des points d'attention obligatoires, comme les limites des rôles de chaque partie prenante, le contrôle de l'usage effectif des heures d'aide humaine, et tout item participant à la transparence nécessaire au pilotage d'un système coopératif.

8 RESSOURCES ET BUDGETS DES LOCATAIRES

Le reste à vivre pour les locataires doit être à minima de 30% de l'AAH. Un travail avec la personne doit donc être accompli en amont de l'entrée en

8.1 L'impact du handicap sur les surfaces locatives

Dans le cas d'HPA, ~~la lourdeur du~~ le handicap peut influencer sur les surfaces nécessaires et sur les équipements spécifiques (exemple : majoration de la surface de la chambre en cas de fauteuil roulant).

L'impact économique pourrait être compensé :

- Par la création de plafonds de loyer inférieur pour les aides aux bailleurs sociaux, PLAI-H, PLUS-H, PLS-H, PLI-H, ASP-H
- La non diminution des allocations logements (ALS et APL) dans cas d'habitats partagés et accompagnés (colocations et habitats regroupés) avec des instructions fortes et claires à destination des Caisses d'Allocation Familiale

8.2 Reste à charge sur l'aide humaine

L'aide humaine ne doit pas générer de reste à charge individuelle, il est donc primordial que les Conseils Départementaux continuent à soutenir le développement des Services à la Personne, par une tarification adaptée au cas par cas, aux territoires, aux conditions d'intervention, à la démarche qualité et aux compétences des intervenants.

8.3 Indemnisation assurantielle

Le choix du projet de vie d'entrée en HPA est un choix qui se relève souvent transitoire dans le parcours de la personne handicapée : en aucune manière l'indemnisation du préjudice corporel ne doit être réduite, du fait de l'entrée en HPA.

8.4 PCH aménagement du domicile

Dans le cadre de l'émergence possible d'un label/agrément pour l'HPA, une somme forfaitaire pourrait être allouée au titre de la PCH aménagement du domicile, pour faciliter l'équilibre économique des opérations immobilières. Cette somme doit être corrélée à la complexité du handicap et de l'organisation de l'habitat.

La PCH aménagement du logement peut être sollicitée individuellement par les locataires si elle porte sur des aménagements démontables pour que le locataire puisse, s'il le souhaite, emménager dans un autre logement sans être pénalisé par le délai de carence de plusieurs années avant de pouvoir solliciter à nouveau une aide dans le cadre de la PCH.

9 ACCOMPAGNEMENT A LA VIE SOCIALE

9.1 Soutien du médicosocial à l'habitat

Dans de très nombreuses formules de logements spécifiques aux personnes cérébrolésées, l'accompagnement sanitaire et social est assurée par un SAMSAHiii, mais tous les territoires sont loin de disposer de services spécifiques pour accompagner un habitat. Il est indispensable au-delà de la question de l'aide humaine quotidienne de bien réfléchir les articulations avec d'autres professionnels spécialement formés.

9.2 Transports adaptés et inclusion

Les obligations en termes de Transport à la Demande pour personnes handicapées n'existent pas en milieu rural, les initiatives existantes relevant de volontés individuelles de collectivités. La mutualisation de la PCH surcoût frais de transports apparaît comme une solution pour permettre la réalisation des projets de vie des locataires, et leur épanouissement social.

10 PROCESSUS DE CHOIX, D'INCLUSION ET DE SORTIE DES LOCATAIRES

10.1 Une commission multipartenaire

L'accueil d'une personne cérébrolésée dans un habitat partagé et accompagné relève d'un choix impliquant différents enjeux à prendre en compte :

- Aspirations de la personne

- Compatibilité de son profil à la vie en collectivité
- Ressources disponibles pour organiser la mutualisation.

Ces éléments de décisions doivent être partagés et les regards croisés sur la réalité de la personne et son écosystème. Ce choix ne peut reposer sur une seule structure ni sur une seule compétence professionnelle.

La procédure la plus adaptée et qui fonctionne avec succès actuellement est la commission multipartenaire réunissant :

- **Les acteurs de l'accompagnement**
 - Du monde sanitaire et les filières de soins (Centre de Rééducation Fonctionnelle,)
 - Du monde social et médicosocial (SAMSAH, Accueil de jour, GEM*, ESMS...)
- **La personne, sa famille et/ou ses représentants légaux**
- **Des membres de l'association porteuse du projet (AFTC)**
- **Les associations prestataires de tierces personnes**

Dans le respect des valeurs définies pour l'HPA, d'autres acteurs mobilisés pour le montage et le fonctionnement du projet pourront être associés à cette commission (ex. représentant du bailleur social...).

