

COUR DES COMPTES

RAPPORT N° 115

AVRIL 2017

ÉVALUATION

**LE LOGEMENT ET L'HÉBERGEMENT
DES PERSONNES EN SITUATION DE
HANDICAP PSYCHIQUE**

LA COUR DES COMPTES

La Cour des comptes est chargée du contrôle indépendant et autonome des services et départements de l'administration cantonale, du pouvoir judiciaire, des institutions cantonales de droit public, des organismes subventionnés ainsi que des institutions communales. Elle a également pour tâche l'évaluation des politiques publiques.

La Cour des comptes vérifie d'office et selon son libre choix la **légalité** des activités et la **régularité** des recettes et des dépenses décrites dans les comptes, et s'assure du **bon emploi** des crédits, fonds et valeurs gérés par les entités visées par ses missions. La Cour des comptes peut également évaluer la **pertinence**, **l'efficacité** et **l'efficience** de l'action de l'État. Elle organise librement son travail et dispose de larges moyens d'investigation. Elle peut notamment requérir la production de documents, procéder à des auditions, à des expertises, se rendre dans les locaux des entités concernées.

Le champ d'application des missions de la Cour des comptes s'étend aux entités suivantes:

- L'administration cantonale comprenant les départements, la chancellerie d'État et leurs services ainsi que les organismes qui leur sont rattachés ou placés sous leur surveillance;
- Les institutions cantonales de droit public;
- Les entités subventionnées;
- Les entités de droit public ou privé dans lesquelles l'État possède une participation majoritaire, à l'exception des entités cotées en bourse;
- Le secrétariat général du Grand Conseil;
- L'administration du pouvoir judiciaire;
- Les autorités communales, les services et les institutions qui en dépendent, ainsi que les entités intercommunales.

Les rapports de la Cour des comptes sont rendus **publics**: ils consignent ses observations, les conclusions de ses investigations, les enseignements qu'il faut en tirer et les recommandations conséquentes. La Cour des comptes prévoit en outre de signaler dans ses rapports les cas de réticence et les refus de collaborer survenus au cours de ses missions.

La Cour des comptes publie également un **rapport annuel** comportant la liste des objets traités, celle de ceux qu'elle a écartés, celle des rapports rendus avec leurs conclusions et recommandations et les suites qui y ont été données. Les rapports restés sans effet ni suite sont également signalés.

Vous pouvez participer à l'amélioration de la gestion de l'État en prenant contact avec la Cour des comptes.

Toute personne, de même que les entités comprises dans son périmètre d'action, peuvent communiquer à la Cour des comptes des faits ou des pratiques qui pourraient être utiles à l'accomplissement des tâches de cette autorité.

La confidentialité est garantie à l'auteur d'une communication, sauf ordonnance de séquestre rendue par l'autorité judiciaire compétente. La Cour n'accepte pas de communication anonyme.

Prenez contact avec la Cour par téléphone, courrier postal ou courrier électronique.

SYNTHÈSE

Consacré aux prestations d'hébergement des personnes rencontrant des troubles psychiques handicapants et aux interventions visant à favoriser l'accès ou le maintien dans des logements individuels de ces mêmes personnes, ce rapport apporte des réponses aux deux questions d'évaluation suivantes:

- Dans quelle mesure l'État répond-il aux besoins spécifiques des personnes en situation de handicap psychique en matière de logement et d'hébergement?
- Dans quelle mesure le cadre organisationnel de la politique publique en matière de handicap facilite-t-il une mise en œuvre efficiente des interventions en faveur des personnes en situation de handicap psychique ?

Ces deux questions approchent de façon complémentaire la problématique des lieux de vie des personnes présentant des troubles psychiques importants. La première met en rapport les besoins de ce public avec les prestations existantes. La seconde interroge la pertinence du cadre organisationnel dans lequel ces prestations sont déployées.

Les travaux d'évaluation ont été menés par la Cour des comptes et suivis par un groupe d'accompagnement à caractère consultatif, composé d'experts du domaine et de représentants des services impliqués dans la prise en charge de ce public. Le groupe a débattu du cadre de l'évaluation ainsi que des principaux constats et recommandations.

En préambule, il convient de rappeler que si le nombre de personnes pouvant potentiellement avoir besoin de prestations liées au logement et à l'hébergement ne peut être estimé précisément, les interventions en faveur des personnes en situation de handicap psychique couvrent environ 360 places d'hébergement et 80 places d'accompagnement à domicile. L'État verse en outre des prestations complémentaires aux rentiers de l'assurance invalidité qui permettent notamment de prendre en charge les loyers des personnes vivant à domicile. Alors que le coût de ces prestations publiques en faveur des personnes en situation de handicap psychique n'est pas non plus connu précisément, faute de comptabilité analytique en fonction des types de handicap, le coût de la politique publique¹, tous handicaps et prestations confondus, s'élève à 396 millions F en 2016 et est en hausse régulière.

Ceci exposé, il ressort de l'évaluation 20 constats et 8 recommandations dont l'essentiel est résumé dans les quatre points développés ci-après.

1. *Élargir la gamme des établissements spécialisés*

Le modèle actuel des établissements pour personnes handicapées est conçu pour des prises en charge collectives et de longue durée de personnes dont les besoins sont stables. Il s'avère moins adapté à des prises en charge individuelles ou de durée et d'intensité variables, alors qu'il s'agit de situations fréquentes dans le domaine du handicap psychique. En l'absence d'une prise en charge adaptée, les troubles psychiques peuvent s'aggraver et se chroniciser, entraînant une fréquence accrue d'hospitalisations psychiatriques. À cet égard, l'évaluation a mis en évidence trois points critiques.

¹ Il s'agit ici de la politique publique « E », telle que définie dans le cadre du budget par politique publique de l'État de Genève. Elle regroupe un ensemble de prestations gérés par la Direction générale de l'action sociale telles que l'accueil permanent ou de jour au sein d'établissements spécialisés et le versement de prestations ou d'aides complémentaires aux personnes en situation de handicap. En revanche, elle n'intègre notamment pas les prestations fournies à des personnes en situation de handicap par d'autres institutions dans les domaines de l'aide sociale, de l'hébergement d'urgence, ainsi que des soins psychiatriques stationnaires, ambulatoires ou à domicile.

En premier lieu, les places offertes sous forme d'appartements autonomes par les établissements spécialisés dans le domaine du handicap psychique représentent à peine plus d'une place sur dix. Or, ce type d'hébergement est particulièrement adapté aux personnes présentant un niveau d'autonomie supérieur, ainsi qu'à celles qui ne supportent pas, en raison de leurs troubles psychiques, les contraintes de la vie en communauté.

Deuxièmement, les places actuelles sont prévues pour des occupations de longue durée (souvent plusieurs dizaines d'années). Y accéder comporte de nombreuses démarches administratives visant à s'assurer du bien-fondé du placement, ainsi qu'un temps d'attente pouvant être important (jusqu'à deux ans). En outre, la procédure actuelle exige que les demandeurs soient au bénéfice de l'assurance-invalidité avant d'accéder à un établissement spécialisé, alors que la procédure de demande AI est généralement longue. Pour ces raisons, il n'est actuellement pas possible d'employer les places actuelles du dispositif pour des occupations de courte durée. Or, les occupations de courte durée sont utiles pour prévenir l'arrivée d'un épisode de décompensation d'une personne habitant son propre logement ou pour soulager temporairement les personnes responsables de la prise en charge de la personne concernée (prestations dites «de répit»).

Troisièmement, une prise en charge professionnelle du handicap psychique nécessite souvent une approche combinant des interventions médicales relevant de la santé mentale et des interventions socio-éducatives relevant davantage de l'intégration. Des modèles de financement et des cadres légaux distincts limitent actuellement le développement de prises en charge mixtes. Cette limite contribue à exclure des institutions spécialisées les personnes présentant des situations complexes (cas psychiatriques lourds et personnes avec des troubles physiques associés, notamment des dépendances non contrôlées). Ces personnes connaissent alors une prolongation de séjour en hôpital psychiatrique ou un hébergement en hôtel sans accompagnement professionnel et avec d'importants risques sanitaires et sociaux. Un éventuel placement en EMS, sur dérogation d'âge, permet un accès à des soins remboursés, mais le modèle des EMS n'est pas spécifiquement conçu pour les soins psychiatriques (pas de personnel socio-éducatif, dotation infirmière insuffisante).

Pour remédier à ces difficultés, la Cour recommande au DEAS de développer des possibilités de prise en charge résidentielle complémentaires à celles qui existent actuellement: structures à bas seuil d'accès pour éviter les placements en hôtel, structures mixtes (santé-social) pour les problématiques complexes et possibilités de séjours brefs dans les établissements existants. Cette diversification permettra également de réduire le nombre important de demandes qui restent actuellement sans réponse.

2. Favoriser l'accès et le maintien dans des logements indépendants

Les données récoltées montrent que les moyens alloués à l'objectif d'autonomisation résidentielle des personnes en situation de handicap psychique sont limités. Alors que le fait de connaître des troubles psychiques les désavantage dans la recherche d'un logement indépendant (essentiellement en raison des réticences des détenteurs du parc immobilier), elles ne bénéficient d'aucun accès prioritaire aux logements sociaux, ce qui contribue à des situations de précarité résidentielle pour celles qui ont perdu leur logement (par exemple après une hospitalisation de longue durée) ainsi qu'à l'occupation de places résidentielles par des personnes qui pourraient vivre de manière plus autonome.

Par ailleurs, il existe des interventions à domicile qui permettent de maintenir à domicile une partie des personnes et de réduire le recours à une prise en charge résidentielle ou hospitalière. Il s'agit de l'accompagnement socio-éducatif (réalisé par les établissements spécialisés en matière de handicap), de l'aide pratique et des soins à domicile (réalisés par les services d'aide et de soins à domicile) et de l'équipe mobile de psychiatrie (HUG) qui intervient chez les personnes réfractaires aux soins. Les différences entre les objectifs, les contenus et le financement de ces interventions sont cependant peu comprises par les personnes atteintes dans leur santé mentale et leurs proches.

Pour faciliter l'autonomie résidentielle, la Cour recommande au DEAS de promouvoir l'accès des personnes en situation de handicap aux logements indépendants, tout en favorisant les interventions à domicile. Ce type de prise en charge devrait constituer un pendant plus souple et plus individualisé aux établissements spécialisés dont les collaborateurs resteraient en charge de la dimension socio-éducative de cet accompagnement domiciliaire.

3. Faciliter le parcours des individus entre les différentes prestations

L'accès aux prestations spécialisées d'hébergement nécessite un passage par de nombreuses étapes visant à établir le droit à ces dernières, ainsi qu'à démontrer la motivation de la personne à accéder à ces prestations. Le temps d'attente à l'entrée des établissements nécessite en outre une motivation qui doit demeurer intacte pendant de nombreux mois. Or, l'évaluation a montré que les personnes en situation de handicap psychique peuvent rencontrer une difficulté importante à passer l'ensemble de ces étapes. La crainte de l'extérieur, la faiblesse du réseau personnel et la variabilité de la motivation constituent pour elles des facteurs qui freinent leur accès à une prise en charge adaptée à leurs besoins.

Alors qu'elles rencontrent d'importantes difficultés à interagir avec le monde extérieur, les personnes en situation de handicap psychique sont souvent suivies de manière parallèle ou séquentielle par des interlocuteurs différents (curateurs, assistants sociaux, éducateurs, infirmiers, médecins, etc.). Leurs proches (parents, conjoints, enfants) peuvent constituer un point de repère, mais ces derniers ne sont pas toujours présents ni au fait des spécificités des différentes prestations existantes. La commission cantonale d'indication, constituée d'experts du handicap, constitue une ressource importante pour l'accès aux prestations des établissements spécialisés, mais elle n'est pas conçue pour orienter les proches ou les personnes nécessitant des prestations qui ne sont pas fournies par les établissements spécialisés.

Pour rendre le dispositif actuel plus adapté aux besoins des personnes en situation de handicap psychique, la Cour recommande au DEAS de développer un portail d'information à destination des proches aidants, des personnes en situation de handicap et des professionnels qui leur viennent en aide. Ces personnes recevraient ainsi rapidement des informations concernant l'éventail des prestations correspondant à leurs besoins et pourraient, si nécessaire, obtenir de l'aide pour accomplir les démarches requises pour l'accès à ces prestations.

4. Revoir le processus de la politique publique en matière de handicap

La deuxième partie de l'évaluation (chapitre 6) a porté sur la planification, le financement et le suivi de la politique publique en matière de handicap.

En premier lieu, il ressort que les priorités de l'État en matière d'hébergement des personnes en situation de handicap sont peu connues des acteurs du réseau et que le processus de planification se base principalement sur les propositions d'ouverture de nouvelles places formulées par les établissements spécialisés. La Cour recommande ainsi au DEAS de procéder à une analyse élargie des besoins et, sur cette base, de déterminer des priorités qui soient partagées avec les acteurs du réseau. Pour l'heure, en l'absence d'une telle analyse, deux problèmes surgissent. D'une part, les places ouvertes ne correspondent pas forcément aux besoins à moyen terme des personnes en situation de handicap (ni qualitativement ni quantitativement). D'autre part, le nombre de nouvelles places effectivement ouvertes est inférieur à la planification, notamment en raison des travaux nécessaires avant l'ouverture effective.

En deuxième lieu, le financement des places offertes par les institutions spécialisées n'est pas précisément objectivé, que ce soit en fonction des prestations fournies ou des besoins des personnes accueillies. Il n'existe en effet ni analyse segmentée des coûts ni instrument reconnu de mesure des besoins des personnes accueillies, quand bien même les niveaux de financement varient fortement selon les institutions. Ces dernières accueillent des publics distincts, mais il n'est pas possible d'établir

un lien entre les montants versés, les besoins des personnes accueillies et les prestations fournies. Le DEAS est conscient de ce problème et souhaite y remédier. La Cour lui recommande de profiter des actions prévues pour revoir également la nomenclature des places qui ne reflète plus la diversité des prestations fournies.

