



# GUIDE D'ORIENTATION

*Un Chez Soi D'Abord - Rennes*

## BIENVENUE

Toute l'équipe « Un chez soi d'abord » est ravie de vous compter parmi ses équipes d'orientation ! « Un chez soi d'abord » est un dispositif qui a pour but de vous proposer, plutôt qu'une solution de logement d'urgence, un futur chez-soi à ses futurs locataires ainsi qu'un accompagnement personnalisé. Cet accompagnement, réalisé par notre équipe pluridisciplinaire, se base sur les besoins et les priorités des locataires dans leur parcours de rétablissement.

Le dispositif s'articule avec l'ensemble des dispositifs sanitaires, sociaux et médico-sociaux inscrits sur le territoire de la métropole rennaise et vise à garantir un accompagnement dans le cadre d'un parcours sans rupture en s'appuyant autant que de besoin sur l'ensemble des acteurs susceptibles d'intervenir en amont ou en aval du dispositif. En tant qu'équipe d'orientation, vous rencontrez le public, participez aux orientations et occupez donc une place essentielle dans le parcours des personnes vers le « Un Chez-Soi d'Abord ».

Nous avons créé ce guide afin de vous permettre d'occuper cette place de la manière la plus sereine possible. Vous trouverez dans ce guide une présentation du dispositif et de ses principes. Ensuite, afin de vous aider à constituer les dossiers des futurs locataires que vous allez rencontrer, nous vous avons mis à disposition dans ce guide tous les documents nécessaires à la complétude du dossier.

Ce guide est fait pour vous et dans le but de faciliter votre rôle en tant qu'équipe d'orientation, nous vous invitons donc à nous faire part de toutes améliorations que vous jugerez nécessaires.

Bonne lecture !

*L'équipe « Un chez soi d'abord »*

## SOMMAIRE

<b>I-</b>	<b>LE DISPOSITIF UN CHEZ SOI D'ABORD .....</b>	<b>3</b>
<b>II-</b>	<b>LES PRINCIPES ET VALEURS DU DISPOSITIF.....</b>	<b>3</b>
<b>III-</b>	<b>LES MODALITÉS D'ACCOMPAGNEMENT.....</b>	<b>4</b>
	1. Les 3 concepts majeurs : .....	4
	2. Les 8 principes du dispositif : .....	4
<b>IV-</b>	<b>LES PERSONNES CONCERNÉES PAR LE DISPOSITIF .....</b>	<b>5</b>
<b>V-</b>	<b>LE CIRCUIT D'ORIENTATION.....</b>	<b>6</b>
<b>VI-</b>	<b>LES ETAPES PREALABLES A L'ADMISSION .....</b>	<b>7</b>
<b>VII-</b>	<b>RÔLE DES ÉQUIPES D'ORIENTATION .....</b>	<b>10</b>
	1. Qui sont ces équipes ? .....	10
	2. Quel est leur rôle ? .....	11
	3. Quels sont les outils à leur disposition ? .....	11

## I- LE DISPOSITIF UN CHEZ SOI D'ABORD

Le dispositif « Un chez soi d'abord » est l'adaptation française du projet Newyorkais « Housing first » initié dans les années 1990. Cette adaptation française fait ses preuves depuis 2011 et ce bientôt dans près d'une 20aine de villes françaises. L'objectif du dispositif est de proposer une solution de logement aux personnes sans-abris les plus vulnérables, présentant des troubles psychiques et échappant aux dispositifs classiques. La particularité française est que l'accès au dispositif n'est pas soumis à des conditions d'arrêt de consommation addictives ou à l'obligation d'un traitement médical ni à la réussite d'étapes particulières. La condition principale est simplement la volonté de la personne demandeuse d'intégrer le dispositif et de bénéficier de l'accompagnement proposé.

A Rennes, c'est en Juillet 2020, après 2 ans de travail, de recherche et d'étude, que le Groupe de Coopération Sociale et Médico-sociale, porteur de l'implantation du projet Un chez soi d'abord sur la Métropole Rennaise, est créé. Ce GCSMS est composé de 5 membres fondateurs :

**L'AIVS** – Agence Immobilière à Vocation Sociale

**L'APASE** – Association Pour l'Action Sociale et Educative

**Le CHGR** – Centre Hospitalier Guillaume Régnier, hôpital spécialisé en psychiatrie

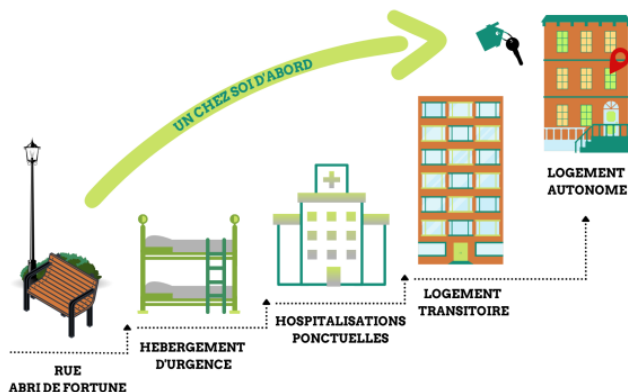
**ESPOIR 35** – Association pour l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique

**La SEA 35** – Association pour la Sauvegarde de l'Enfant à l'Adulte en Ille-et-Vilaine

Ces 5 membres ont construit, avec le soutien de l'Agence Régionale de Santé et la Direction Départementale de l'Emploi, du Travail et des Solidarités, le projet d'Appartement de Coordination Thérapeutique du dispositif « Un Chez Soi d'abord ».

## II- LES PRINCIPES ET VALEURS DU DISPOSITIF

« Un chez soi d'abord » est basé sur la volonté de donner un accès direct à un logement autonome et ce sans conditions ou obligations de soin afin d'y conjuguer ensuite un accompagnement personnalisé. Cet accompagnement sera basé sur les souhaits, les choix et les décisions du futur locataire. Le principe du fonctionnement se base sur « l'aller vers ».



## III- LES MODALITÉS D'ACCOMPAGNEMENT

### 1. Les 3 concepts majeurs :

- 1. Le Housing First** : Défend l'efficacité de l'accès direct au logement sans condition.
- 2. Le Rétablissement** : Le rétablissement est généralement abordé par une valorisation des compétences et de l'expérience des personnes, en partant de leurs envies et aspirations. Le processus consiste en l'amélioration de la qualité de vie des personnes accompagnées ainsi que l'augmentation de leur pouvoir d'agir, en surmontant les conséquences des problématiques de santé ainsi que leurs répercussions psychosociales. **C'est à la fois un cheminement personnel, et une posture thérapeutique.** L'utilisateur peut devenir acteur de son parcours de santé si on lui en donne les moyens tandis que les professionnels de santé deviennent acteurs de l'évolution de leurs pratiques en favorisant la participation des usagers.
- 3. La réduction des risques et des dommages : démarche** de santé publique pragmatique en ce qu'elle entend limiter les risques liés à la consommation sans avoir comme objectif l'abstinence et le sevrage.