10.2 Choix et inclusion des locataires

Processus de choix et d'inclusion à l'ouverture de la colocation :

Il est nécessaire de :

- Repérer préalablement les **affinités** des futurs colocataires, rechercher un équilibre et les éventuelles complémentarités
- Préparer les familles et les locataires au changement de vie et d'habitudes en proposant par exemple des « ateliers de préparation ». L'idée est de favoriser le cheminement de chacun à partir des représentations, des expériences et des attentes, formulées autour de la question du lieu de vie.
Ce travail préparatoire peut prendre la forme d'un accompagnement individuel ou collectif. Ainsi, une expérience de théâtre forum a permis de répondre à l'objectif d'une meilleure « intégration » du changement à venir par les personnes. La préparation des familles permettra d'aborder les enjeux directs et indirects de l'intégration du collectif par leurs proches (ex. groupes de parole, temps conviviaux, échanges à partir de questions concrètes et pratiques du futur colocataire, préparation des espaces communs des futurs habitats...)
- Identifier les acteurs à mobiliser autour des projets des colocataires,
- Prévoir les structures médico-sociales
- Sécuriser les parcours en fonction des risques et de la surveillance nécessaire avec notamment la prise en compte d'éventuels troubles du comportement. La présence et la répartition des interventions des auxiliaires de vie est donc à étudier pour chaque collectif.

Processus d'inclusion d'une personne au sein d'une colocation déjà existante

Dans cette situation, et au-delà des démarches précédentes, les conditions d'une « rencontre » entre les futurs colocataires doivent être favorisées, le recueil et le respect de l'avis de chacun garantis. Ceci afin de faciliter l'intégration.

10.3 Sortie des locataires

La sortie peut être définitive (changement de projet de vie, incompatibilité de vie en colocation, aggravation de la situation de santé) ou temporaire (absence ponctuelle liée à une hospitalisation, à un séjour de détente, à un séjour en famille). A savoir qu'au-delà de 45 jours d'absence, la PCH n'est plus versée, ce qui peut remettre en cause l'équilibre de la mutualisation.

- Prévoir les vacances locatives

Il est nécessaire d'anticiper la vacance locative en gardant des liens avec les structures d'accompagnement (filiale de soins, SAMSAH) pour repérer des colocataires potentiels.

11 OUTILS STRUCTURANTS DE LA COOPERATION

Si l'habitat n'a rien à voir avec le monde médicosocial, il doit, pour autant, lorsqu'il est partagé, tenir compte du droit d'expression de tous. Les locataires doivent pouvoir s'exprimer et faire valoir leurs droits.

Toutefois la forme ne doit en aucun cas amener l'habitat partagé à être assimilable à un établissement, on évitera donc tout règlement intérieur, ou règlement de fonctionnement.

Quel que soit le mode d'expression possible, pour les personnes handicapées et leurs familles, il devra être basé sur une vision de solidarité collective : sans solidarité par exemple sur la mutualisation des aides humaines, les projets perdent toute leur raison d'exister. Nous vous présentons à la suite quelques outils développés par les AFTC en France.

Charte de colocation basée sur la question du respect, le droit des colocataires à l'autodétermination et la solidarité collective. Cette charte pourra intégrer :

- Les règles de fonctionnement de la colocation tout en restant adaptable.
- Les droits des locataires : autonomie, liberté d'accès des appartements, libre choix des prestataires.
- Les modes de résolution envisagés pour gérer les conflits
- Les accompagnements nécessaires pour les personnes handicapées et/ou leur famille en vue d'une bonne intégration de ce nouveau lieu d'habitation que cela soit à l'ouverture de la colocation, ou à la suite d'un changement de locataire.

Convention cadre permettant d'expliquer (ou de poser) les fondements du système et des organisations, les engagements, le rôle et la place de chaque intervenant, le tout dans une vision de solidarité avec les personnes.

Pour s'appuyer sur un bon fonctionnement, cette convention sera réalisée avec les services d'aide à la personne, les personnes morales, les familles et les personnes handicapées.

Coordination des activités journalières pouvant revêtir plusieurs formes en fonction des territoires, des possibilités des secteurs, des organisations et « ressources » locales. Cette coordination peut être assurée par le SAMSAH, tout au moins en partie, ce dernier étant garant du projet de vie et de la coordination sociale.

La coordination peut être également assurée par les auxiliaires de vie sociale présentes dans le quotidien des colocataires. Une Référente AVS est alors nommée par le service prestataire.

Des articulations régulières entre les locataires, les prestataires et les familles pouvant s'organiser par la mise en place de réunions régulières.

Ces réunions sont à structurer en terme

- De fréquence, plusieurs fois par an, pour permettre l'expression des familles, des personnes handicapées et des intervenants sur des sujets de fonctionnement,
- De contenus pour l'analyse de situations particulières rencontrées, génératrices de problèmes et/ou de conflits et qui appellent une décision collective.

12 SECURISATION DU MODELE ECONOMIQUE

12.1 Coordination quotidienne de l'habitat

La mutualisation de l'aide humaine par le biais de la PCH_{iv} ou de l'APA_v n'intègre pas le financement de services transversaux (gestion locative, coordination et animation des colocations). Il serait souhaitable pour conforter le modèle économique que l'installation d'habitats partagés permette le financement de tous les éléments qui ne relèvent ni de la compétence des accompagnants de vie quotidienne (AVS), ni des capacités des locataires (par exemple, qui réalise le lien entre collectifs ?, qui gère les situations d'urgence ?, quelles astreintes ? ...).