En résumé, les recommandations de la Cour proposent, sur la base d'une meilleure allocation des moyens existants, de promouvoir la mise en œuvre de prises en charge innovantes et adaptées, de favoriser l'accès au logement et les prises en charge domiciliaires, de faciliter les parcours des usagers entre les différents types de prestations et de clarifier le cadre de la politique publique. Leur mise en œuvre doit permettre de mieux répondre aux besoins des personnes concernées, de réduire l'attente à l'entrée des établissements spécialisés en limitant les demandes et en favorisant les sorties et de limiter les hospitalisations.

TABLEAU DE SUIVI DES RECOMMANDATIONS

Dans le cadre de ses missions légales, la Cour des comptes doit effectuer un suivi des recommandations émises, en distinguant celles ayant été mises en œuvre et celles restées sans effets. À cette fin, elle a invité le DEAS à remplir le «tableau de suivi des recommandations» qui figure au chapitre 9 et qui synthétise les améliorations à apporter, le responsable de leur mise en place ainsi que leur délai de réalisation.

Les huit recommandations émises par la Cour ont été acceptées et le tableau de suivi des recommandations a été rempli de manière adéquate.

OBSERVATIONS DES ENTITÉS CONCERNÉES PAR LA POLITIQUE ÉVALUÉE

Sauf exceptions, la **Cour ne prévoit pas de réagir aux observations des entités concernées par la politique évaluée**. Elle estime qu'il appartient au lecteur de juger de la pertinence des observations formulées eu égard aux constats et recommandations développés par la Cour.

Dans la présente évaluation, une précision a toutefois été apportée par la Cour en réaction à l'observation 5.8.1 du DEAS.

Le lecteur pressé lira en priorité les parties d'appréciation contenant les constats (4.4, 5.1.6, 5.2.4, 5.3.7, 5.4.4, 5.5.3, 5.6.1, 6.1.4, 6.2.4, 6.3.5 et 0), la conclusion (chapitre 7) et les recommandations (chapitre 8).

Table des matières

1.	INTRODUCTION	9
1.1.	Contexte de l'évaluation	9
1.2.	Éléments de contexte	9
2.	CADRE DE LA POLITIQUE PUBLIQUE	12
2.1.	Cadre fédéral	12
2.2.	Cadre cantonal	14
3.	QUESTIONS D'ÉVALUATION ET MÉTHODOLOGIE	18
3.1.	Déroulement de l'évaluation	18
3.2.	Questions d'évaluation	18
3.3.	Modules méthodologiques	19
3.4.	Limites de l'évaluation	20
3.5.	Structure du rapport	21
4.	BESOINS EN MATIÈRE DE LOGEMENT DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP PSYCHIQUE	22
4.1.	Délimitation du public-cible	22
4.2.	Besoins généraux	24
4.3.	Analyse de trois populations spécifiques	26
4.4.	Appréciation concernant les besoins du public-cible	29
4.5.	Observations	29
5.	ADÉQUATION DES PRESTATIONS AUX BESOINS	30
5.1.	Demandes auprès de la commission cantonale d'indication	30
5.2.	Prise en charge par les établissements spécialisés	37
5.3.	Hébergements alternatifs aux EPH	45
5.4.	Prestations en faveur des personnes occupant un logement indépendant	50
5.5.	Articulation entre interventions socioéducatives et de santé mentale	54
5.6.	Implication et soutien des proches aidants	57
5.7.	Appréciation générale concernant le droit à l'autodétermination en matière d'hébergement 60	
5.8.	Appréciation générale concernant l'impact de la pénurie de logements et d'hébergements	61
6.	ANALYSE DE LA POLITIQUE PUBLIQUE EN MATIÈRE DE HANDICAP	63
6.1.	Priorités de la politique publique en matière de handicap	63
6.2.	Analyse des besoins et planification	65
6.3.	Suivi de la mise en œuvre	72
6.4.	Coûts et financement de la politique publique en matière de handicap	82
7.	CONCLUSION	89
8.	RECOMMANDATIONS	90
9.	TABLEAU DE SUIVI DES RECOMMANDATIONS ET ACTIONS	99
10.	REMERCIEMENTS	100
11.	BIBLIOGRAPHIE	101
12.	PERSONNES RENCONTRÉES	103

LISTE DES PRINCIPALES ABRÉVIATIONS UTILISÉES

ADom	Accompagnement à domicile
AHE	Accueil hôtelier avec encadrement
AI	Assurance-invalidité
AVS	Assurance vieillesse et survivants
CAPPI	Centre ambulatoire de psychiatrie et psychothérapie intégrées
CCI	Commission cantonale d'indication
CLASS	Conférence latine des affaires sanitaires et sociales
DEAS	Département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé
DFI	Département fédéral de l'intérieur
DGAS	Direction générale de l'action sociale
DGS	Direction générale de la santé
DSMP	Département de santé mentale et de psychiatrie (HUG)
EMS	Établissement médico-social
EPH	Établissement pour personnes handicapées
EPI	Établissements publics pour l'intégration
ETP	Équivalent temps plein
HBM	Habitation bon marché
HUG	Hôpitaux universitaires genevois
HG	Hospice général
IMAD	Institution de maintien à domicile
LAI	Loi fédérale sur l'assurance-invalidité RS 831.20
LHand	Loi fédérale sur l'élimination des inégalités frappant les personnes handicapées RS 151.3
LIPH	Loi sur l'intégration des personnes handicapées K 1 36
LIPPI	Loi fédérale sur les institutions destinées à promouvoir l'intégration des personnes invalides RS 831.26
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OFAS	Office fédéral des assurances sociales
OMS	Organisation mondiale de la santé
PAFA	Placement à des fins d'assistance
PC	Prestations complémentaires à l'AVS et l'AI
RPT	Réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons
SDF	Sans domicile fixe
SPAd	Service de protection de l'adulte
SPC	Service des prestations complémentaires
TPAE	Tribunal de protection de l'adulte et de l'enfant

La forme masculine est utilisée dans ce rapport afin d'en faciliter la lecture.

1. INTRODUCTION

Ce chapitre présente brièvement la problématique dans laquelle s'insère l'évaluation de la Cour des comptes. Il expose ensuite les principales bases théoriques permettant de situer l'importance de cette question pour les personnes en situation de handicap psychique.

1.1. Contexte de l'évaluation

La politique publique en matière de handicap est majoritairement de compétence cantonale depuis la nouvelle répartition des tâches entre les cantons et la Confédération, entrée en vigueur en 2008. Les moyens financiers que le canton y consacre augmentent régulièrement. Ainsi la politique publique du handicap a connu «*une évolution des subventions publiques de 118 928 833 F à 168 226 079 F entre 2008 et 2015*»², ce qui représente une augmentation annuelle moyenne de 5.1 %. En dépit de cette augmentation, les représentants des personnes handicapées se montrent de plus en plus préoccupés par la capacité du système à couvrir les demandes d'accompagnement et d'hébergement, ainsi qu'en témoigne la pétition déposée en 2013 par la FéGAPH (Fédération genevoise des associations de personnes handicapées et de leurs proches), suivie de plusieurs rapports parlementaires³.

C'est pour expliquer et tenter de résoudre cet apparent paradoxe que la Cour des comptes a décidé d'évaluer l'effectivité, l'efficacité, la pertinence, l'efficience et la cohérence de la politique publique en matière de logement des personnes adultes⁴ en situation de handicap psychique. Parmi les différents types de handicap, cette population est celle dont le nombre augmente le plus rapidement depuis une dizaine d'années⁵ et celle pour laquelle les modes de prise en charge traditionnels semblent les moins adaptés. En outre, la majorité des demandes d'hébergement dans les établissements spécialisés proviennent de ce public-cible.

L'objet de l'évaluation comprend les foyers spécialisés ainsi que les prestations visant à faciliter le maintien à domicile. Il englobe également les instances chargées du pilotage et du financement de la politique publique en matière de handicap.

1.2. Éléments de contexte

1.2.1. Action publique en matière de handicap

Le handicap est un terme générique désignant les désavantages qu'entraînent sur le plan social une déficience ou des incapacités chez une personne. Selon la définition de l'Organisation mondiale de la santé, «*[l]e handicap n'est pas simplement un problème de santé. Il s'agit d'un phénomène complexe qui découle de l'interaction entre les caractéristiques corporelles d'une personne et les caractéristiques de la société où elle vit*»⁶. Avec une telle définition, le handicap n'est plus considéré comme un statut permanent. C'est pourquoi la dénomination *personne en situation de handicap* tend à supplanter celle de *personne handicapée*.

L'action publique en matière de handicap est appelée à lever les obstacles environnementaux et sociaux qui limitent l'existence des personnes en situation de handicap. Elle doit s'efforcer d'accroître

² QUE 506-A: Réponse du Conseil d'État à la question urgente écrite n° 506, 22 juin 2016.

³ Notamment les rapports P1874-A, P1874B et P1874-C, parus entre 2014 et 2015.

⁴ Le cadre légal attribue la prise en charge des mineurs en situation de handicap à un autre dispositif. À partir de l'âge AVS, les possibilités de prise en charge diffèrent également. Ces deux éléments expliquent la délimitation du public-cible de l'évaluation en fonction de son âge.

⁵ «*Le nombre de personnes souffrant d'un handicap psychique a plus que triplé ces vingt dernières années en Suisse et l'OCDE estime que les maladies psychiques sont désormais le principal défi que doivent relever les systèmes de sécurité sociale*» (Communiqué de presse du Département fédéral de l'intérieur, 18 mars 2010).

⁶ <http://www.who.int/topics/disabilities/fr/>

la «*pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres*»⁷. En ratifiant, en 2014, la Convention de l'ONU sur les droits des personnes handicapées (CDPH), la Suisse s'est engagée à adapter son droit de manière «*à garantir et à promouvoir le plein exercice de tous les droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales de toutes les personnes handicapées sans discrimination d'aucune sorte fondée sur le handicap*» (art. 4 CDPH). Elle doit notamment veiller à ce que «*les personnes handicapées aient la possibilité de choisir, sur la base de l'égalité avec les autres, leur lieu de résidence et où et avec qui elles vont vivre et qu'elles ne soient pas obligées de vivre dans un milieu de vie particulier*» (art. 19 CDPH).

1.2.2. Handicap, maladies psychiques et invalidité

La politique publique suisse distingue plusieurs types de handicap: mental, psychique, physique, sensoriel, polyhandicap⁸. Ces distinctions, communes dans les pays limitrophes, visent à construire administrativement des groupes cibles pour les politiques publiques (Chapireau, 2014). Ainsi, la distinction entre handicap mental et handicap psychique s'appuie sur le critère de la déficience intellectuelle (Grasset & al., 2008)⁹. Le handicap mental recouvre des limitations des possibilités d'adaptation à la vie sociale, liées à une déficience intellectuelle dès l'enfance (par exemple trisomie, troubles du spectre autistique ou syndrome de l'X fragile). Le handicap psychique correspond aux difficultés rencontrées dans la vie quotidienne par une personne souffrant d'une maladie mentale (qualifiée aussi de trouble psychique) grave, essentiellement la schizophrénie et les troubles apparentés.

Les maladies psychiques comptent parmi les maladies non transmissibles les plus répandues. Elles ont un effet limitatif au niveau de la perception et du comportement et peuvent avoir des conséquences graves pour l'individu en termes de qualité de vie et peuvent même amener jusqu'au suicide (Bürli & al., 2015). Elles ont également des coûts directs et indirects de l'ordre de 7.8 milliards F par an¹⁰ (Maerker & al., 2013). Selon les données de l'enquête suisse sur la santé de 2012, 5 % de la population se sent fortement perturbée par des problèmes psychiques (Storni & al., 2013).

Les maladies psychiques peuvent causer l'invalidité, lorsqu'elles sont détectées trop tard et qu'elles ne sont pas traitées de manière adéquate. En Suisse, l'accès des personnes se trouvant dans cette situation à des prestations d'aide non médicales est étroitement lié à la reconnaissance de leur invalidité (cf. 2.1.1). En 2015, à Genève, 6 902 adultes bénéficiaient de rentes d'invalidité en raison de troubles psychiques, soit la moitié des 13 524 rentiers¹¹ de cette assurance sociale dans le canton. Le nombre de personnes en situation de handicap psychique, mais non reconnues par l'assurance-invalidité n'est pas connu. Le public-cible de la présente évaluation englobe potentiellement toutes les personnes en situation de handicap psychique, invalides ou non, à partir du moment où elles éprouvent des difficultés à vivre de manière autonome.

En matière de logement, la prise en charge des personnes en situation de handicap psychique nécessite des interventions permettant à la majorité des individus concernés de conserver un logement indépendant et offrant à la minorité dont l'autonomie est plus réduite une gamme de modes d'hébergement répondant à leurs besoins en matière d'accompagnement dans la vie quotidienne.

⁷ Préambule de la Convention relative aux droits des personnes handicapées, Organisation des Nations Unies, 13 décembre 2006.

⁸ Par rapport à des personnes qui seraient en situation de handicap multiple (p.ex. mental et psychique), le polyhandicap se caractérise par une restriction extrême de l'autonomie et une déficience mentale profonde.

⁹ Cette distinction n'est pourtant plus retenue par l'OMS dans sa classification du handicap, car elle est discutée sur le plan scientifique: «*Les troubles psychiques durables s'accompagnent le plus souvent d'une détérioration des facultés intellectuelles et symétriquement (...) les déficiences intellectuelles importantes conduisent également souvent à des difficultés psychiques*» (Velche & Roussel, 2011: 24).

¹⁰ Le coût des principales maladies psychiques en Suisse est estimé à 7,8 milliards de francs par an. Il se compose pour 38 % des coûts de santé directs, pour 6 % des coûts directs à caractère non médical et pour 56 % des coûts indirects (imputables entre autres aux pertes de productivité ou à l'absentéisme) (Maerker & al., 2013).