### 2. Les 8 principes du dispositif :

1. Le logement est un droit fondamental,
2. L'accès à un logement ordinaire est rapide, choisi et sans conditions préalables de traitement ou d'abstinence
3. La personne a le choix de l'agenda et de la temporalité des services d'accompagnement
4. L'accompagnement se poursuit autant que nécessaire
5. Séparation des services de logement et d'accompagnement (*il ne dépend pas du le parcours résidentiel de la personne*)
6. Un accompagnement orienté « Rétablissement »
7. L'approche est celle de la réduction des risques et des dommages
8. Engagement d'un accompagnement intensif et inconditionnel

## IV- LES PERSONNES CONCERNÉES PAR LE DISPOSITIF

Les critères d'inclusion dans le dispositif sont les suivants :

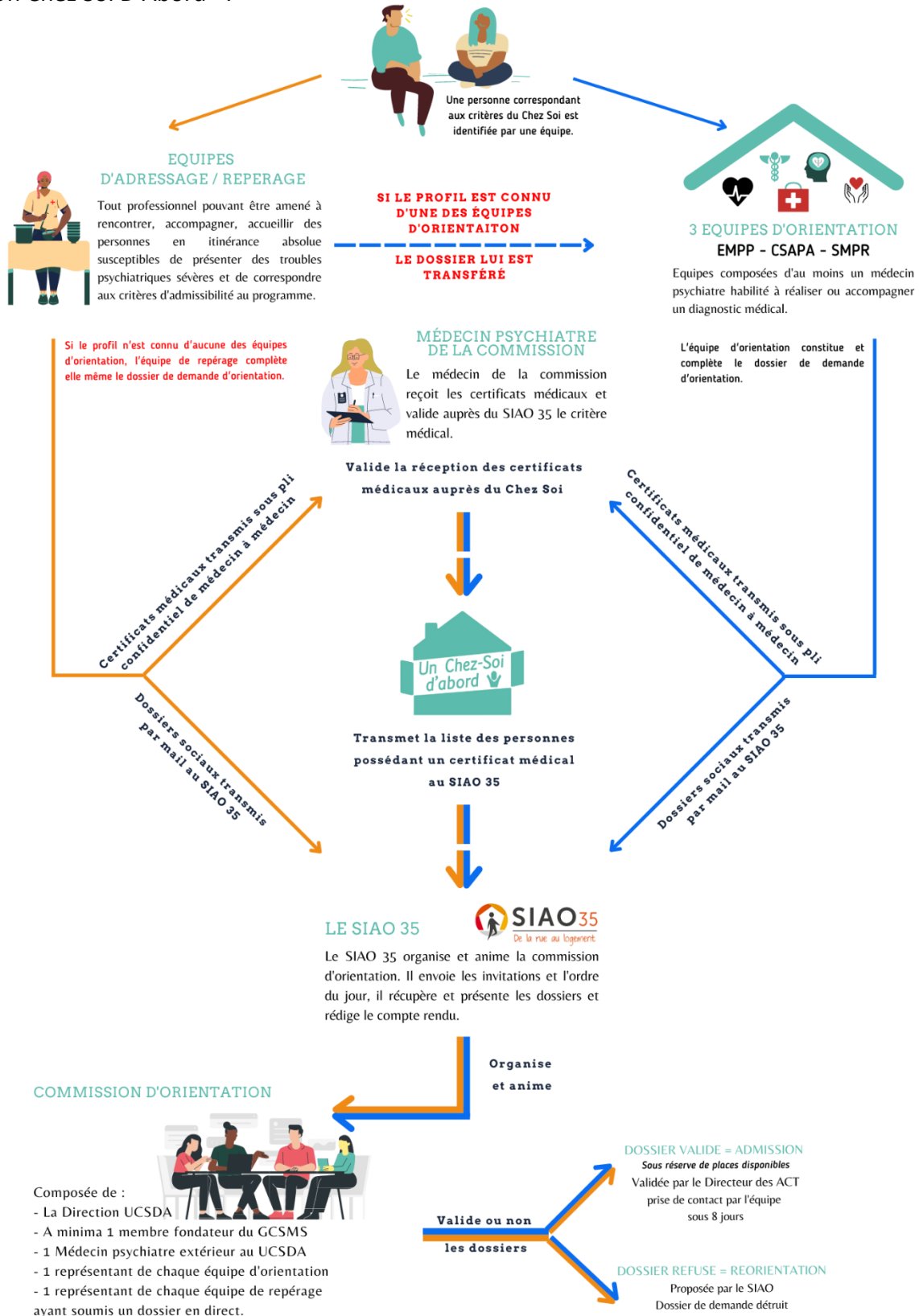
- ✓ Être âgé de 18 ans ou plus
- ✓ Être sans abri ou sans logement<sup>1</sup> au moment de l'intégration dans le dispositif :
  - Avoir connu la rue ou l'itinérance : C'est-à-dire cumuler des accueils en hébergements ou structures provisoires et non durables.
  - Avoir ou avoir eu un parcours de rue et être sans possibilité d'accéder à une solution de logement autonome durable.
- ✓ Présenter une pathologie mentale sévère (de type schizophrénie ou pathologie relevant du groupe diagnostique « troubles psychotiques »)
- ✓ Présenter des besoins élevés et répondre aux critères de besoins élevés évalués en référence à la grille MCAS (Multnomah Community Ability Scale/ échelle de capacité de communauté, voir en annexe).
- ✓ Attester souhaiter bénéficier d'un accompagnement par une équipe pluri professionnelle et vivre dans un logement sur la métropole rennaise. (Voir document en annexe)
- ✓ Être en situation régulière sur le territoire français et y avoir des droits possibles (titre de séjour valide et ressources possibles)
  - Les personnes doivent avoir des droits ouvrables pour entrer dans le dispositif excluant de fait les personnes étrangères sans droit de séjour sur le territoire.
  - Les personnes doivent pouvoir avoir des ressources stables pour payer leur loyer, se maintenir dans leur logement et subvenir à leurs besoins élémentaires.