12.2 Entretien de l'habitat

La gestion de l'habitat par une structure spécialisée (Intermédiaire locatif, Bailleur Social, associations d'intermédiation locatives) est indispensable. Toutefois, il s'agit pour les personnes en charge de cet entretien, de bien prendre en considération les moyens limités des locataires, pour l'indispensable recours à des services extérieurs, tenant compte du reste à vivre des locataires.

12.3 Vacances locatives initiales

Les vacances locatives des projets logements en émergence doivent tenir compte de la complexité de l'ingénierie sociale à mettre en œuvre :

- Nécessité d'entrée simultanée des locataires pour permettre une aide humaine mutualisée suffisantes
 - o Avec des propositions PCH synchrones

Les acteurs de l'HPA doivent prendre en compte ces éléments pour ne pas faire porter les vacances locatives, aux dispositifs innovants.

12.4 Forfait procédure d'urgence

Pour permettre aux HPA de ne pas être mis en difficulté lors de l'ouverture, et en fonction des situations d'urgences des locataires, il pourrait être souhaitable de systématiser les procédures d'urgence, dans l'attente d'une évaluation en milieu écologique dans les deux mois suivants l'entrée en logement.

12.5 Vacances locatives au long cours

L'intervention de bailleurs sociaux doit permettre de négocier un taux de vacance locative spécifique, relatif à la mise en place d'un projet complexe et dépendant de nombreux éléments (notification PCH aide humaine, réorganisation de la famille, préparation des candidats et des familles...). On peut ainsi imaginer un taux d'au moins 15% sur ce type de projet. La compensation des équilibres financiers pourrait se faire par des mesures spécifiques précédemment mentionnées (PLAI-H...).

12.6 Schémas départementaux et régionaux

Les porteurs d'HPA doivent s'intégrer dans les réglementations « logement » et notamment dans les PDALPD¹ et le FSL², qui peuvent soutenir le développement de l'HPA sous forme de subventions. Ceci participe à la création d'un modèle économique viable. Et particulièrement pour ce qui concerne l'intermédiation locative qui peine à trouver son équilibre, étant bien souvent assumé par des bénévoles familles. Il serait souhaitable qu'une circulaire nationale soit diffusée aux FSL pour leur demander de soutenir ces dispositifs d'intermédiation locative, par des subventions de fonctionnement, pour les acteurs de l'intermédiation locative.

13 GESTION LOCATIVE

13.1 Charges locatives

S'agissant d'habitats, et non d'hébergements, la gestion des charges locatives doit faire preuve d'une totale transparence sur les montants facturés. L'acteur assumant cette mission de gestion locative doit également donner des éléments d'informations claires et concis relevant de l'éducation citoyenne, et adaptés aux handicaps des personnes.

13.2 Gestion locative

Les acteurs d'HPA doivent intégrer rapidement des outils de gestion professionnels pour l'activité d'intermédiation locative, ou se rapprocher d'Agences Immobilières à Vocation Sociale.

13.3 Relation partenariale

Les HPA s'intègrent dans un écosystème mêlant acteurs du logement et acteurs médicosociaux. Ces secteurs n'ont pas forcément de terrains de coopération, et craignent qu'une composante vienne émerger sur le budget de l'autre (exemple : le secteur du handicap qui investit le secteur des maisons relais...). Il est important que chaque territoire soit l'occasion de rencontres et de démystification des deux secteurs et des administrations concernées.

14 COOPERATION AVEC D'AUTRES ACTEURS

14.1 L'IMPLICATION DES ACTEURS HOSPITALIERS DES FILIERES

L'implication des acteurs hospitaliers dans la fluidité des filières pourrait également être facilitante et bénéfique pour tout le « système » notamment pour la Sécurité Sociale face à l'embolie des services de SSR, et à l'absence de solutions de sorties

¹ PDALP : Plan Départemental d'Action pour le Logement des Personnes Défavorisées

² Fonds de Solidarité pour le Logement

coordonnées. L'habitat partagé et accompagné peut être un outil de diversification des parcours, permettant d'éviter l'embolie des services hospitaliers, et ses conséquences économiques (dans le cadre de la T2A).

Pour appuyer les HPA, les partenaires sanitaires pourraient :

- systématiser l'information des usagers sur l'existence d'habitats partagés, (à minima dans les livrets d'accueil)
- organiser des accompagnements des familles dans la découverte des habitats existants
- développer des projets de télémédecine avec les habitats partagés, pour faciliter la surveillance médicale en milieu libéral.

i HPA : Habitats Partagés et Accompagnés

iii Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés

iv Prestation de Compensation du Handicap

v Allocation Personnalisée d'Autonomie