¹¹ http://www.ge.ch/statistique/tel/domaines/13/13_02_3/T_13_02_3_2_08.xls.

«À la grande diversité des choix de vie des personnes et des situations de handicap psychique doit répondre une grande variété de solutions de logements adaptés ainsi que d'accompagnements sociaux et médico-sociaux (aides ménagères, services divers d'accompagnement à la vie sociale, services d'accompagnement médico-sociaux pour les personnes adultes handicapées, ...). Entre hospitalisation au long cours et logement ordinaire, existent également (...) des solutions intermédiaires permettant, selon les besoins de la personne, une vie plus sécurisée: appartement ou accueil familial thérapeutique, logements partagés, résidences accueils, foyer de vie, structures médicalisées.» (Ducoq & Thiron, 2013: 22-24)

La diversité d'offre en matière d'hébergement est reconnue à un niveau international comme bénéfique et indispensable pour répondre aux besoins des personnes atteintes dans leur santé psychique (Backer, Howard & al., 2007; Nelson, Sylvestre & al., 2007). La littérature scientifique reconnaît l'importance du logement pour la santé (Fuller-Thompson & al., 2000) et disposer d'un chez soi constitue un facteur d'inclusion sociale (Dorvil, 2009). Il convient toutefois de noter que le fait de proposer un logement n'est pas forcément suffisant pour permettre aux personnes en situation de handicap psychique de s'intégrer socialement et qu'un habitat inadapté peut aussi être source de souffrance et d'isolement, faute d'un accompagnement spécifique ou d'un environnement sécurisant (Ducoq & Thiron, 2013).

Durant leur parcours de vie, les personnes en situation de handicap psychique peuvent avoir besoin d'une prise en charge institutionnelle. Les dispositifs existants accueillent une partie de ces personnes, mais diverses études relèvent que celles qui souffrent de troubles psychiques sévères et présentent des problématiques associées (addictions, affections physiques, démêlés avec la justice) sont souvent exclues de ces prises en charge (Grasset & Therianos-Spagnoli, 2003; Priebe, Saidi & al., 2009). Cette population court alors d'importants risques de marginalisation sanitaire et sociale, d'autant plus que la réorientation des structures hospitalières vers les soins de crise tend à limiter la durée des séjours dans les hôpitaux psychiatriques¹² (Ferrari & al., 2015).

Les éléments présentés dans ce chapitre montrent la complexité de l'accompagnement et de l'hébergement de la part des personnes en situation de handicap psychique dont les troubles sont les plus sévères. Ces derniers peuvent en effet entraîner des conséquences variées auxquelles les dispositifs institutionnels classiques de la politique du handicap (en particulier les foyers) ne parviennent pas toujours à faire face. Pour tenir compte de ces éléments, la présente évaluation ne se limitera pas à l'accès des personnes en situation de handicap psychique à un domicile indépendant et à leur accueil dans les institutions spécialisées. Elle abordera également les autres solutions d'hébergement actuellement employées.

¹² Les personnes ne relevant plus des soins aigus ne sont pas toutes aptes à retourner à leur domicile, bien qu'elles ne justifient plus l'occupation d'un lit d'hospitalisation.

2. CADRE DE LA POLITIQUE PUBLIQUE

Ce chapitre présente une sélection des éléments légaux pertinents pour la problématique du logement des personnes en situation de handicap psychique. Il présente également une sélection d'acteurs en ne mentionnant que les prestations liées à ce public cible et à cette thématique.

2.1. Cadre fédéral

2.1.1. Bases légales fédérales

Définition

Dans la loi fédérale sur l'élimination des inégalités frappant les personnes handicapées (LHand), le handicap est défini comme suit: *«Est considérée comme personne handicapée au sens de la présente loi toute personne dont la déficience corporelle, mentale ou psychique présumée durable l'empêche d'accomplir les actes de la vie quotidienne, d'entretenir des contacts sociaux, de se mouvoir, de suivre une formation ou une formation continue ou d'exercer une activité professionnelle, ou la gêne dans l'accomplissement de ces activités»* (art. 2 al. 1 LHand).

La loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI) ne se réfère pas directement au terme de handicap. Elle utilise le concept d'invalidité tel qu'il est défini par l'art. 8 de la loi sur la partie générale des assurances (LPGA): *«Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée»*. Selon l'art. 7 LPGA, l'invalidité est reconnue en cas de réduction de la capacité de gain consécutive à une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique permanente ou de longue durée. Cette atteinte à la santé peut provenir *«d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident»* (art. 4 LAI). Cette façon de considérer le handicap est à la fois médicale et économique, mais ne tient pas compte de l'influence des facteurs environnementaux et sociaux, restreignant la participation de l'individu à la vie en société.

Égalité des personnes handicapées

La Constitution fédérale interdit toute discrimination des personnes *«du fait d'une déficience corporelle, mentale ou psychique»* (art 8 al. 2 Cst). Elle oblige le parlement à formuler des *«mesures en vue d'éliminer les inégalités qui frappent les personnes handicapées»* (art. 8 al. 4 Cst). La LHand répond à cette obligation. Elle permet aux personnes handicapées d'intenter des actions en justice afin de se défendre contre les discriminations qu'elles peuvent subir, en particulier dans les domaines suivants: constructions, accès aux services, formation et perfectionnement, transports publics. Les discriminations que cette loi permet de combattre sont essentiellement liées à des questions d'accessibilité pour les personnes en situation de handicap physique (DOK, 2009). L'évaluation de la LHand indique d'ailleurs que ce cadre légal n'a pas été en mesure de limiter la stigmatisation sociale, en particulier celle des personnes en situation de handicap psychique (Egger & al., 2015).

Logement

L'article 108 de la Constitution fédérale porte sur l'encouragement à la construction de logements et à l'accession à la propriété. Il prévoit que, dans ses efforts d'encouragement, la Confédération prenne *«notamment en considération les intérêts des familles et des personnes âgées, handicapées ou dans le besoin»* (art. 108 al. 4 Cst). La LHand ajoute qu'il existe une situation d'inégalité d'accès à un logement *«lorsque cet accès est impossible ou difficile aux personnes handicapées pour des raisons d'architecture»* (art. 2 al. 3 LHand). Toutefois, le fait d'être en situation de handicap ne constitue pas un critère pour la politique sociale du logement, qui cible ses bénéficiaires sur le seul critère économique.

Prestations financières

L'assurance-invalidité (AI) prévoit des rentes dont le montant varie selon le degré d'invalidité reconnue (du quart de rente pour un taux d'invalidité compris entre 40 et 49 % à la rente entière pour un taux d'invalidité compris entre 70 et 100 %). Les rentes ne sont accordées que si la capacité de gain ne peut être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation. Les bénéficiaires de mesures de réadaptation touchent des indemnités journalières.

Les bénéficiaires de l'assurance-invalidité dont les rentes et autres revenus ne couvrent pas les besoins vitaux ont droit à des prestations complémentaires (PC) versées par les cantons. La sous-section 6.4.4 analyse l'incidence des règles de remboursement des prestations complémentaires.

Répartition des tâches entre Confédération et cantons

Depuis l'entrée en vigueur de la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT) le 1^{er} janvier 2008, la répartition des compétences entre la Confédération et les cantons dans le domaine de l'intégration des personnes présentant un handicap est réglée par l'article 112b de la Constitution fédérale. La Confédération est responsable de l'octroi de prestations individuelles en espèces et en nature, notamment par le biais de l'assurance-invalidité, alors que les cantons sont chargés de verser des contributions destinées à la construction et à l'exploitation des homes, centres de jour et ateliers protégés. La répartition des compétences en matière d'aide et de soins à domicile aux personnes âgées et handicapées (art. 112c Cst) suit une logique similaire.

La loi fédérale sur les institutions destinées à promouvoir l'intégration des personnes invalides (LIPPI) du 6 octobre 2006 «*définit les principes et les critères selon lesquels l'intégration sociale des personnes invalides doit être encouragée dans les cantons*»¹³. Elle impose aux cantons de garantir que les bénéficiaires de l'assurance-invalidité habitant sur leur territoire bénéficient d'une offre institutionnelle répondant à leurs besoins (art. 2 LIPPI).

Cette offre s'articule en trois catégories: les ateliers qui emploient «*des personnes invalides ne pouvant exercer aucune activité lucrative dans des conditions ordinaires*»; «*les homes et les autres formes de logement collectif pour personnes invalides dotées d'un encadrement*»; «*les centres de jour dans lesquels les personnes invalides peuvent se rencontrer et participer à des programmes d'occupation ou de loisirs*» (art. 3 al. 1 LIPPI). Administrativement, ces prestations sont réparties en quatre catégories principales: «*home avec occupation*» (hébergement et activités de journée), «*home*» (hébergement sans activités de journée), «*atelier*» et «*centre de jour*»¹⁴. Les homes avec occupation (HO) sont destinés à des personnes moins autonomes que celles qui occupent les homes (H). Les centres de jour (CdJ) s'adressent aux personnes qui ne peuvent pas assumer une présence régulière et soutenue dans un atelier de production (A).

Seules peuvent offrir de telles prestations, les institutions reconnues par les cantons selon des critères définis à l'art. 5 de la LIPPI. Les cantons sont responsables de contrôler le respect de ces critères (art. 6). Les frais de séjour dans une institution doivent être couverts par les cantons de manière à ce «*qu'aucune personne invalide n'ait à faire appel à l'aide sociale en raison de ce séjour*» (art. 7 al.1). Si une offre correspondant aux besoins de la personne n'existe pas dans le canton, ce dernier doit financer le séjour de la personne dans une institution extracantonale reconnue (art. 7 al. 2). La convention intercantonale relative aux institutions sociales (CIIS) fixe les conditions de cette prise en charge.

¹³ Message du 7 septembre 2005 sur la législation d'exécution concernant la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (FF 2005 05.070).

¹⁴ Les cantons ont la possibilité de prévoir des catégories supplémentaires. C'est le cas de Genève qui propose des prestations d'«*accueil hôtelier avec encadrement*» (AHE) et d'«*accompagnement à domicile*» (Adom).

2.1.2. Acteurs principaux

Office fédéral des assurances sociales (OFAS)

Selon l'ordonnance sur l'organisation du Département fédéral de l'intérieur du 28 juin 2000, l'OFAS est l'autorité compétente en matière de sécurité sociale. Il est notamment en charge de l'assurance-invalidité. Dans ce cadre, l'OFAS a développé l'ensemble du système de prise en charge institutionnelle des personnes en situation de handicap (système de financement, catégories de prestations). Il a poursuivi cette tâche jusqu'à la réforme de 2008 (RPT) qui a transféré aux cantons la compétence en matière de subventions pour la construction et l'exploitation des institutions spécialisées. Les cantons ont repris le système développé par l'OFAS.

Bureau fédéral de l'égalité pour les personnes handicapées (BFEH)

Le BFEH a pour mission de favoriser l'égalité entre personnes handicapées et non handicapées et de s'engager en faveur d'une politique visant à éliminer les inégalités de droit ou de fait. Concrètement, il soutient chaque année des projets visant ces objectifs.

Associations faïtières

Il existe également, au niveau fédéral, un grand nombre d'associations faïtières proposant des prestations dans les cantons:

- INSOS Suisse représente les intérêts des institutions spécialisées.
- Les intérêts des personnes en situation de handicap sont défendus par des associations ciblées sur un type de handicap (surdité, paraplégie, traumatisme crânien, etc.).
- Pro Infirmis constitue à la fois un groupe de pression et un prestataire de services pour toutes les personnes en situation de handicap.
- La fondation Pro Mente Sana défend les droits et les intérêts des malades psychiques en Suisse. Elle est divisée en trois entités en fonction de la langue parl e.
- Vask Suisse est l'organisation fa ti re des proches des malades psychiques.

2.2. Cadre cantonal

2.2.1. Bases légales cantonales

La Constitution genevoise du 14 octobre 2012 donne aux personnes handicapées un droit fondamental à l'accès aux bâtiments et aux prestations publiques (art. 16 al. 1 Cst/GE), ainsi qu'à une communication avec l'état qui soit adaptée à leurs besoins et à leurs capacités (art. 16 al. 2). Elle garantit également à tous les citoyens l'accès aux soins et à l'assistance personnelle nécessitée par leur état de santé, leur âge ou une autre d fici nce (art. 39 al. 2). En outre, l'état a pour mission de favoriser l'intégration économique et sociale des personnes handicapées (art. 209 al. 1). Il doit également s'assurer de l'accessibilité et de l'adaptabilité aux besoins des personnes handicapées des logements et des places de travail (art. 209 al. 2).

La loi cantonale sur l'intégration des personnes handicapées (LIPH) vise à favoriser l'intégration sociale, scolaire, professionnelle et culturelle des personnes handicapées, ainsi qu'à prévenir leur exclusion et à assurer leur autonomie (art. 1 al. 3). Selon cette loi, «*on entend par personne handicapée toute personne dans l'incapacité d'assumer par elle-même tout ou partie des nécessités d'une vie individuelle ou sociale normale, du fait d'une d fici nce, congénitale ou non, de ses capacités physiques, mentales, psychiques ou sensorielles*» (art. 2 LIPH)¹⁵. Dans la ligne de la loi fédérale (LHand), la loi genevoise demande à l'état d'encourager et de soutenir «*des actions ayant*

¹⁵ Selon l'exposé des motifs de la LIPH, le «*terme "personne handicapée" définit un cercle plus large que les personnes invalides (...). Il vise les personnes confrontées à un handicap permanent ou définitif comme celles dont le handicap peut être momentané ou provisoire (par exemple, les personnes dépendantes de la drogue ou de l'alcool)*» (PL 8648 déposé le 12 novembre 2001 par le Conseil d'état, p. 29).

pour but de réduire, voire de supprimer les obstacles limitant l'intégration ou excluant les personnes handicapées» (art. 4).