---

1 Il est fait référence à la grille ETHOS catégories 1-2-3-4 ; les situations relevant de logement inadéquat ou logement précaire, en particulier 6-8-9-11, seront examinées au cas par cas par la commission d'orientation. La grille ETHOS est placée en annexe.

## V- LE CIRCUIT D'ORIENTATION

Voici le circuit d'orientation permettant, à une personne demandeuse, d'intégrer le dispositif « Un Chez Soi D'Abord ».



### VI- LES ETAPES PREALABLES A L'ADMISSION



1. Une équipe de repérage identifie ou est sollicitée par une personne pouvant correspondre aux critères du Chez Soi.  
*Ces équipes seront formées aux critères d'éligibilité du programme via des présentations régulières du dispositif par l'équipe des ACT « Un Chez Soi D'Abord ».*

2. L'équipe de repérage, présente le dispositif « Un Chez-Soi D'Abord », son fonctionnement, ses valeurs à la personne intéressée. Elle vérifie les critères de base et se renseigne auprès des équipes d'orientation afin de savoir si la personne est connue d'une des équipes.

*2.1 Durant le déploiement, l'équipe de repérage peut contacter le « Un Chez Soi » pour échanger sur les critères d'accès au dispositif.*

*2.2 Le « Un Chez Soi » renverra alors l'équipe de repérage vers l'équipe d'orientation correspondante.*



3. Si l'une des équipes d'orientation connaît la personne alors les informations la concernant lui sont transmises par l'équipe de repérage afin de prendre le relais. L'équipe d'orientation accompagne la personne dans la constitution de son dossier de demande d'orientation. En lien avec les partenaires (qui accompagnent la demande), l'équipe d'orientation recueille le souhait de la personne d'être accompagnée, complète le dossier, collecte les pièces justificatives et renseigne le questionnaire MCAS. (Durant cette étape, bien souvent les éléments seront déjà connus par certains partenaires sociaux et/ou médico-sociaux qui pourront alimenter la constitution du dossier)

Si aucune des équipes d'orientation ne connaît la personne identifiée par l'équipe de repérage. Alors, c'est l'équipe de repérage qui s'occupe de la constitution du dossier.

4. Le diagnostic psychiatrique est posé ou vérifié par le médecin psychiatre de l'équipe d'orientation. Soit la personne est déjà en possession d'un certificat médical via son suivi personnel, soit un médecin psychiatre est mobilisé pour le réaliser (droit commun, médecin de l'équipe d'orientation, ...). Ce certificat médical est transmis directement au médecin psychiatre de la commission d'orientation. Le partage d'informations médicales entre les médecins, au bénéfice de la sécurisation du diagnostic psychiatrique de la personne, permet ainsi de valider ou non le critère sanitaire d'éligibilité au dispositif.
5. L'équipe ayant constitué le dossier l'adresse avec les pièces justificatives sous forme de fichier compressé (cf annexe), en un seul mail portant pour objet : « orientation un chez soi » à l'adresse [hebergement-logement@siao35.fr](mailto:hebergement-logement@siao35.fr). Il est composé des pièces justificatives suivantes :

- Questionnaire d'orientation avec les pièces justificatives
- Grille MCAS
- Souhait de la personne d'être accompagnée

Le secrétariat accuse bonne réception du dossier et vérifie sa complétude.

Le médecin de la commission d'orientation attestera par écrit au Chez-Soi de la validité du critère sanitaire. Le Chez-Soi enverra alors la liste des personnes ayant transmis un certificat médical au SIAO 35.

6. La commission d'orientation se réunit au moins une fois par mois durant la période de montée en charge puis une fois par trimestre afin de vérifier, pour chaque dossier soumis, l'ensemble des critères d'éligibilité au programme et de valider ou non l'orientation de la personne vers le dispositif. L'équipe pluridisciplinaire d'accompagnement ne sera en aucun cas sollicitée sur cette phase d'orientation et ne participe pas à la commission afin de garantir la neutralité au regard de la situation des personnes admises.

Conformément au cahier des charges, la commission, animée et organisée par le SIAO, est composée de :

- La Direction UCSDA
- A minima 1 membre fondateur du GCSMS
- 1 Médecin psychiatre extérieur au UCSDA
- 1 représentant de chaque équipe d'orientation
- 1 représentant des équipes de repérage ayant soumis un dossier

Le SIAO adressera au demandeur un courrier de réponse, avec copie à l'équipe ayant accompagné la demande.

7. L'admission dans les ACT « Un Chez-soi d'abord » de la métropole rennaise se fera dans l'ordre chronologique de réception des dossiers de candidature, sous réserve de complétude des dossiers et en fonction des places disponibles.

a. Si l'orientation n'est pas validée par la commission, le SIAO 35 peut proposer une solution d'orientation alternative adaptée. Dans ce cas, le dossier de demande d'orientation vers les ACT « Un Chez-soi d'abord » sera détruit automatiquement par souci de confidentialité. La personne non admise aura toujours la possibilité de réitérer une demande pour une prochaine commission, cependant, aucun dossier n'étant conservé, il sera donc nécessaire d'en soumettre un nouveau.

b. Si l'orientation est validée par la commission et qu'il y a suffisamment de place pour accueillir la personne, le directeur des ACT « Un Chez-soi d'abord » valide l'admission. L'équipe d'accompagnement prends contact avec la personne sous 8 jours afin d'organiser une rencontre tout en faisant le lien avec les équipes de repérage et d'orientation. L'accompagnement au « Chez Soi » débute.



## VII- RÔLE DES ÉQUIPES D'ORIENTATION

Les équipes d'orientation ont un rôle essentiel car ce sont elles qui dirigent les personnes vers le dispositif et qui s'assurent que leur profil correspond au dispositif. Elles sont la première porte d'entrée vers leur parcours de rétablissement.

### 1. Qui sont ces équipes ?

Conformément au cahier des charges national, les équipes d'orientation sont choisies en fonction de leurs compétences et relèvent automatiquement d'une des caractéristiques prédéfinies suivantes :

- Être équipe mobile de **psychiatrie** à destination des personnes en **situation de précarité**
- Être une équipe de permanence d'accès aux soins comprenant en son sein un **psychiatre**
- Être un **Service Médico-Psychologique Régional** aménagé dans un établissement pénitentiaire
- Être un Centre de **Soins**, d'Accompagnement et de **Prévention** en Addictologie,
- Être un Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour les Usagers de Drogue
- Être une structure participant au dispositif de prise en charge des personnes en situation de **précarité**

Dans tous les cas, 2 compétences sont recherchées, la **compétence sociale** afin d'analyser les critères d'accès au Chez Soi ainsi que le parcours de la personne ainsi que la **compétence médicale, psychiatrique** afin de confirmer ou de poser un diagnostic. Enfin, la présence de ces équipes sur le terrain et auprès des publics concernés est une force dans l'exercice de leurs fonctions.

Sur le territoire rennais, les **3** équipes d'orientation désignées sont pour lors :

- L'EMPP - L'Equipe Mobile Psychiatrie Précarité
- Le CSAPA - Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
- Le SMPR - Le Service Médico-Psychologique Régional

## 2. Quel est leur rôle ?

Le rôle des équipes d'orientation est de constituer et de compléter le dossier d'orientation des personnes en demande d'admission et ce en lien avec l'équipe de repérage et la personne elle-même. Ils sont aussi garant de la vérification du certificat médical ou de l'établissement de ce dernier. Lorsque le dossier est complété, ils s'assurent de l'adresser au secrétariat de la commission et le certificat médical est envoyé au médecin de la commission sous pli confidentiel. En outre, ils participent aussi à la commission d'orientation afin d'apporter leur expertise sur les dossiers soumis.

## 3. Quels sont les outils à leur disposition ?

Pour constituer le dossier de demande d'admission ils disposent des outils suivants :

- Le questionnaire d'orientation
- La Grille MCAS
- Le Certificat médical à compléter par un médecin psychiatre

Le dernier document à fournir dans le dossier peut prendre différentes formes mais son objectif est très précis : Attester du souhait de la personne d'intégrer le dispositif "Un Chez Soi D'Abord", de bénéficier d'un logement ainsi que d'un accompagnement.

Ces documents sont disponibles en annexe de ce guide.

# ANNEXES

L'exclusion liée au logement est un des problèmes de société traités dans le cadre de la Stratégie européenne pour la protection et l'inclusion sociale. La prévention de l'exclusion liée au logement et la réintégration des personnes sans domicile sont des questions qui nécessitent une connaissance des parcours et trajectoires qui mènent à de telles situations de vie.

FEANTSA, Fédération européenne d'Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri, a développé une typologie de l'exclusion liée au logement appelée ETHOS (European Typology on Homelessness and housing exclusion).

La typologie part du principe que le concept de "logement" (ou "home" en anglais) est composé de trois domaines, dont l'absence pourrait constituer une forme d'exclusion liée au logement. Le fait d'avoir un logement peut

être interprété comme: avoir une habitation adéquate qu'une personne et sa famille peuvent posséder exclusivement (*domaine physique*); avoir un lieu de vie privée pour entretenir des relations sociales (*domaine social*); et avoir un titre légal d'occupation (*domaine légal*). De ce concept de logement sont dérivées quatre formes d'exclusion liée au logement: être sans abri, être sans logement, être en situation de logement précaire, être en situation de logement inadéquat - des situations qui indiquent toutes l'absence d'un logement. ETHOS classe donc les personnes sans domicile en fonction de leur situation de vie ou de logement ("home"). Ces catégories conceptuelles sont divisées en 13 catégories opérationnelles qui peuvent être utiles sur le plan de l'élaboration, du suivi et de l'évaluation de politiques de lutte contre l'exclusion liée au logement.

	Catégorie opérationnelle	Situation de vie	Définition générique
SANS ABRIS	1 Personnes vivant dans la rue	1.1 Espace public ou externe	Qui vit dans la rue ou dans des espaces publics, sans hébergement qui puisse être défini comme local d'habitation
	2 Personnes en hébergement d'urgence	2.1 Hébergement d'urgence	Personne sans lieu de résidence habituel qui fait usage des hébergements d'urgence, hébergements à bas prix
SANS LOGEMENT	3 Personnes en foyer d'hébergement pour personnes sans domicile	3.1 Foyer d'hébergement d'insertion	Quand l'intention est que la durée du séjour soit courte
		3.2 Logement provisoire	
		3.3 Hébergement de transition avec accompagnement	
	4 Personnes en foyer d'hébergement pour femmes	4.1 Hébergement pour femmes	Femmes hébergées du fait de violences domestiques et quand l'intention est que la durée du séjour soit courte
	5 Personnes en hébergement pour immigrants	5.1 Logement provisoire/centres d'accueil	Immigrants en hébergement d'accueil ou à court terme du fait de leur statut d'immigrants
5.2 Hébergement pour travailleurs migrants			
6 Personnes sortant d'institutions	6.1 Institutions pénales	Pas de logement disponible avant la libération	
	6.2 Institutions médicales (*)	Reste plus longtemps que prévu par manque de logement	
	6.3 Institutions pour enfants / homes	Pas de logement identifié (p.ex. au 18 <sup>e</sup> anniversaire)	
7 Bénéficiaires d'un accompagnement au logement à plus long terme	7.1 Foyer d'hébergement médicalisé destiné aux personnes sans domicile plus âgées	Hébergement de longue durée avec accompagnement pour ex-sans-abri (normalement plus d'un an)	
	7.2 Logement accompagné pour ex-sans-abri		
LOGEMENT PRÉCAIRE	8 Personnes en habitat précaire	8.1 Provisoirement hébergé dans la famille/chez des amis	Qui vit dans un logement conventionnel, mais pas le lieu de résidence habituel du fait d'une absence de logement
		8.2 Sans bail de (sous-)location	Occupation d'une habitation sans bail légal
		8.3 Occupation illégale d'un terrain	Occupation illégale d'un logement; Occupation d'un terrain sans droit légal
9 Personnes menacées d'expulsion	9.1 Application d'une décision d'expulsion (location)	Quand les avis d'expulsion sont opérationnels	
	9.2 Avis de saisie (propriétaire)	Quand le prêteur possède un avis légal de saisie	
10 Personnes menacées de violences domestiques	10.1 Incidents enregistrés par la police	Quand une action de police est prise pour s'assurer d'un lieu sûr pour les victimes de violences domestiques	
LOGEMENT INADÉQUAT	11 Personnes vivant dans des structures provisoires/non conventionnelles	11.1 Mobile homes	Pas conçu pour être un lieu de résidence habituel
		11.2 Construction non conventionnelle	Abri, baraquement ou cabane de fortune
		11.3 Habitat provisoire	Baraque ou cabane de structure semi permanente
12 Personnes en logement indigne	12.1 Logements inhabitables occupés	Défini comme impropre à être habité par la législation nationale ou par les règlements de construction	
13 Personnes vivant dans conditions de surpeuplement sévère	13.1 Norme nationale de surpeuplement la plus élevée	Défini comme excédant les normes nationales de densité en termes d'espace au sol ou de pièces utilisables	

Note: Un séjour de courte durée est défini comme normalement moins d'un an; un séjour de longue durée est défini comme plus d'un an.