Les autorités cantonales ont la charge de *«garantir à la personne handicapée une prise en charge de qualité, répondant au plus près de ses besoins, à des conditions financières supportables»* (art. 47 al. 1 LIPH). Elles sont responsables de *«la planification quantitative et qualitative des places offertes par les établissements»* (id.), de la pluralité de l'offre et de la complémentarité des établissements spécialisés (cf. ci-dessous) *«entre eux, ainsi qu'avec les autres modes de prise en charge ou d'accompagnement des personnes handicapées, qu'ils soient hospitaliers ou domiciliaires, publics ou privés»* (id.). Elles sont également responsables du subventionnement et du contrôle des prestations fournies par les établissements spécialisés.

La LIPH constitue la base légale pour les établissements pour personnes handicapées adultes (EPH) et plus spécifiquement pour les établissements publics pour l'intégration (EPI), ces derniers ayant un statut d'établissement public autonome. Les EPH doivent être au bénéfice d'une autorisation d'exploitation du département de l'emploi, de l'action sociale et de la santé. Concernant l'hébergement et l'accompagnement, ils sont tenus d'offrir *«des prestations hôtelières correspondant aux besoins des personnes accueillies»* (art. 13 al. 1 let. f), *«une surveillance, des soins et une aide aux actes de la vie quotidienne»* (art. 13 let. g) et d'*«offrir un accompagnement et [de] proposer des activités d'occupation, d'animation, de formation ou de production propres à répondre aux besoins sociaux, professionnels et culturels des personnes accueillies et à développer leur autonomie»* (art. 13 let. h). Pour bénéficier du subventionnement étatique, les titulaires d'une autorisation d'exploitation doivent notamment *«accueillir dans l'établissement, dans la mesure des places disponibles et en conformité avec les objectifs qui lui sont reconnus, toutes les personnes handicapées, domiciliées en principe dans le canton, dont ils sont aptes à s'occuper, sans distinction de sexe, d'âge, de nationalité ou de religion et dont l'admission a fait l'objet d'une décision de la commission d'indication [cf. ci-dessous], validée préalablement par le département»* (art. 21 let. c).

La LIPH prévoit une commission cantonale d'indication (CCI) dont le but est de *«garantir l'accès [des personnes concernées] à des prestations répondant adéquatement à leurs besoins»* (art. 48 al. 1). Elle centralise toutes les demandes de prestations couvertes par la LIPH et doit *«indiquer la solution de prise en charge la plus adaptée aux besoins de la personne handicapée, en favorisant la mesure d'encadrement propre à préserver ou à développer son autonomie»* (art. 48 al. 2). Elle a également pour mission de *«proposer au Conseil d'État des actions de prévention et toute mesure propre à favoriser l'intégration des personnes handicapées, l'amélioration des prestations offertes par les établissements, l'épanouissement des personnes qui y sont accueillies et la diffusion de l'information relative à la politique du handicap»* (art. 48 al. 3). La CCI est une commission de milice comprenant notamment des représentants des établissements pour personnes handicapées et des associations concernées (art. 48A).

2.2.2. Acteurs étatiques

La **direction générale de l'action sociale** (DGAS) constitue l'acteur administratif central de cette politique. La DGAS comprend un secteur handicap et assurances sociales qui est chargé de la planification, du financement et du contrôle des établissements et autres acteurs associatifs intervenant dans la mise en œuvre des interventions de politique publique et qui abrite le secrétariat de la commission cantonale d'indication. Parmi les organismes placés sous la responsabilité de ce secteur, trois acteurs jouent un rôle notable:

- l'office cantonal de l'assurance-invalidité (OAI) examine les demandes faites à l'assurance-invalidité (AI) conformément au cadre légal fédéral;
- le service des prestations complémentaires (SPC) décide et verse les prestations complémentaires AVS/AI. Il assure donc la prise en charge des frais d'hébergement et d'accompagnement/aide à domicile conformément aux normes fédérales et cantonales;

- le service de protection de l'adulte (SPAd) suit les personnes en situation de handicap faisant l'objet d'une curatelle et dont la situation financière ne permet pas le suivi par un curateur privé. Les intervenants en protection de l'adulte assurent la gestion administrative et financière pour ces personnes. Ils sont notamment chargés des démarches concernant le logement.

La **direction générale de la santé (DGS)** a notamment pour mission de coordonner les acteurs du domaine sanitaire et de veiller à la mise à disposition de soins de qualité. Elle est responsable de la planification sanitaire cantonale et de l'ensemble des prestations de la politique de la personne âgée (foyers de jour, immeubles avec encadrement, unités d'accueil temporaires et, depuis le 1^{er} janvier 2017, les établissements médico-sociaux). Le soutien aux proches aidants des personnes âgées ou handicapées est également de son ressort. La DGS est aussi responsable de la prévention des troubles psychiques dans le cadre du plan cantonal de promotion de la santé et de prévention.

Les prestations destinées aux mineurs en situation de handicap sont placées sous la responsabilité de l'**office médico-pédagogique (OMP)** du département de l'instruction publique et du sport. Trois des EPH accueillant des adultes disposent d'unités dédiées aux mineurs en situation de handicap mental (SGIPA et Ensemble) ou de polyhandicap (Clair Bois).

2.2.3. Établissements publics autonomes

Les **établissements publics pour l'intégration (EPI)** sont issus du regroupement en 2008 de diverses structures, dont les établissements publics socioéducatifs pour personnes handicapées mentales (EPSE) et la Fondation pour l'hébergement des personnes handicapées psychiques (FHP). Les EPI constituent l'EPH disposant de la plus grande capacité d'accueil résidentiel. Ils hébergent des personnes en situation de handicap mental et psychique dans des résidences collectives et des appartements indépendants avec accompagnement socioéducatif. Les EPI disposent également de deux équipes d'accompagnement à domicile.

Le **département de santé mentale et de psychiatrie (DSMP)** des hôpitaux universitaires de Genève (HUG) est organisé par public-cible. Les subdivisions disposant d'unités hospitalières sont le service de psychiatrie adulte, le service de psychiatrie gériatrique, le service d'addictologie et le service des spécialités psychiatriques (avec des unités spécialisées pour les personnes présentant une déficience mentale et pour les jeunes adultes). Le public-cible de la présente évaluation est le plus souvent pris en charge par le service de psychiatrie adulte. La psychiatrie adulte est organisée selon une logique de secteur. Elle comprend trois centres ambulatoires de psychiatrie et psychothérapie intégrées (CAPPI) et six unités hospitalières sur le site de Belle-Idée (trois unités d'admission et trois unités de moyen séjour). Un des centres de prise en charge ambulatoire abrite une équipe mobile trans-sectorielle qui propose un suivi intensif dans le milieu aux personnes présentant des troubles psychiques graves et difficiles à atteindre ou à maintenir dans un programme de traitement traditionnel. Depuis novembre 2016, le DSMP dispose de case managers de transition qui ont pour mission de favoriser le passage entre une prise en charge hospitalière et une prise en charge ambulatoire dans l'objectif de limiter les réadmissions.

L'**institution genevoise de maintien à domicile (IMAD)** assure des prestations de soins, telles que prévues à l'article 7 de l'ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS), des prestations d'ergothérapie, d'aide, d'alimentation, de sécurité à domicile, d'accompagnement social favorisant le maintien à domicile de la population, ainsi que des prestations de soutien et d'accompagnement aux proches aidants.

L'**Hospice général** n'a pas de mission particulière en matière de logement des personnes en situation de handicap psychique. Il est cependant confronté à ces problématiques à plusieurs titres. En tant que pourvoyeur de l'aide sociale, il compte parmi ses bénéficiaires des personnes en situation de handicap psychique qui soit n'ont pas fait de demande d'invalidité, soit ont une demande d'invalidité en cours d'examen, soit ont vu leur demande refusée. Lorsque la personne aidée n'a aucune autre possibilité de logement, l'Hospice général peut prendre en charge les frais d'hébergement dans des

hôtels avec lesquels il a passé des conventions. De plus, en tant que responsable de l'aide aux migrants, l'Hospice général est en charge de l'hébergement des requérants d'asile qui constituent une population particulièrement à risque sur le plan de la santé mentale.

2.2.4. Acteurs privés subventionnés

Le canton compte quinze établissements pour personnes handicapées (EPH) qui sont subventionnés par des contrats de prestations quadriennaux réglés par la loi sur les indemnités et aides financières (LIAF). Ces établissements, de taille variable, assurent une ou plusieurs des prestations suivantes:

- hébergement collectif avec encadrement socioéducatif dont l'intensité varie selon la catégorie administrative (HO, H)¹⁶;
- hébergement individuel comportant un encadrement socioéducatif dont l'intensité varie selon la catégorie administrative (HO, H; AHE);
- accompagnement socioéducatif à domicile (Adom);
- ateliers de production (A);
- centres de jour (CdJ).

Outre les EPI, qui sont une entreprise de droit public (cf. 2.2.3), les EPH actifs dans l'hébergement ou l'accompagnement à domicile des personnes en situation de handicap psychique sont des entreprises privées: la Fondation Trajets, le Centre Espoir de la Fondation Armée du Salut et la Maison des Champs de l'association Thaïs.

D'autres structures, proposant des prestations d'hébergement et de soutien psychosocial destinées à des personnes fragiles ou en détresse, accueillent des personnes en situation de handicap psychique, mais n'ont pas le statut d'EPH. C'est le cas des associations le Racard et la Carte Blanche, qui sont subventionnées par la ville de Genève.

Les établissements médico-sociaux¹⁷ (EMS) peuvent accueillir, sur dérogation, des personnes en situation de handicap dont l'âge est inférieur à l'âge AVS. Certains EMS, comme la Méridienne, sont spécialisés dans l'accueil de résidents présentant des troubles psychiques ou cognitifs. Les EMS sont admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins, ce qui permet notamment le remboursement des prestations de soins (psychiatriques ou somatiques).

Le DEAS finance également des acteurs associatifs organisant des activités de loisirs pour différents groupes de personnes en situation de handicap. Certaines de ces associations, comme Insieme pour le handicap mental et Cérébral pour les personnes vivant avec une infirmité motrice cérébrale (IMC), offrent également des prestations de conseil et de soutien aux personnes en situation de handicap et à leurs proches. D'autres organismes, subventionnés par ailleurs (Pro Infirmis, Pro Mente Sana) offrent des prestations de conseil et de soutien. En outre, certains acteurs, comme le Relais, association de soutien aux proches de personnes atteintes de troubles psychiques, ne reçoivent aucune subvention.

¹⁶ Cf. la fin du point 2.1.1 pour une présentation de ces catégories.

¹⁷ Les EMS sont des entreprises privées constituées sous diverses formes: associations, sociétés anonymes, fondations de droit privé ou de droit public, établissements de droit public, sociétés à responsabilité limitée.

3. QUESTIONS D'ÉVALUATION ET MÉTHODOLOGIE

Ce chapitre présente les questions d'évaluation qui fondent le présent rapport, les méthodes de collecte des données, ainsi que les principales limites de l'évaluation. Il se conclut par un aperçu de la structure du rapport visant à guider au mieux le lecteur.

3.1. Déroulement de l'évaluation

Les travaux d'évaluation ont débuté par une étude préliminaire, adoptée par la Cour le 13 janvier 2016, se sont poursuivis dans une étude de faisabilité, adoptée le 18 mars 2016. La mission a été ensuite officiellement ouverte entre le 24 mars et le 5 avril 2016 auprès des entités concernées (DEAS, Établissements publics pour l'intégration, Hôpitaux Universitaires Genevois, Hospice général, IMAD). Les travaux d'évaluation réalisés sont décrits au point 3.3. Le rapport a été délibéré le 2 février 2017.

Les travaux d'évaluation ont été suivis par un groupe d'accompagnement à caractère consultatif, composé de représentants des principaux acteurs du domaine. Ce groupe s'est réuni à trois reprises. Il a débattu du cadre de l'évaluation, de ses résultats, ainsi que des principaux constats et recommandations. La composition de ce groupe était la suivante:

Jean-Michel AUBRY	Directeur, département de santé mentale et psychiatrie, HUG
Didier DONZALLAZ	Adjoint de direction, secteur handicap, DGAS, DEAS
Julien DUBOUCHET	Secrétaire général, Pro Mente Sana Genève
Bérengère GAUTIER	Responsable du pôle insertion intégration, Hospice général
Alain KOLLY	Directeur général, EPI
Pascale LÉCUYER GAUTHIER	Directrice, SPAd
Florence MOINE	Directrice habitat et autonomie, IMAD
Véronique PETOUD	Cheffe du réseau de soins, DGS, DEAS
Michel PLUSS	Directeur général, Fondation Trajets

3.2. Questions d'évaluation

Les questions d'évaluation couvrent deux périmètres distincts mais complémentaires:

- La question d'évaluation portant sur la mise en œuvre concerne uniquement les prestations liées au logement destinées à des personnes en situation de handicap psychique et à leurs proches.
- La question d'évaluation portant sur le pilotage et le financement de la politique publique concerne tous les types de handicap, mais uniquement les prestations prévues par la loi cantonale sur l'intégration des personnes handicapées (LIPH) et parmi ces dernières principalement les prestations d'hébergement.

Dans ce cadre, la Cour a défini les questions d'évaluation suivantes:

Dans quelle mesure l'État répond-il aux besoins spécifiques des personnes en situation de handicap psychique en matière de logement et d'hébergement?