Cette définition est compatible avec les définitions du recensement telles qu'elles sont recommandées dans le rapport UNECE/EUROSTAT (2006)

(\*) Inclut les centres de désintoxication, les hôpitaux psychiatriques, etc.



Pour obtenir plus de renseignements, veuillez consulter le 5<sup>e</sup> bilan de statistiques sur l'exclusion liée au logement en Europe (Edgar et Meert) sur le site de la FEANTSA [www.feantsa.org](http://www.feantsa.org).

La FEANTSA est soutenue financièrement par la Commission européenne. Les opinions exprimées sont celles des intervenants, la Commission n'est pas responsable de l'utilisation des informations qui sont incluses dans le présent dossier.

Fédération Européenne d'Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri AISBL



## QUESTIONNAIRE D'ORIENTATION

*Un Chez Soi D'Abord - Rennes*

---

Ce questionnaire, saisi numériquement, sera transmis par mail au secrétariat de la commission d'orientation, assuré par le SIAO 35, à l'adresse suivante : [hebergement-logement@siao35.fr](mailto:hebergement-logement@siao35.fr). Il sera classé dans le dossier de la personne si celle-ci est intégrée dans les ACT « Un chez-soi d'abord métropole rennaise ». Il sera détruit dans le cas contraire. Ce document est rédigé avec l'accord de la personne.

Nom : \_\_\_\_\_

Nom et structure de repérage : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Nom et structure d'orientation : \_\_\_\_\_

Date de Naissance :

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Coordonnées du partenaire : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Coordonnées de la personne ou tous éléments pour se mettre en contact : \_\_\_\_\_

Être en situation régulière ?

Oui  Non

*(Si oui, joindre une copie de la CNI ou titre de séjour en cours de validité ou un extrait d'acte de naissance avec la déclaration de perte)*

Être en situation d'itinérance absolue ou de logement précaire définis ci-contre ?  Oui  Non

*(Si oui, joindre une attestation d'hébergement)*

Relever (ou pouvant relever) d'un régime de protection sociale ?

Oui  Non

*(Si oui, joindre une attestation de droits)*

Relever (ou pouvant relever) de ressources stables ?

Oui  Non

*(Joindre le justificatif des ressources)*

La personne relève-t-elle d'une mesure de protection ?

Oui  Non

Si oui, s'agit-il d'une :

Tutelle  Curatelle

Coordonnées du mandataire judiciaire : \_\_\_\_\_



Ce formulaire, une fois complété, sera transmis par mail au secrétariat de la commission d'orientation, assuré par le SIAO 35, à l'adresse suivante : [hebergement-logement@siao35.fr](mailto:hebergement-logement@siao35.fr). Il sera classé dans le dossier de la personne si celle-ci est intégrée dans les ACT « Un chez-soi d'abord métropole rennaise ». Il sera détruit dans le cas contraire. Ce document est rédigé avec l'accord de la personne demandeuse d'intégrer le dispositif.

*Répondez à chaque question en cochant le numéro de la proposition correspondant à la situation de la personne. Les nombres cochés seront ensuite ajoutés afin de créer un score supérieur ou inférieur à 62 qu'il faudra renseigner à la fin du document.*

## **La Santé physique -**

*Dans quelle mesure le fonctionnement de la personne est-il affecté par son état de santé physique?*

1.  Incapacité physique très sévère (problème médical majeur qui empêche la personne de participer à la plupart des activités quotidiennes)
2.  Incapacité physique prononcée (problème médical majeur qui affecte la plupart des activités la personne, p. ex. une sclérose en plaques qui requiert l'usage d'une marchette)
3.  Incapacité physique légère (p. ex. crises d'épilepsie contrôlées ou abcès dentaire récent)
4.  Aucune incapacité physique

## **Fonctionnement intellectuel -**

*Quel est le niveau de fonctionnement intellectuel général de la personne ?*

1.  Fonctionnement intellectuel extrêmement faible (incapable de lire et d'écrire)
2.  Fonctionnement intellectuel assez faible (déficience mentale légère ou problèmes d'alphabétisme ou déficits d'orientation majeurs)
3.  Fonctionnement intellectuel faible (fonctionnement intellectuel limite ; pensée conceptuelle très limitée ; 2 déficits d'orientation ou plus)
4.  Fonctionnement intellectuel légèrement sous la normale (QI moyen faible ; légers déficits d'orientation)
5.  Fonctionnement intellectuel normal ou au-dessus de la normale (bien orienté, avec des habiletés cognitives démontrées en entrevue)



## Processus de la pensée -

*Quel est le degré de perturbation du processus de la pensée de la personne se manifestant par des symptômes tels que des hallucinations, des délires, un discours digressif, un relâchement net des associations, une perturbation du temps de réponse, de l'ambivalence, de l'incohérence, etc. ?*

1.  Processus de la pensée extrêmement perturbé (salade de mots ou incapacité à se concentrer sur quoi que ce soit sauf des idées psychotiques)
2.  Processus de la pensée nettement perturbé (propos difficiles à suivre ou obsession d'idées psychotiques)
3.  Processus de la pensée moyennement perturbé (hallucinations, délires ou désorganisation qui affectent son fonctionnement une partie du temps)
4.  Processus de la pensée légèrement perturbé (hallucinations bénignes ou pensée désorganisée ou pensée délirante occasionnelle)
5.  Processus de la pensée normal non perturbé

## Perturbation de l'humeur -

*Quel est le degré de perturbation de l'humeur de la personne se manifestant par des symptômes tels qu'une étendue trop limitée de l'humeur, des sautes d'humeur extrêmes, la dépression, la rage, la manie, etc. ?*

1.  Humeur extrêmement perturbée (abattement, ou manie ou rage incontrôlées)
2.  Humeur nettement perturbée (manie ou irritabilité marquée ou dépression grave)
3.  Humeur moyennement perturbée (dépression modérée ou affect nettement émoussé ou irritabilité importante ou idéation suicidaire passive)
4.  Humeur légèrement perturbée (dépression légère ou affect légèrement émoussé ou irritabilité légère)
5.  Humeur normale

## Réaction au stress et à l'anxiété -

*Dans quelle mesure la personne est-elle affectée par ses réactions inappropriées ou dysfonctionnelles au stress ou par son anxiété ?*

1.  Réaction extrêmement inadéquate (réactivité extrême aux agents stressants, allant du passage à l'acte à la paralysie, ayant pour conséquence une incapacité à s'adapter)
2.  Réaction nettement inadéquate (réactivité marquée ; résolution de problèmes très limitée en réponse au stress ; besoin d'un haut niveau de soutien et d'intervention de la part des autres ; attaques de panique quotidiennes ou anxiété grave)
3.  Réaction moyennement inadéquate (réagit moyennement au stress, a besoin d'assistance pour y faire face)



4.  Réaction légèrement inadéquate (réagit un peu au stress, à quelques habiletés d'adaptation, répond à une intervention limitée)
5.  Réaction normale

### **Capacité à gérer son argent -**

*Dans quelle mesure la personne réussit-elle à gérer son argent et à contrôler ses dépenses ?*

1.  Ne gère presque jamais son argent adéquatement (ne gère que son argent de poche)
2.  Gère rarement son argent adéquatement (ne gère que l'argent qui lui est donné quotidiennement)
3.  Gère parfois son argent adéquatement (peut acheter de la nourriture, des cigarettes et gérer correctement cet argent ; ou gère son argent seul, mais avec difficulté)
4.  Gère son argent adéquatement une bonne partie du temps (se débrouille mieux qu'au niveau 3 : paie son loyer, son traitement ou d'autres factures seul, ou gère toutes ses factures mensuelles avec assistance)
5.  Gère presque toujours son argent adéquatement (généralement indépendant quant à la gestion de son argent)

### **Autonomie dans la vie quotidienne -**

*Dans quelle mesure la personne fonctionne-t-elle de façon autonome dans la vie quotidienne ?*

*AVQ = activités de la vie quotidienne*

1.  Ne fonctionne presque jamais de façon autonome (AVQ minimales ou nulles, même avec des interventions répétées de la part du personnel)
2.  Fonctionne rarement de façon autonome (ne réalise que quelques AVQ, même en la présence d'incitations et d'instructions)
3.  Fonctionne parfois de façon autonome (a besoin d'incitations constantes, mais réalise généralement la plupart des AVQ)
4.  Fonctionne souvent de façon autonome (peut avoir besoin d'incitations de temps en temps ou éprouve des difficultés dans l'un des domaines des AVQ)
5.  Fonctionne presque toujours de façon autonome

### **Acceptation de la maladie -**

*Dans quelle mesure la personne accepte-t-elle (plutôt que de nier) sa maladie psychiatrique ?*

1.  N'accepte presque jamais sa maladie (nie catégoriquement sa maladie et son besoin de traitement)
2.  Accepte rarement sa maladie (comprend constamment de travers sa maladie ou ses symptômes)



3.  Accepte parfois sa maladie (un certain déni est évident dans sa façon d'attribuer ses problèmes à des facteurs externes ou d'en minimiser le sérieux ou de nier des symptômes précis)
4.  Accepte sa maladie une bonne partie du temps (reconnaît une bonne partie du temps qu'il a une maladie ou des symptômes précis, ou les deux)
5.  Accepte presque toujours sa maladie (identifie systématiquement sa maladie et ses symptômes)

### **Acceptabilité sociale -**

*En général, comment les gens réagissent-ils à la personne ?*

1.  Réactions très négatives (suscite constamment une réaction d'évitement de la part des autres)
2.  Réactions assez négatives (sa présentation suscite une certaine réaction négative de la part des autres)
3.  Réactions mixtes, légèrement négatives ou légèrement positives
4.  Réactions assez positives (présentation un peu déficiente, mais le client peut se conduire en public sans attirer l'attention de façon négative)
5.  Réactions très positives (aucune apparence de maladie mentale ni d'incapacité)

### **Intérêt social -**

*À quelle fréquence la personne engage-t-elle des contacts sociaux ou répond-elle à des contacts engagés par d'autres ?*

1.  Très rarement (ne participe presque jamais à des activités sociales ; évite généralement les situations à caractère social auxquelles elle pourrait prendre part)
2.  Assez rarement (réponse limitée à des invitations ou à des occasions de prendre part à des interactions sociales ; ne participe pas à des sorties récréatives ; p. ex. la personne a une interaction passive avec les autres pendant qu'il fume)
3.  Occasionnellement (prend parfois l'initiative de participer à des activités sociales et d'y répondre ; p. ex. participe à des sorties organisées par le personnel dans le cadre du programme ; se tient peut-être à l'écart des autres dans une certaine mesure)
4.  Assez souvent (répond constamment et prend de temps en temps l'initiative ; p. ex. avoir quelques contacts sociaux à l'extérieur des activités organisées par le personnel)
5.  Très souvent (prend l'initiative de participer à des interactions sociales et y répond de façon continue ; p. ex. maintient activement des activités sociales à l'extérieur du foyer)

### **Efficacité sociale -**

*Quel est le degré d'efficacité de la personne dans ses interactions avec les autres ?*



1.  Très inefficace (presque aucune aptitude sociale ; réponse déplacée aux messages non verbaux de la vie en société)
2.  Inefficace (utilise des aptitudes sociales minimales ; ne peut prendre part aux concessions mutuelles qui font partie des conversations ayant un objectif ou des conversations sociales ; réponse limitée aux messages non verbaux de la vie en société)
3.  Variable ou douteux (aptitudes sociales marginales et pas toujours appropriées)
4.  Efficace (généralement en mesure de mener des interactions sociales, avec déficits mineurs ; peut généralement prendre part à des conversations impliquant des concessions mutuelles, avec perturbations mineures seulement)
5.  Très efficace (aptitudes sociales dans les limites normales)

### **Réseau social -**

*Quelle est l'étendue du réseau de soutien social de la personne ?*

1.  Réseau très limité (personne)
2.  Réseau limité (membre de sa famille ou intervenant)
3.  Réseau moyennement étendu (membre de sa famille et ami ou groupe de socialisation ou intervenant médicosocial d'une équipe)
4.  Réseau étendu (membre de sa famille et ami ou groupe de socialisation et intervenant médicosocial d'une équipe)
5.  Réseau très étendu (la plupart des personnes mentionnées plus haut ainsi que des amis intimes ou un conjoint ou conjointe avec lequel la personne partage une certaine intimité)

### **Activités significatives -**

*À quelle fréquence la personne participe-t-elle à des activités significatives qui lui apportent satisfaction ? (Estimer la perception du participant)*