Sous-questions:

- Quelles sont les spécificités des besoins en matière de logement des personnes en situation de handicap psychique? (chapitre 4)
- Le passage par une commission d'experts permet-il d'accroître l'adéquation de la mesure proposée aux besoins de la personne? (point 5.1)

- La création d'un guichet unique permet-elle une utilisation plus rationnelle du dispositif? (5.1)
- La gamme de prestations résidentielles offertes par les EPH aux personnes en situation de handicap psychique couvre-t-elle les principaux besoins exprimés? (5.2)
- Les conditions d'entrée et de séjour dans les EPH sont-elles adaptées aux besoins de personnes en situation de handicap psychique? (5.2)
- Dans quelle mesure l'offre d'hébergements alternatifs aux EPH s'avère-t-elle complémentaire aux prestations des EPH pour répondre aux besoins des personnes en situation de handicap psychique? (5.3)
- L'offre de prestations à domicile couvre-t-elle les besoins des personnes en situation de handicap psychique occupant un logement indépendant? (5.4)
- Dans quelle mesure les transitions des patients les moins autonomes entre les lieux de vie et les lieux de soins sont-elles efficaces? (5.5)
- Quels sont les besoins spécifiques des proches¹⁸ des personnes en situation de handicap psychique et comment ces besoins sont-ils pris en compte? (5.6)

Dans quelle mesure le cadre organisationnel de la politique publique en matière de handicap facilite-t-il la mise en œuvre efficace de cette dernière?

Sous-questions:

- Les priorités cantonales en matière de handicap sont-elles cohérentes avec les objectifs prévus par la loi cantonale sur l'intégration des personnes handicapées? (6.1)
- Dans quelle mesure l'analyse des besoins des personnes en situation de handicap permet-elle de planifier des interventions adaptées à ces besoins? (6.2)
- Quels sont les facteurs qui limitent l'ouverture de places d'accueil correspondant à la planification? (6.2)
- Dans quelle mesure les instruments de suivi de la politique publique en matière de handicap fournissent-ils des informations permettant d'améliorer le dispositif? (6.3)
- Les prestations destinées aux personnes en situation de handicap sont-elles financées de manière équitable transparente? (6.4)

3.3. Modules méthodologiques

Afin de répondre à ces questions d'évaluation, quatre modules de collecte et d'analyse des données ont été réalisés. Ces modules sont présentés ci-dessous. Les techniques de récolte des données sont présentées succinctement pour chaque module. La liste des personnes interrogées figure au point 12.

3.3.1. Module 1: Enquête auprès des acteurs de la mise en œuvre

Présentation et objectifs

Ce module concerne les autorités administratives et les acteurs de mise en œuvre des interventions concernant le logement et l'hébergement des personnes en situation de handicap psychique, ainsi que les acteurs des services intervenant simultanément ou par défaut (service de protection de l'adulte, Hospice général, services de psychiatrie, hébergements collectifs non reconnus comme EPH).

¹⁸ Les proches constituent des acteurs de la prise en charge dans la mesure où ils hébergent des personnes en situation de handicap ou leur apportent une aide à domicile et les assistent dans le travail administratif lié aux demandes de logement et d'hébergement. Il est donc nécessaire d'examiner les conditions dans lesquelles ils apportent cette aide.

Methodologie

- Analyse documentaire
- Entretiens semi-directifs

3.3.2. Module 2: Analyse quantitative des demandes d'indication

Mandat confié à l'Institut de démographie et socioéconomie de l'Université de Genève.

Objectifs

Ce module examine l'impact des décisions de la commission d'indication: couverture des besoins et accès à une solution d'hébergement adaptée aux besoins. Il vise à évaluer les délais nécessaires pour l'obtention de prestations adaptées et la durabilité des solutions trouvées. Il vise également à déterminer quels sont les facteurs facilitateurs et quelles sont les caractéristiques les moins favorables pour l'entrée dans un établissement spécialisé.

Methodologie

- Analyse statistique de la base de données «handicap» recensant les demandes formulées auprès de la commission cantonale d'indication (CCI) et les mouvements (entrées et sorties) des bénéficiaires des établissements spécialisés

3.3.3. Module 3: Enquête qualitative auprès des usagers et des proches

Mandat confié au bureau d'études et de conseil Socialdesign.

Objectifs

Ce module vise à mieux connaître les besoins des personnes concernées et les détails de leur parcours que l'analyse quantitative ne permet pas de connaître. Ce module fournit des éléments de réponse qualitatifs aux questions d'évaluation concernant les besoins du public-cible.

Methodologie

- Entretiens téléphoniques avec 15 personnes ayant déposé une demande à la CCI entre décembre 2013 et avril 2016
- Entretiens collectifs (focus groupes) avec 12 proches de personnes en situation de handicap psychique ayant déposé une demande à la CCI entre décembre 2013 et avril 2016

3.3.4. Module 4: Analyse des coûts

Objectifs

Ce module vise à comparer les coûts des différents modes de prise en charge des personnes en situation de handicap psychique.

Methodologie

- Analyse documentaire
- Analyse financière
- Entretiens semi-directifs

3.4. Limites de l'évaluation

La méthodologie employée dans ce rapport présente quelques limites qu'il n'est pas possible de dépasser entièrement. Tout d'abord, les personnes en situation de handicap psychique ayant besoin d'un accompagnement en matière de logement constituent un public-cible difficile à définir. D'une part, la variété des troubles psychiques limite les possibilités de généraliser. D'autre part, le caractère

intangibles des troubles psychiques ne permet pas d'identifier avec précision le nombre de personnes concernées d'autant plus que les notions de handicap et d'invalidité ne se recoupent pas entièrement. Cette limite est d'ailleurs présente dans la mise en œuvre de la politique publique en matière de handicap qui ne peut se baser sur une définition univoque de son public-cible, ce qui pose des problèmes d'accès aux prestations. Pour tenir compte de cette limite, la Cour a délimité précisément le public-cible considéré par la présente évaluation au point 4.1.

Une autre limite est liée aux caractéristiques du public-cible. Il n'a ainsi pas été possible, dans le cadre du module 3, d'interroger directement les personnes dont les troubles psychiques sont les plus sévères. Dans certains cas, la présence d'un tiers a été nécessaire durant les entretiens. Dans d'autres cas, l'entretien prévu n'a pu avoir lieu. Les entretiens avec les proches et les associations qui les représentent ont permis d'obtenir une partie des éléments relatifs aux besoins de ces personnes.

Comme il n'existe pas de politique publique spécifique au logement des personnes en situation de handicap psychique, il a fallu, pour répondre à la deuxième question d'évaluation, se référer au dispositif existant, à savoir la politique publique E «Handicap» et plus particulièrement le programme E01 «Mise en œuvre et conduite des actions en faveur des personnes handicapées» qui concerne principalement les institutions spécialisées. Ce périmètre est différent de celui de la première question d'évaluation, ce qui peut poser question. Il n'est cependant pas possible de procéder différemment tant qu'il n'existe pas de cadre organisationnel distinct pour le handicap psychique. Une démarche englobant l'analyse de toutes les prestations du programme E01 aurait demandé des ressources démesurées en regard des moyens dont dispose la Cour. La structuration du rapport permet de bien séparer les deux périmètres. Les chapitres 4 et 5 répondent à la première question d'évaluation et concernent le logement et l'hébergement des personnes en situation de handicap psychique. Le chapitre 6 répond à la deuxième question d'évaluation et concerne le cadre dans lequel les interventions analysées dans le chapitre 5 prennent place, à savoir la politique publique E.

Finalement, la base de données «handicap» utilisée pour les analyses quantitatives du module 2 présente des problèmes de fiabilité, en raison d'un nombre considérable de données manquantes, erronées ou périmées (pas d'annonce systématique des personnes qui ne recherchent plus de places en institution ni de celles qui s'inscrivent en liste d'attente). Lorsque ces problèmes étaient présents, l'interprétation des données a été réalisée avec prudence (cf. 6.3.4). La Cour appelle le DEAS à revoir l'utilisation de cette base de données afin de disposer d'éléments permettant de suivre les démarches des personnes ayant reçu une indication pour les prestations des EPH tout en améliorant la fiabilité de cet instrument.

3.5. Structure du rapport

Les chapitres 4 à 6 contiennent les analyses réalisées pour répondre aux questions d'évaluation. Ils sont structurés en fonction des questions d'évaluation et du périmètre traité.

- Le chapitre 4 vise à spécifier les besoins de logement et d'hébergement des personnes en situation de handicap psychique.
- Le chapitre 5 évalue, par rapport à ces besoins, l'adéquation des réponses apportées par les différents acteurs de la politique publique.
- Le chapitre 6 contient l'ensemble des analyses concernant le financement et la gouvernance de la politique publique en matière de handicap, tous types de handicap confondus.

La conclusion met en perspective les résultats et les constats de l'évaluation. Elle explicite également les liens entre ces éléments et les recommandations qui sont regroupées dans le chapitre 8.

4. BESOINS EN MATIÈRE DE LOGEMENT DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP PSYCHIQUE

Ce chapitre présente les caractéristiques de ce public-cible et la variété des besoins des personnes concernées en matière de logement. Il vise à répondre à la question suivante:

Quelles sont les spécificités des besoins en matière de logement des personnes en situation de handicap psychique?

Pour répondre à cette question, il est nécessaire de définir les principales manières d'aborder le handicap psychique (4.1), puis de résumer les besoins généraux en matière de logement de ce public (4.2). Trois populations spécifiques sont ensuite distinguées: les bénéficiaires de l'aide sociale, les requérants d'asile et les personnes bénéficiant de mesures de protection de l'adulte. La synthèse de ces besoins, présentée au point 4.4, servira de référentiel pour évaluer, dans le chapitre suivant, l'adéquation du dispositif évalué aux besoins relevés.

4.1. Délimitation du public-cible

Sont considérées en situation de handicap psychique les personnes qui, en raison de troubles psychiques, ne peuvent pas mener une vie similaire à celle des autres citoyens. Le handicap psychique «englobe la vulnérabilité qui altère le fonctionnement psychoaffectif, perturbe les fonctions cognitives, diminue les aptitudes relationnelles ou pragmatiques, réduit les capacités d'adaptation et restreint l'autonomie» (Grasset & al., 2008: 1976). Le public-cible de la présente évaluation englobe potentiellement toutes les personnes en situation de handicap psychique à partir du moment où elles éprouvent des difficultés à vivre de manière autonome.

En matière de handicap, les frontières ne sont pas clairement définissables, ce qui complique la définition d'un public cible. Les trois points suivants illustrent cette difficulté.

Premièrement, il n'existe pas de référentiel partagé par tous les acteurs pour définir un seuil à partir duquel une personne peut être considérée comme étant en situation de handicap psychique. Il s'agit en effet d'un concept recouvrant l'interaction entre une problématique de santé mentale et un contexte social particulier. De ce fait des indicateurs tels que le recours aux soins psychiatriques ou la reconnaissance par l'assurance-invalidité ne se superposent pas entièrement à la catégorie des personnes en situation de handicap psychique.

- Le fait de recevoir des soins psychiatriques ne constitue pas un indicateur valide, étant donné que la majorité des personnes soignées parviennent à vivre de manière indépendante et que certaines personnes n'accèdent pas à des soins alors qu'elles peuvent être considérées par ailleurs comme étant en situation de handicap psychique. Ainsi, près de 4 000 hospitalisations en psychiatrie sont réalisées chaque année à Genève¹⁹. Ce nombre est nettement supérieur au public-cible des établissements spécialisés dans la prise en charge du handicap psychique: 350 places d'hébergement auxquelles s'ajoutent un maximum de 185 personnes en situation de handicap psychique ayant effectué une demande d'hébergement dans un de ces établissements, mais n'y étant pas entrées pour diverses raisons²⁰.
- Le fait d'être reconnu par l'assurance-invalidité n'est pas non plus décisif, étant donné que la majorité des personnes reconnues invalides en raison de maladies psychiques ne nécessitent pas d'aide particulière en matière d'hébergement ou d'interventions à domicile. Il y avait ainsi à Genève plus de 6 900 rentiers AI pour raisons psychiques à la fin de l'année 2015²¹, chiffre

¹⁹ DEAS/DGS (2015). *Rapport de planification sanitaire du canton de Genève (2016-2019)*.

²⁰ Nombre de personnes n'étant pas entrées en EPH après avoir reçu une demande d'indication pour des prestations liées au logement, état au 6 mai 2016. Pour davantage de précisions, voir le point 6.3.4.

²¹ http://www.ge.ch/statistique/tel/domaines/13/13_02_3/T_13_02_3_2_08.xls

à mettre lui aussi en rapport avec les deux chiffres ci-dessus concernant les établissements spécialisés.

Deuxièmement, il existe un nombre important d'individus qui relèvent de plusieurs catégories de handicap (mental, psychique, physique, polyhandicap). À titre d'exemple, 17 % des 677 demandes reçues par la commission cantonale d'indication entre décembre 2013 et mai 2016 étaient classés dans au moins deux catégories. En outre, les personnes en situation de handicap psychique peuvent rencontrer d'autres problèmes notamment de dépendances (cf.5.1.5) ou d'insertion sociale.

Troisièmement, la variété des troubles psychiques implique une grande dispersion des besoins au sein des personnes en situation de handicap psychique. Les troubles du comportement qui sont souvent relevés comme un frein à l'intégration de ces personnes n'ont pas le même impact selon qu'il s'agisse de comportements potentiellement violents ou de repli et d'isolement. Certains troubles psychiques sont handicapants sans pour autant entraîner de crises aiguës. Finalement, des troubles du comportement sont relevés dans d'autres catégories de la population (autres handicaps, notamment mental), pour d'autres problèmes sociaux (dépendances) et dans d'autres catégories de bénéficiaires (démences séniles par exemple).

Ces difficultés à définir clairement les contours de la population cible ont amené la Cour à centrer son analyse sur les personnes ayant déposé une demande auprès de la CCI pour des prestations en lien avec le logement (résidence, appartement protégé, accompagnement à domicile) durant les trois dernières années. Cette définition présente l'avantage de prendre en compte des personnes qui ne bénéficient pas ou pas encore de l'AI, critère d'accès aux établissements spécialisés (plus de 400 demandes de non-rentiers AI depuis la création de la CCI en 2008) et de concerner uniquement des personnes majeures (ou proches de la majorité) n'ayant pas atteint l'âge AVS (qui donne accès aux EMS et immeubles à encadrement pour personnes âgées). De surcroît, la CCI constituant un guichet unique, elle réunit toutes les demandes liées au logement de personnes considérées comme handicapées.