1.  Ne participe presque jamais (ne fait rien sauf répondre à ses besoins essentiels)
2.  Participe rarement (s'implique peut-être dans quelques activités passives, avec peu d'enthousiasme)
3.  Participe parfois (réalise des activités passives comme écouter de la musique ou regarder la télé avec un certain enthousiasme ; lors du programme de jour, ne s'implique que de façon passive ou saute des réunions de groupe)
4.  Participe souvent (réalise, avec les autres, quelques activités constructives qu'il considère comme ayant un sens ; implication active lors du programme de jour, qui peut inclure un travail protégé à temps partiel dans le cadre du programme de jour)
5.  Participe presque toujours (s'implique constamment dans une activité interactive comme le travail, les études ou du bénévolat à l'extérieur d'un contexte psychiatrique protégé)

### **Adhésion au traitement pharmacologique -**

*À quelle fréquence la personne adhère-t-elle au traitement pharmacologique ?*

1.  N'adhère presque jamais (adhésion forcée pour toute médication)
2.  Adhère rarement (ne prend pas son traitement de façon indépendante ; le personnel surveille directement l'auto-administration de tous ses médicaments)
3.  Adhère parfois (prend son traitement seul, mais saute souvent des prises ou a périodiquement besoin de vérifications, de surveillance ou d'aide pour ce qui est de mettre ses médicaments dans sa valise [ou les deux])
4.  Adhère habituellement (prend son traitement parfaitement quand on l'incite à le faire, ou le prend seul mais saute une prise à l'occasion)
5.  Adhère presque toujours (prend son traitement de façon entièrement indépendante et fidèle)
6.  Ne s'applique pas

### **Collaboration avec les intervenants et professionnels -**

*À quelle fréquence la personne collabore-t-elle avec les intervenants et professionnels, par exemple en respectant ses rendez-vous, en adhérant à des plans de traitement et en répondant à des demandes raisonnables ?*

1.  Ne collabore presque jamais (ne coopère pas du tout aux plans de traitement et ne va pas à ses rendez-vous)
2.  Collabore rarement (ne se soumet pas au traitement ; ne suit pas son horaire quotidien, mais va peut-être à quelques rendez-vous)
3.  Collabore parfois (suit son horaire quotidien ou d'autres activités de traitement une partie du temps ; s'implique minimalement dans la planification du traitement)
4.  Collabore habituellement (va généralement à ses rendez-vous médicaux et assiste aux programmes de jour aux jours prévus ; s'implique dans la planification du traitement)
5.  Collabore presque toujours (manque rarement un rendez-vous ou une activité prévue, s'implique activement dans la planification du traitement et la détermination de buts à atteindre)
6.  Ne s'applique pas

### **Abus d'alcool et/ou de drogues -**

*À quelle fréquence la personne abuse-t-elle de drogues ou d'alcool ?*

1.  Abuse fréquemment (dépendance aux drogues ou à l'alcool ; abus quotidien d'alcool ou de drogues qui perturbe gravement son fonctionnement ; incapacité à fonctionner dans la communauté à cause de son abus d'alcool ou de drogues)
2.  Abuse souvent (usage récurrent d'alcool ou abus récurrent de drogues avec impact important sur son fonctionnement)



## ECHELLE DE CAPACITE MCAS

*Un Chez Soi D'Abord - Rennes*

---

3.  Abuse parfois (usage d'alcool ou abus de drogues dans une certaine mesure avec un certain impact sur son fonctionnement)
4.  Abuse rarement (usage occasionnel d'alcool ou abus occasionnel de drogues sans perturbation du fonctionnement)
5.  N'abuse presque jamais (abstinence ; aucun usage d'alcool ni de drogues au cours de la période d'évaluation)



## **Contrôle des impulsions -**

*À quelle fréquence la personne manifeste-t-elle des épisodes de passages à l'acte extrême ?*

1.  Passages à l'acte fréquents (passages à l'acte fréquents ou graves ou les deux, p. ex. comportements qui pourraient mener à des accusations au criminel)
2.  Passages à l'acte assez fréquents (actes impulsifs assez fréquents ou d'une gravité modérée, ou les deux)
3.  Passages à l'acte occasionnels (certains passages à l'acte ; gravité modérée ; au moins un épisode de comportement dangereux ou menaçant)
4.  Passages à l'acte rares (peut être une ou deux défaillances quant au contrôle des impulsions ; passage à l'acte mineur, tel qu'un comportement cherchant à attirer l'attention qui n'est ni menaçant, ni dangereux)
5.  Presque jamais de passages à l'acte (aucun incident digne de mention)

Score MCAS final : \_\_\_\_\_

Ce score est-il inférieur ou égal à 62 ? Oui Non

Date de l'entretien : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nom de la personne qui a rempli le questionnaire : \_\_\_\_\_

Cachet et signature



# CERTIFICAT MEDICAL

Un Chez Soi D'Abord - Rennes

A l'attention du médecin psychiatre procédant à la validation du diagnostic d'orientation vers les A.C.T « Un Chez-soi d'abord » métropole rennaise. Pour des raisons de confidentialité, les certificats médicaux seront à adresser de médecin à médecin, au médecin psychiatre de la commission d'orientation ([e.sheppard@ch-guillaumeregny.fr](mailto:e.sheppard@ch-guillaumeregny.fr)), sous pli confidentiel et via un circuit sécurisé.

**RAPPEL** : Sont éligibles à l'admission dans le dispositif « Un Chez-Soi d'abord », les personnes ayant les critères cumulatifs suivants :

- Être durablement sans-abri ou sans logement au moment de l'intégration dans le dispositif
- Présenter une pathologie mentale sévère relevant du groupe diagnostic : **schizophrénie ou autres troubles psychotiques**
- Avoir des besoins sanitaires et sociaux élevés nécessitant un accompagnement intensif
- Être en demande d'intégrer le dispositif et d'être logées

NOM : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de Naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

La personne présente une pathologie relevant du groupe diagnostic :

→ Schizophrénie ou autre troubles psychotiques

Oui

Non

Diagnostic principal:

---

---

---

Diagnostic associés psychiatriques :

---

---

---

Diagnostic addictologie :

---

---

---

DATE : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Cachet et signature :