Depuis la création de la CCI, plus de la moitié des demandes (1 283 sur 2 444) concernent des personnes en situation de handicap psychique. Suivant les années, le nombre de ces demandes varie entre 130 et 180. Entre le 2 décembre 2013 et le 6 mai 2016, période couverte par la base de données «handicap», 677 demandes ont été comptabilisées, dont 313 concernant des personnes en situation de handicap psychique. Le profil de ces 313 personnes se distingue des autres sur les points suivants (Studer & Orsholits, 2016):

- Les demandeurs en situation de handicap psychique sont âgés principalement entre 25 et 55 ans, alors que les demandeurs en situation de handicap mental ou de polyhandicap sont proportionnellement plus jeunes.
- Ces individus proviennent en large partie des hôpitaux (97 cas, soit 31 %) ou d'institutions spécialisées (72 cas, 23 %). Une part supérieure à celle enregistrée pour les autres types de handicap occupait des logements précaires (hôtels ou SDF, 24 cas, 7 %²²). Les autres vivaient en famille (45 cas, 14 %) ou à leur propre domicile (50 cas, 16 %). La différence est à nouveau importante avec les demandeurs en situation de handicap mental et de polyhandicap qui sont beaucoup plus souvent hébergés dans leur famille.
- Un peu plus de la moitié des demandeurs en situation de handicap psychique est également sous curatelle. Cette proportion est similaire à celles des demandeurs en situation de handicap mental, mais nettement supérieure à celle des demandeurs en situation de handicap physique.
- Une très grande proportion des individus reçoit des rentes AI (près de 85 %) avec une plus faible proportion d'individus pour lesquels la demande était en cours au moment du dépôt de la demande. Ils sont également nombreux (plus de 70 %) à bénéficier de prestations complémentaires. Ces proportions élevées indiquent que les demandeurs en situation de

²² Ces 24 cas représentent 70 % des demandeurs hébergés dans des hôtels ou sans domicile fixe.

handicap psychique sont plus souvent déjà connus du réseau de prise en charge. En effet, l'obtention de ces prestations implique fréquemment des délais de plusieurs années.

- Il convient aussi de remarquer que les demandeurs en situation de handicap psychique font nettement plus souvent l'objet d'un signalement d'addiction que les autres demandeurs (75 % des cas signalés sur les formulaires de demande concernent des personnes en situation de handicap psychique).

Cette définition présente toutefois l'inconvénient de ne pas prendre en compte les personnes qui ne s'adressent pas à la CCI parce qu'elles ne se reconnaissent pas comme handicapées ou qu'elles n'ont pas bénéficié d'une aide suffisante pour formuler cette demande. Sur mandat du Conseil d'État, la commission cantonale d'indication a publié en 2010 un rapport consacré aux personnes en situation de handicap psychique marginalisées (Trieu, 2010). Il s'est avéré que seules 20 % de ces situations étaient connues de la CCI. Environ la moitié des 208 personnes recensées dans ce rapport comme étant à la fois atteintes de troubles psychiques et dans une importante précarité résidentielle²³ étaient au bénéfice d'une rente AI. En outre, les deux tiers de ces 208 personnes avaient connu un ou plusieurs épisodes d'hospitalisation. Au moment de l'enquête, 62 de ces personnes étaient hospitalisées et recherchaient une place d'hébergement (Trieu, 2010).

4.2. Besoins généraux

Cette section approche les besoins du public-cible en abordant les liens entre les troubles psychiques, et les conditions de logement, puis en montrant que ce public connaît souvent des parcours résidentiels discontinus, avant de synthétiser les défis que représente l'accès à un logement indépendant pour ces personnes.

4.2.1. Aspects médicaux

Compte tenu de la variété des atteintes à la santé psychique, il n'est pas possible de dresser un tableau complet des différents besoins du public-cible. À titre d'exemple, la liste ci-dessous présente deux des catégories de troubles psychiques dont les conséquences sont les plus sévères sur la capacité d'habiter son propre logement de manière autonome et durable: les troubles psychotiques et les troubles de la personnalité.

- Les personnes souffrant de troubles psychotiques (notamment de schizophrénie) ont des difficultés dans leur relation avec la réalité externe (sensation d'être menacé, persécuté, relations sociales ténues, isolement, etc.). Elles auront donc tendance à éviter les relations avec l'extérieur qui constituent le fondement de l'intégration sociale et de la vie autonome (faire ses courses, rencontrer un assistant social, accomplir des démarches de tout ordre). En outre, certaines d'entre elles sont dans le déni de leurs propres difficultés. C'est pourquoi elles ne font pas souvent les démarches de recherche d'une aide thérapeutique. Lorsque la psychose est modulée par des prises itératives de toxiques (cannabis, alcool, cocaïne), ses conséquences sont majorées, accentuant le handicap de cette population.

Pour faire face à ces difficultés, ces personnes ont besoin d'une aide au logement, mais aussi de tiers médiateurs, c'est-à-dire des personnes qui les soutiennent et qui vont faire les liens entre eux et le monde extérieur (éducateurs, assistants sociaux, médecins, infirmiers, etc.), car toute forme d'intervention extérieure représente pour eux une menace. Elles ont également souvent besoin d'un encadrement pour l'entretien du ménage, pour s'alimenter régulièrement et pour leur propre hygiène.

- Les troubles de la personnalité recouvrent un large ensemble de schémas de vie et de comportement persistants caractérisés par l'absence de flexibilité et une impulsivité majeure

²³ Personnes à l'hôtel (113) ou dans un appartement sans accompagnement à domicile (35), sans-domicile fixe (35) ou vivant dans leur famille dans des conditions ne répondant pas à leurs besoins (25) (Trieu, 2010).

(par exemple le trouble de personnalité borderline). Ces troubles entraînent une forte instabilité dans les relations avec les autres qui sont le plus souvent conflictuelles. Cette instabilité se répercute sur les conditions de logement (conflits avec les voisins entraînant de fréquents déménagements, même pour les personnes hébergées dans des hôtels).

L'accompagnement par un tiers médiateur des personnes souffrant de troubles de la personnalité vise à leur permettre de mieux maîtriser leur impulsivité. Les traitements, notamment psychothérapeutiques doivent permettre au patient de se protéger contre de nouvelles crises ou de mieux contrôler les symptômes de ces dernières.

En outre, une caractéristique majeure des troubles psychiques est que les besoins des personnes concernées sont évolutifs, fluctuants et imprévisibles. Cette variabilité implique souvent l'impossibilité d'une prise en charge identique durant toute l'existence de la personne. Elle implique également des possibilités de stabilisation, souvent avec l'appui d'une médication importante.

D'un point de vue médical, l'instabilité résidentielle constitue un facteur d'intensification des troubles psychiques, car l'absence d'un logement stable suscite des interruptions de traitement plus fréquentes, ainsi qu'une intensification des comportements dérangeants, ce qui aggrave l'exclusion sociale des personnes concernées. À l'inverse, le fait de disposer d'un logement «*constitue une phase très importante dans le processus de rétablissement des personnes souffrant de troubles mentaux*» (Garcia-Gonzalez de Ara & Bonsack, 2015). Le logement facilite l'intégration sociale, réduit la marginalisation et favorise le processus d'adhésion aux soins. Il est, en outre, essentiel à la contenance psychique des personnes (capacité à contenir les troubles psychiques).

4.2.2. Parcours des personnes en situation de handicap psychique

L'apport d'une aide efficace aux personnes en situation de handicap psychique est rendu difficile par le fait qu'une partie des personnes touchées ne s'identifie pas (déli de la maladie) ou n'est pas identifiée comme souffrant de troubles psychiques. Ces personnes peuvent d'abord rencontrer des difficultés scolaires et des problèmes d'addictions. Le trouble psychique n'est souvent identifié qu'après plusieurs années. Il l'est notamment à la suite d'épisodes de crise (décompensation) ayant entraîné une hospitalisation parfois contrainte (cf. 5.5). À la suite de cette hospitalisation s'enclenche, pour les cas les plus sévères, une démarche de demande auprès de l'assurance-invalidité. Ce processus est souvent long (plusieurs années lorsque les dossiers sont complexes ou insuffisamment étayés). Durant le processus de demande, les personnes ne disposant pas d'autres ressources sont prises en charge par l'Hospice général (cf. 4.3.1).

Lorsque les personnes ne disposent plus de logement ou qu'elles ne peuvent plus vivre dans leur ancien logement sans aide extérieure, les intervenants sociaux (SPAd, Hospice général, service social des HUG, etc.) suggèrent souvent la recherche d'un hébergement thérapeutique, notamment en passant par la commission cantonale d'indication. L'intégration de ces personnes dans les institutions spécialisées constitue rarement une fin en soi. Elle est souvent temporaire, soit que le cadre ne convienne pas à la personne et renforce les symptômes de ses troubles psychiques (violence, hospitalisation, renvoi pour non-respect des règles), soit que l'autonomie de cette dernière se soit accrue (recherche d'un logement indépendant). En 2010, un rapport de la CCI, rédigé à la demande du Conseil d'État, notait que «*les personnes qui refusent de vivre en communauté [sont nombreuses], ne pouvant pas se plier aux règles et attentes des résidences. La confrontation aux autres est source de conflits et de violences tant verbales que physiques*» (Trieu, 2010).

Le passage par un EPH peut ainsi faire partie d'un circuit discontinu incluant l'hôpital, les institutions spécialisées dans le traitement des dépendances, des hébergements d'urgence (par exemple l'accueil de nuit de l'Armée du Salut), des logements privés plus ou moins précaires (hébergement par des proches ou des connaissances, sous-locations) et le placement dans des hôtels lorsqu'aucune autre solution ne peut être trouvée. Les différentes étapes de ces parcours sont présentées aux points 5.1 à 5.5 avec l'objectif d'évaluer dans quelle mesure elles permettent de répondre aux besoins en matière de logement des personnes en situation de handicap psychique.

4.2.3. Occupation d'un logement indépendant

Questionnées sur leurs besoins, les personnes en situation de handicap psychique résidant dans le canton souhaitent dans leur grande majorité disposer d'un appartement indépendant (Riesen, 1997; Trieu, 2010; Socialdesign, 2016). Les nuances entre les réponses résident dans la dose de soutien dont ces personnes souhaitent disposer. Une partie d'entre elles reconnaît ses difficultés et admet la nécessité d'un certain accompagnement, en particulier la présence d'un service de veille, une aide au ménage, des soins spécifiques, ainsi que des activités pour rompre l'isolement. Ces attentes sont similaires à celles observées dans d'autres contextes (Ferrari & al., 2015; Browne & Courtney, 2005; Keck, 1990; Srebrik, & al., 1995). Il existe cependant, un décalage important entre ces préférences et celles des familles et des professionnels qui souhaitent plus souvent que les usagers vivent dans des environnements encadrés par des professionnels (Piat & al., 2008).

Le logement des personnes en situation de handicap psychique dans des appartements privés peut représenter un défi important pour plusieurs raisons:

- Les fluctuations de la motivation des personnes rendent plus difficile la recherche d'un logement indépendant, alors que la recherche d'appartement constitue un processus souvent long et nécessitant une implication importante.
- L'obtention d'un bail dépend également de l'accord du bailleur qui peut souhaiter ne pas louer son bien à une personne en situation de handicap psychique pouvant créer des conflits de voisinage et entraîner des risques accrus pour la sécurité des lieux et des personnes. Le handicap psychique ne bénéficie pas du même niveau de compréhension que les affections congénitales ou les handicaps moteurs. Il apparaît plus souvent comme une défaillance personnelle qui pourrait être surmontée avec un peu de bonne volonté²⁴. En outre, les préjugés concernant la dangerosité et l'imprévisibilité de ces personnes sont importants.
- Le maintien dans son logement dépend aussi du seuil de tolérance des voisins pour les comportements liés aux symptômes des maladies psychiques.
- Les loyers proposés par les régies privées sont souvent supérieurs au montant maximum remboursé par les prestations complémentaires à l'AI (1 100 F par mois).
- Les personnes en situation de handicap psychique sont parfois endettées et figurent dans les registres de l'office des poursuites, ce qui rend impossible toute location d'appartement à leur propre nom et favorise les sous-locations non annoncées.
- Les bailleurs disposent de possibilités accrues de choisir leurs locataires lorsque le marché immobilier est tendu.
- L'accès aux logements sociaux, par exemple auprès du secrétariat des fondations immobilières de droit public, de l'office cantonal du logement et de la planification foncière ou encore de la gérance immobilière municipale de la ville de Genève, dépend uniquement de la situation financière des ménages. Il n'existe pas de priorité particulière pour les personnes en situation de handicap. Les personnes vivant une très grande précarité au niveau du logement peuvent être traitées de manière prioritaire par les fondations immobilières de droit public ou les communes disposant de logements de type HBM (Riondel, 2015). Les personnes hébergées dans un EPH ne correspondent pas à ce cas de figure, ce qui limite fortement les possibilités de sortie et d'autonomisation.

4.3. Analyse de trois populations spécifiques

Cette section est consacrée à l'étude des réponses apportées aux besoins en matière de logement de trois types de bénéficiaires particulièrement concernés par le handicap psychique: les bénéficiaires de l'aide sociale, les requérants d'asile et les bénéficiaires de mesures de protection de l'adulte. L'analyse de la prise en charge de ces trois populations illustre le caractère multidimensionnel des

²⁴ Voir notamment Lauber & al., 2005 et Nordt & al., 2006

difficultés rencontrées par les personnes en situation de handicap psychique et des défis que représente leur prise en charge.

4.3.1. Bénéficiaires de l'aide sociale

Le service «études et statistiques» de l'Hospice général dispose de données permettant d'objectiver la situation des personnes rencontrant des problèmes de santé psychique et recevant des prestations d'aide sociale. Ces données concernent uniquement les titulaires de dossiers²⁵. Une analyse des 15 653 dossiers d'aide sociale ayant reçu au moins une prestation financière durant l'année 2015²⁶ apporte les éléments suivants:

- Un quart des titulaires de dossiers (3 874 personnes) rencontre des problèmes psychiques.
- Il s'agit majoritairement (58 %) de personnes vivant seules
- Il s'agit pour une petite part (209 personnes, soit 5 %) de rentiers AI, dont le niveau de la rente est inférieur aux barèmes de l'aide sociale et de personnes dont la demande de rente AI est en cours (583 personnes, soit 15 %). En résumé, 80 % des titulaires de dossiers rencontrant des problèmes psychiques n'ont pas de lien avec l'assurance-invalidité.
- 159 de ces personnes sont suivies par le SPAd (curatelles). Ces 159 personnes représentent 62 % des 255 titulaires de dossiers de l'Hospice général suivis par ce service.
- En matière d'hébergement, les personnes psychiquement atteintes représentent un tiers des titulaires de dossier hébergés en hôtel (240/693), et un tiers de ceux hébergés dans une institution résidentielle (64/189).

Ces données montrent qu'il existe des associations importantes entre précarité financière, santé mentale et mesures de protection de l'adulte et que l'Hospice général constitue une des sources de financement des interventions concernant le logement et l'hébergement des personnes en situation de handicap psychique, en particulier lorsqu'elles n'ont pas accès à l'assurance-invalidité.

Sur un plan pratique, les assistants sociaux de l'aide sociale interviennent en faveur des bénéficiaires qui ne disposent plus de logement, sont inscrits dans les régies sociales²⁷ et n'ont pas réussi à trouver un hébergement provisoire chez des proches ou une sous-location. Ils peuvent les orienter vers différents types d'hébergement exploités par des tiers. Ces logements, dont font partie les hôtels, sont traités au point 0. Ils ne sont pas spécifiquement destinés aux personnes atteintes dans leur santé psychique. Il convient de noter que le parc immobilier de l'Hospice général n'est pas utilisé pour mettre à disposition des logements d'urgence. Par ailleurs, l'Hospice a établi des conventions avec certains EPH et certains foyers thérapeutiques dans le domaine des addictions permettant l'accueil de ses bénéficiaires en échange d'une prise en charge du prix de pension par l'Hospice.

4.3.2. Requérants d'asile

Dans le cadre de sa mission d'aide aux migrants (AMIG), l'Hospice général exploite des hébergements collectifs et individuels pour loger les personnes relevant de l'asile. La détection des troubles psychiques des bénéficiaires de l'AMIG peut passer par plusieurs sources. Les requérants ont des entretiens avec un assistant, dont le rythme varie entre une fois par mois et une fois tous les trois mois, selon leurs besoins (sans compter l'accès sans rendez-vous à des permanences sociales).

²⁵ Un dossier peut concerner plusieurs personnes, le titulaire est le responsable de l'unité d'assistance. Lorsque la demande d'aide provient d'un couple, le titulaire est presque toujours l'homme. La variable «*problème de santé psychique*» est définie comme suit: «*le titulaire présente une atteinte à la santé psychique, qui constitue un handicap momentané ou permanent*». L'appréciation est celle des assistants sociaux. Elle peut donc comporter une part de subjectivité.

²⁶ En prenant uniquement comme base les dossiers d'aide sociale ayant reçu une prestation financière en décembre 2015, les chiffres sont modifiés comme suit: la proportion des titulaires passe à 26 % (3206 personnes), il y a 78 rentiers AI et 524 demandes en cours, 116 personnes suivies par le SPAd, 206 personnes à l'hôtel et 52 en institution.

²⁷ Gérance immobilière municipale (GIM) de la ville de Genève et office cantonal du logement et de la planification foncière (OCLPF) ou secrétariat des fondations immobilières de droit public (SFIDP).

Il y a des interventions infirmières régulières dans les foyers et les infirmières en santé générale du programme santé-migrants qui sont présentes dans les foyers peuvent alerter leurs collègues spécialisés en santé mentale. Finalement, tous les bénéficiaires de l'AMIG ont accès au programme santé-migrants des HUG ou à un médecin de premier recours.

Les problématiques de troubles du comportement mettent à mal le système de prise en charge des requérants d'asile, surtout si les personnes concernées se retrouvent dans des abris souterrains de protection civile dans lesquels les crises de décompensation sont plus fréquentes. En cas de trouble psychique détecté, le centre ambulatoire de psychiatrie et psychothérapie intégrées (CAPPI, HUG) de la Servette collabore étroitement avec l'Hospice général afin de prendre en charge rapidement ces patients dès les premiers signes avant-coureurs de décompensation.

Les patients volontaires peuvent se rendre au CAPPI de la Servette. En cas de refus, un infirmier psychiatrique peut se déplacer pour venir évaluer sur place l'état de santé du patient. Si l'état de santé de ce dernier est jugé trop grave (mise en danger du patient ou d'autrui), il sera hospitalisé. Lorsque la situation est jugée moins grave, mais que le patient refuse toujours de se déplacer, des soignants peuvent se rendre à domicile plusieurs fois par semaine pour convaincre, peu à peu, le patient de se rendre au CAPPI. Ces interventions concernent une vingtaine de patients par année.

Les requérants d'asile (permis N) n'ont toutefois pas accès aux prestations des établissements pour personnes handicapées étant donné qu'il est nécessaire d'être rentier AI pour y accéder (cf. 5.1.1). L'accès de cette population à l'AI est assez peu fréquent, car le droit aux prestations de l'AI n'existe en principe que si le dommage est survenu après l'arrivée en Suisse. En outre, ils n'ont souvent pas de famille en Suisse pour leur apporter une aide directe. Du fait de ces deux limitations (pas de famille et pas d'accès aux foyers), il y a une plus grande proportion d'hospitalisations chez les patients psychotiques requérants d'asile que chez les patients psychotiques résidents.

4.3.3. Bénéficiaires de mesures de protection de l'adulte

Le service de protection de l'adulte (SPAd) suit les personnes faisant l'objet de mesures de curatelle et ne disposant pas de ressources financières suffisantes pour assumer les frais liés à un curateur privé. Il existe quatre formes de curatelles, qui peuvent être combinées entre elles (curatelles d'accompagnement, de représentation, de gestion du patrimoine et de coopération). Une curatelle de portée générale est instituée pour les personnes dont le besoin d'aide est très important, par exemple en raison d'une perte durable de la capacité de discernement.

Les intervenants en protection de l'adulte (IPA) du SPAd sont responsables de trouver un hébergement à toutes les personnes faisant l'objet d'une curatelle de portée générale²⁸ et sont à l'origine d'une partie des placements en hôtel. Ils versent en outre à leurs protégés leurs indemnités (aide sociale, assurance-invalidité, prestations complémentaires, etc.). Il leur appartient également d'enclencher le processus de demande auprès de l'assurance-invalidité. Cette démarche nécessite cependant l'accord de la personne, qui n'est pas garanti lorsque la personne est dans le déni de sa maladie. En cas de curatelle de portée générale, les IPA peuvent signer des documents à la place de la personne, mais une absence de collaboration de cette dernière, notamment lors d'entretiens ou d'évaluations, peut conduire à un refus. Les IPA s'efforcent donc de faire comprendre aux personnes réticentes que l'obtention de l'AI constituerait une reconnaissance de leurs difficultés.

Le Tribunal de protection de l'adulte et de l'enfant (TPAE) est à l'origine des mandats de curatelle confiés au SPAd. Ces décisions sont souvent prises après des actes de poursuite, lorsqu'un déficit de gestion des affaires privées est identifié chez une personne. Il arrive par exemple que les versements rétroactifs de l'AI contribuent à créer un certain niveau de fortune que la personne ne parvient pas à gérer, attirant l'attention de proches ou d'autres acteurs qui annoncent le cas au TPAE. D'autres cas

²⁸ Il n'existe pas d'informations concernant les personnes qui font l'objet d'autres mesures de protection de l'adulte pour lesquelles le SPAd n'est pas en charge des questions de logement.

sont détectés à la suite de décisions de placement à des fins d'assistance permettant d'obliger une personne à entreprendre des soins, notamment en l'hospitalisant (cf. 5.5).

Depuis plusieurs années, le nombre de dossiers par collaborateur a considérablement augmenté au SPAd, ce qui a plusieurs conséquences pour les personnes suivies: moins de disponibilité pour rechercher des logements et moins de disponibilité pour participer aux réunions de réseau au cours desquelles les acteurs médicaux et sociaux suivant une personne donnée sont réunis autour de cette dernière pour prendre des décisions importantes²⁹.

4.4. Appréciation concernant les besoins du public-cible

Les éléments présentés dans le chapitre 4 permettent de dresser un panorama assez large des besoins des personnes en situation de handicap psychique. Pour répondre à la question d'évaluation «**Quelles sont les spécificités des besoins en matière de logement des personnes en situation de handicap psychique?**», la Cour retient les éléments suivants:

- La catégorie du handicap psychique ne recouvre ni le champ de l'invalidité ni celui de la santé mentale. Elle se situe à l'intersection de ces deux ensembles. Cela appelle à une politique centrée sur les besoins plutôt que sur des catégories administratives.
- Le handicap psychique peut être associé à d'autres troubles, notamment en matière d'addictions, mais aussi à d'autres handicaps (physique, mental). Cela appelle à une collaboration accrue entre les différents acteurs de la prise en charge.
- Le handicap psychique implique des besoins variables (selon les individus) et évolutifs (pour un individu donné). Cela nécessite une offre variée de prestations et une importante souplesse des structures de prise en charge.
- La variété et la variabilité des besoins impliquent des parcours discontinus en matière résidentielle. Cela appelle à un soutien spécifique des individus durant ces phases de transitions qui sont souvent déstabilisatrices sur le plan de la santé mentale.
- Les personnes en situation de handicap psychique aspirent majoritairement à un cadre de vie individualisé, mais ont souvent besoin d'une aide professionnelle pour les activités impliquant des relations avec autrui et pour l'organisation du quotidien.
- La recherche de logements indépendants est très difficile pour cette population particulière.

4.5. Observations

Observations du DEAS

Le DEAS n'a pas d'observation particulière à formuler si ce n'est d'approuver pleinement les appréciations concernant les besoins du public-cible.

Observations des autres entités consultées

Pas d'observation.

²⁹ Voir Libois & Loser (2010) pour un développement concernant le travail en réseau.

5. ADÉQUATION DES PRESTATIONS AUX BESOINS

Ce chapitre évalue l'adéquation des différentes prestations existantes avec les besoins en matière de logement des personnes en situation de handicap psychique. Il vise à répondre à la question suivante:

Dans quelle mesure l'État répond-il aux besoins spécifiques des personnes en situation de handicap psychique en matière de logement et d'hébergement?

Étant donné que l'évaluation part des besoins d'un public-cible, les prestations analysées dans ce chapitre ne sont pas toutes rattachées à la politique publique du handicap telle que définie par le budget cantonal par politique publique. Il s'agit d'analyser la complémentarité des principales prestations utilisées. Ce chapitre aborde en premier lieu les demandes formulées auprès de la commission cantonale d'indication (CCI). Il traite ensuite de la prise en charge par les quatre EPH offrant des prestations résidentielles aux personnes en situation de handicap psychique. Il aborde ensuite les hébergements alternatifs aux EPH avant de traiter trois questions spécifiques: l'articulation entre santé et social, le soutien aux proches aidants dont l'intervention peut permettre d'apporter des prestations plus adaptées aux personnes concernées et la prise en compte du droit à l'autodétermination des personnes en situation de handicap en matière de logement. Il se conclut par une appréciation générale concernant les impacts du manque de logements et d'hébergements.

La grande variété des interventions évaluées appelle à des réponses nuancées présentées au fur et à mesure des sections suivantes qui répondent elles-mêmes à des questions spécifiques.

5.1. Demandes auprès de la commission cantonale d'indication

Cette section examine dans quelle mesure le passage par la commission cantonale d'indication (CCI) facilite l'accès à des prestations répondant aux besoins des demandeurs et favorisant leur autonomie. Elle traite successivement du dépôt des demandes, de l'examen de ces dernières par la CCI et des indications transmises aux demandeurs à l'issue de ce processus. Ces analyses visent à répondre aux questions suivantes:

Le passage par une commission d'experts permet-il d'accroître l'adéquation de la mesure proposée aux besoins de la personne?

La création d'un guichet unique permet-elle une utilisation plus rationnelle du dispositif?

Les éléments présentés dans cette section montrent que le passage par la CCI constitue la garantie de prestations plus adaptées aux besoins, mais que cette efficacité est limitée par l'étroitesse du champ de compétence de la commission (soit uniquement les prestations existantes des EPH), ainsi que par le manque de places. Ces facteurs limitent également l'efficacité de la CCI en tant que guichet unique entre les personnes en situation de handicap et les EPH. La Cour relève également que l'accès aux EPH constitue un processus très administratif nécessitant une participation active des personnes concernées, qui peut être difficile à réaliser pour une partie des personnes en situation de handicap psychique.

5.1.1. Dépôt des demandes d'indication

Le dépôt d'une demande d'indication nécessite le plus souvent de réunir les compétences de plusieurs acteurs:

- Il est très rare que les personnes concernées remplissent elles-mêmes l'ensemble du formulaire (10 pages). Elles sont censées, dans la mesure du possible, remplir les parties concernant la motivation de leur demande et leurs attentes. Le formulaire doit être signé par la

- personne ou son représentant légal, ce qui signifie qu'en cas de curatelle de portée générale, le curateur peut déposer la demande sans l'accord formel de la personne concernée.
- C'est souvent un tiers qui remplit toutes les rubriques de type administratif et celles résumant le parcours de la personne. Il peut s'agir d'un proche ou d'un assistant social (des HUG, du SPAd, de l'Hospice général ou de Pro Infirmis). À ce tiers incombe également la responsabilité d'annexer toutes les pièces demandées (copies de pièce d'identité, permis, justificatif attestant du domicile légal à Genève, attestations de rentes, ordonnance du TPAE si curatelle, éventuelles mesures de placement).
 - Les rubriques concernant la santé nécessitent l'intervention d'un médecin qui doit fournir en annexe une évaluation décrivant l'origine et la nature du handicap, ainsi que les limitations de la personne dans son fonctionnement quotidien.