## SOUHAIT DE LA PERSONNE DEMANDEUSE

*Un Chez Soi D'Abord - Rennes*

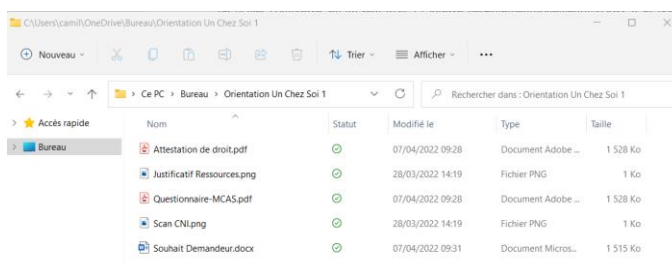
---

**Joindre une lettre manuscrite, un document ou tout autre support signé par la personne mentionnant son souhait :**

- D'être intégrée dans le dispositif des A.C.T« Un Chez-Soi D'Abord »
- D'avoir accès à un logement
- D'être accompagnée par l'équipe

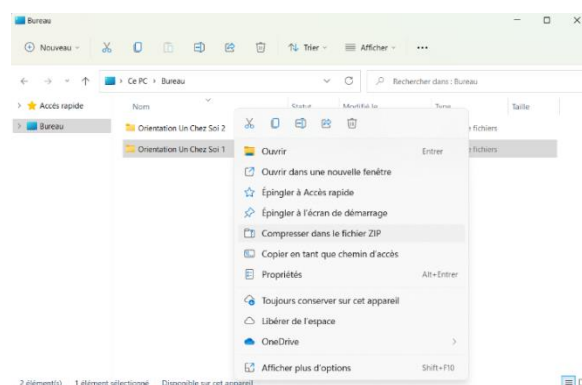
Afin de faciliter le traitement des dossiers, il est conseillé de les envoyer avec les pièces sous forme de fichier compressé, en un seul mail à l'adresse [hebergement-logement@siao35.fr](mailto:hebergement-logement@siao35.fr) et portant pour objet : « orientation un chez soi ». Pour vous aider dans cette tâche voici une explication sur comment créer un dossier compressé<sup>2</sup>.

1- La première étape consiste à créer un dossier dans lequel vous mettez tous les documents nécessaires à la complétude de la demande d'orientation.

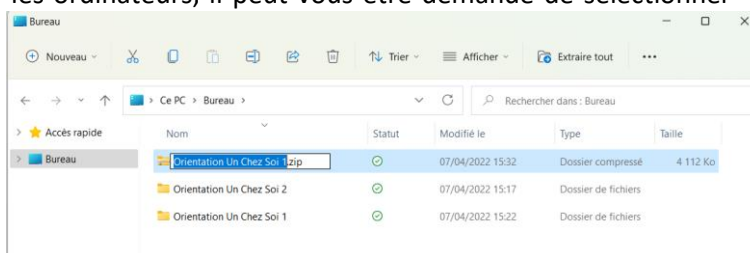


2- Lorsque le dossier est créé et complet vous pouvez ensuite le transformer en dossier compressé. Sortez du dossier, puis cliquez droit dessus. Il vous est alors proposé comme option, selon les ordinateurs, une de celles qui suivent :

- Compresser dans le fichier ZIP
- Envoyer vers
  - Dossier compressé
  - Ajouter à l'archive



3- Cliquez sur cette option, un Nouveau dossier du même nom sera automatiquement créé au même endroit que le fichier original. Selon les ordinateurs, il peut vous être demandé de sélectionner l'endroit ou vous souhaitez que ce dossier soit créé.



4- Voilà, votre dossier compressé au format .ZIP est créé vous n'avez plus qu'à l'ajouter comme pièce jointe au moment de rédiger votre mail.

<sup>2</sup> Un Dossier Compressé permet d'envoyer plusieurs documents dans un même fichier et sous un format peu volumineux afin de pouvoir envoyer le tout par mail sans dépasser la taille maximale des pièces jointes.

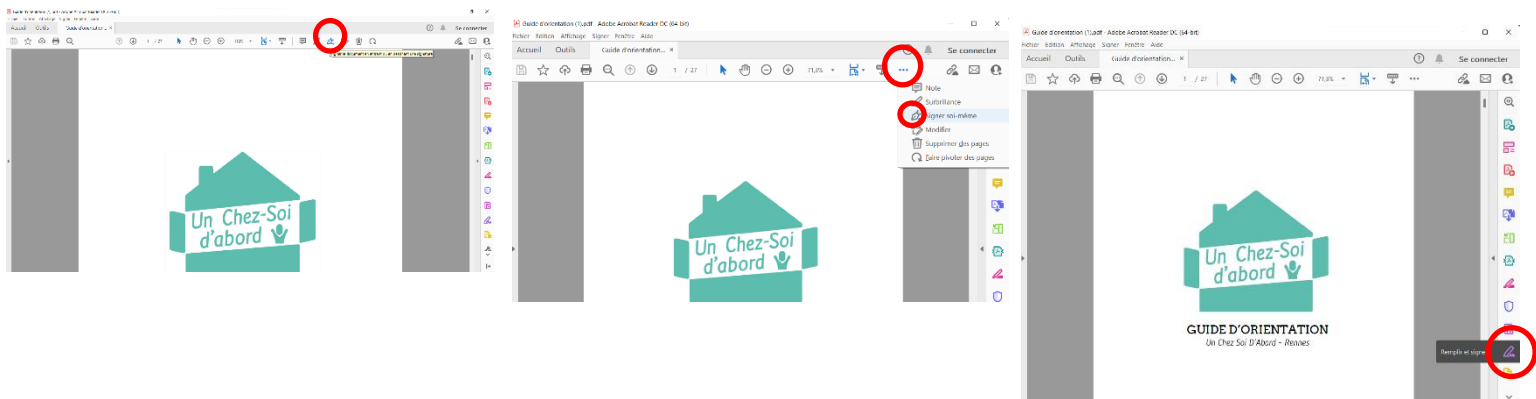


# REEMPLIR UN DOCUMENT AU FORMAT PDF

## Un Chez Soi D'Abord - Rennes

Afin de faciliter la complétude des dossiers nous vous avons transmis un document que vous pouvez remplir numériquement et directement sur le document PDF. Pour ce faire, il existe une manipulation très simple.

- 1- Lorsque vous ouvrez votre document au format PDF. Vous pouvez uniquement le consulter cependant, lorsque le document est paramétré pour être complété directement, vous pouvez cliquer sur l'outil « plume ». Il y a plusieurs manières d'accéder à cet outil :



- 2- Une fois la plume sélectionnée, le menu du PDF change et vous pouvez à présent compléter le document. Des espaces prédéfinis apparaîtront au passage de votre souris et vous n'aurez qu'à cliquer pour y ajouter du texte. De même que pour les cases que vous pourrez cocher en cliquant dessus.