Si la demande de la personne n'est pas soutenue par un réseau médico-social ou médico-familial, le remplissage du formulaire et la fourniture des annexes constituent une tâche très compliquée pour les personnes en situation de handicap psychique ayant besoin d'entrer dans un EPH (et, également, dans certains cas pour leurs proches). Par ailleurs, la personne et son entourage doivent déposer une demande pour des prestations qu'ils ne connaissent souvent pas encore. La procédure adoptée par la plupart des EPH consiste en effet à limiter les visites des personnes n'ayant pas reçu d'indication, afin de ne pas susciter d'espairs inutiles (au cas où la personne ne serait pas admissible selon la CCI), d'éviter de perturber les résidents et de ne pas surcharger les équipes éducatives.

En outre, la procédure de dépôt des demandes comprend un filtre explicite. Depuis janvier 2015, le formulaire de demande d'indication mentionne sur sa première page que «*les établissements pour personnes handicapées du canton de Genève sont réservés en priorité aux personnes invalides, domiciliées sur son territoire (article 9 LIPH³⁰). Le placement dans une institution du canton suppose ainsi tant la reconnaissance d'une invalidité ouvrant le droit à des prestations de l'assurance-invalidité que le domicile effectif dans le canton de Genève*»³¹. Par conséquent, la CCI doit désormais, sur instruction de la DGAS, contrôler si chaque nouveau demandeur est déjà rentier de l'AI ou a déposé une demande d'invalidité qui n'est pas en passe d'être refusée. Les dossiers ne répondant pas à ces critères doivent, en principe, faire l'objet d'une non-entrée en matière.

En pratique, cette règle était toutefois appliquée de manière souple durant la période étudiée (entre décembre 2013 et mai 2016). Selon les éléments figurant dans la base de données «handicap», la CCI prenait en compte tous les dossiers avec des demandes AI en cours, ainsi que quelques demandes de non-bénéficiaires. L'analyse statistique des dossiers d'indication soumis durant la période étudiée montre que le quart des demandeurs ne bénéficiait pas ou pas encore de l'AI et que ce fait ne les excluait pas forcément du processus d'indication. La moitié de ces demandeurs non-rentiers AI étaient des mineurs déposant des demandes anticipées pour les prestations des EPH pour adultes ou de jeunes majeurs dont la demande AI n'avait pas encore été acceptée.

La volonté de restreindre l'accès aux EPH aux personnes déjà rentières de l'AI s'avère problématique pour les personnes qui n'ont pas encore entamé tout le processus menant à la reconnaissance par l'AI ou qui refusent de l'entamer, car elles ne se reconnaissent pas comme invalides. Les personnes qui connaissent un premier épisode de décompensation constituent pourtant un public pour lequel il est impératif d'agir rapidement afin d'éviter ou de limiter la chronicisation des troubles. D'ailleurs, la LIPH a été conçue comme une loi dont les prestations ne sont pas réservées aux seuls bénéficiaires de l'AI, ainsi que le Conseil d'État le présentait dans l'exposé des motifs du projet de loi du 12 novembre 2001:

«Il faut souligner que l'OFAS n'accorde de subvention, au titre de la LAI, aux établissements pour personnes handicapées que dans la mesure où elles sont fréquentées par des personnes

³⁰ L'article 9 ne détermine pas de priorité. Il indique que l'État garantit aux personnes invalides, domiciliées sur son territoire, l'accès à des établissements répondant adéquatement à leurs besoins.

³¹ https://www.ge.ch/handicap/doc/indication/formul_indication.pdf

invalides, c'est-à-dire des personnes reconnues comme telles selon les critères de l'AI. Or, certains établissements cantonaux accueillent des personnes, handicapées psychiques ou toxicodépendantes, précisément pour tenter de leur éviter de dépendre de l'AI (par exemple: Argos, Maison de l'Ancre). C'est pour cette raison (...) que les conditions de subventionnement cantonal ne sont pas calquées sur celles du subventionnement fédéral afin précisément d'éviter de la circonscrire au cercle limité des personnes invalides.» (PL 8648, p. 26).

Depuis le 1^{er} janvier 2008, la Loi fédérale sur les institutions destinées à promouvoir l'intégration des personnes invalides (LIPPI) a transféré aux cantons la mission de garantir aux personnes invalides domiciliés sur son territoire la mise à disposition des établissements répondant adéquatement à leurs besoins (art. 2 LIPPI repris à l'art. 9 al. 1 LIPH). Ce transfert de compétence a nécessité une révision de la LIPH. Selon l'exposé des motifs du projet de loi déposé par le Conseil d'État le 21 juin 2007, cette modification n'écarte pas les personnes non invalides de l'accès aux EPH:

*«La LIPPI s'applique aux personnes invalides. Selon le message du Conseil fédéral (Feuille fédérale 2005, page 5813), le terme "invalide" correspond à celui utilisé par l'article 112b. Cst. Les cantons ne peuvent pas retenir une définition plus étroite que celle de la Constitution. Le champ d'application de la loi cantonale doit couvrir **au moins** toutes les situations reconnues comme des cas d'invalidité par le droit des assurances sociales (cf. article 8 de loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, articles 4 et 5 LAI)» (PL 10061, p. 16).*

Il n'en va pas différemment pour le plan stratégique cantonal en faveur de l'intégration des personnes handicapées de 2010, qui mentionne en page 8: *«Selon les situations, les personnes handicapées non bénéficiaires d'une rente, ou non reconnues invalides au sens de l'AI, peuvent également être accueillies en établissement, pour autant que celui-ci réponde adéquatement à leurs besoins et qu'il remplisse les conditions fixées par le DSE en matière de taux d'occupation.»*

5.1.2. Fonctionnement de la CCI

Les 11 membres de la CCI sont désignés par le Conseil d'État de façon à représenter les établissements (3 membres), les personnes en situation de handicap et leurs proches (3 membres), les services d'aide, de soins et d'accompagnement à domicile (3 membres), flanqués de deux médecins et d'une présidente. Ils se réunissent toutes les trois semaines pour examiner les demandes reçues. Chaque séance permet d'examiner une vingtaine de dossiers. La commission bénéficie d'un soutien administratif sous forme d'1.15 ETP de secrétariat rattaché administrativement et physiquement à la DGAS.

Depuis sa création, en 2008, la commission a reçu en moyenne un peu moins de 300 demandes par année. Les 2 444 demandes enregistrées au 6 mai 2016 concernaient 2 382 personnes différentes (Studer & Orsholits, 2016). Il convient de noter que les demandes d'intégration dans un atelier protégé ou dans un centre de jour pour personnes en situation de handicap psychique font l'objet d'une procédure simplifiée les dispensant du dépôt d'une demande d'indication. Les entrées dans ces prestations font l'objet d'un simple avis d'intégration, tout comme les transferts sur des places de même catégorie administrative (HO, H, etc.) au sein de la même institution (par exemple le passage d'une résidence à un appartement individuel dans le cas de la Fondation Trajets).

Les membres de la commission, qui ont reçu tous les dossiers en avance, passent en revue ces derniers. Sur la base des formulaires d'indication remplis et des rapports médicaux, les membres débattent de leurs perceptions des besoins des personnes et des prestations qui leur conviendraient le mieux. Les trois quarts des dossiers peuvent être traités en une séance. Les demandes complexes nécessitant une évaluation de la personne par un EPH ainsi que les indications contestées (par les proches ou le réseau) représentent le quart restant.

Alors que les dossiers des personnes en situation de handicap physique ou mental ou de polyhandicap sont assez rapidement traités, la tâche est plus ardue lorsque plusieurs types de handicaps sont présents simultanément (cf. le Tableau 1), ou que la personne présente des troubles

du comportement ou des addictions en plus du handicap qui lui est reconnu. Si les informations figurant dans le dossier ne sont pas suffisamment claires, la CCI peut demander des compléments ou proposer une évaluation par un EPH qui va recevoir la personne pour un entretien qui donnera lieu à un rapport à la CCI.

Tableau 1: Nombre de passages en séance par demande selon le type de handicap*

	0-1 séance	Plus d'une séance
Physique	41 (75.9 %)	13 (24.1 %)
Physique + autre	37 (88.1 %)	5 (11.9 %)
Polyhandicap	26 (76.5 %)	8 (23.5 %)
Mental	78 (86.7 %)	12 (13.3 %)
Mental + psychique	21 (75.0 %)	7 (25.0 %)
Psychique	169 (71.0 %)	69 (29.0 %)
Non renseigné	9 (90.0 %)	1 (10.0 %)
Total	381	115

Source: Studer, Orsholits, 2016

*demandes déposées entre le 2 décembre 2013 et le 6 mai 2016.

La CCI ne peut toutefois qu'indiquer les places existant dans le réseau actuel des EPH genevois (art. 49 LIPH). Elle peut également, si la personne répond à des critères précis, proposer une dérogation d'âge pour une entrée en EMS ou la prise en charge par une institution extracantonale reconnue par la Convention intercantonale relative aux institutions sociales (CIIS). Même complété par les EMS et les offres intercantionales, le champ de compétence de la CCI est considéré comme trop étroit par plusieurs des personnes rencontrées par la Cour qui souhaiteraient que d'autres prestations puissent être indiquées (par exemple les foyers cantonaux non reconnus comme EPH).

Les membres proposent les prestations en EPH qu'ils estiment les plus adaptées aux besoins des personnes, indépendamment des places disponibles. Ils peuvent aussi conclure à l'inexistence de prestations adaptées ou refuser d'entrer en matière s'ils estiment que la personne ne relève pas de la politique publique en matière de handicap. Les membres de la CCI souhaitent ainsi éviter des prises en charge inadaptées, peu efficaces et potentiellement nuisibles à la santé mentale des personnes. Ce point de vue s'oppose parfois à celui d'autres acteurs du réseau ou proches qui préfèrent voir la personne placée dans d'autres structures que celles indiquées.

5.1.3. Courriers d'indication

À la suite de ce processus, la personne reçoit un courrier d'indication lui annonçant qu'elle peut s'adresser à un établissement spécifique pour un type de place spécifique (home, home avec occupation, centre de jour³², accueil hôtelier avec encadrement, accompagnement à domicile) auprès d'un établissement donné. Si plusieurs EPH proposent des prestations répondant aux besoins de la personne, le courrier peut indiquer plusieurs possibilités. À partir de ce moment, la CCI n'a pas la mission de suivre les démarches de la personne et de ses éventuels représentants légaux. Elle doit en revanche être informée de l'entrée de la personne en EPH par le biais d'un avis d'intégration.

Cette procédure vise à favoriser l'autodétermination de la personne qui doit se montrer proactive pour donner suite aux indications de la CCI. Elle fonctionne bien lorsque la demande est soutenue par un réseau (intervenants sociaux, médicaux, proches) qui va mobiliser la personne pour visiter les lieux indiqués par la CCI. Dans le cas contraire, il arrive souvent que les indications restent sans suite, sans qu'il soit possible de savoir pour quelles raisons la personne ne s'est jamais annoncée auprès des EPH indiqués.

³² Sauf pour les centres de jour accueillant des personnes en situation de handicap psychique qui bénéficient d'une procédure simplifiée (cf. ci-dessus).

Lorsque les demandes sont initiées par les acteurs de la psychiatrie publique, souvent lors d'une hospitalisation, il arrive fréquemment que la personne ne soit plus à l'hôpital lorsque le courrier de la CCI arrive (environ un mois plus tard). Le courrier est transmis à la nouvelle adresse (pas toujours connue des HUG), mais il est fréquent que la personne ne se souvienne plus de cette demande³³ ou qu'elle n'envisage plus un placement dans une structure collective, estimant que son état de santé s'est amélioré. Le point 6.3.3 traitera plus spécifiquement du suivi des indications.

Lorsque la CCI émet une indication, elle envoie une copie du courrier aux EPH concernés. Ces derniers savent alors qu'ils peuvent recevoir la visite des personnes en question. Selon certains acteurs rencontrés par la Cour, il n'est pas toujours clair pour les personnes qui visitent les hébergements indiqués que cette visite ne constitue qu'une étape et qu'ils devront, dans la majorité des cas, s'inscrire sur une liste d'attente. Au fur et à mesure que cette attente se prolonge, la déception des personnes s'accroît, ce qui peut contribuer à une déstabilisation psychique.

5.1.4. Analyse de l'adéquation des indications

La Cour a analysé quantitativement les données de la commission d'indication afin d'évaluer dans quelle mesure les prestations indiquées correspondaient aux besoins exprimés par les demandeurs et d'identifier quels facteurs pouvaient influencer les éventuels écarts. Ces analyses montrent que les prestations souhaitées tendent à correspondre aux prestations indiquées (Studer & Orsholits, 2016).

Par ailleurs, l'analyse qualitative (Ettlin & Rüfflin, 2016) de 15 dossiers a mis en rapport les prestations indiquées par la CCI et les besoins individuels recueillis durant les entretiens. Elle montre un bon rapport entre besoins exprimés et indications reçues pour les huit personnes qui ont accédé aux prestations suivantes: foyer résidentiel (4), appartement individuel avec encadrement (2), accompagnement à domicile (1) et EMS spécialisé (1).

Pour les sept personnes qui n'ont pas été admises, le bilan est plus mitigé. En effet, quatre d'entre elles n'ont pas pris en considération l'indication reçue de la CCI et recherchent d'autres types de logement:

- Trois personnes souhaitent obtenir un appartement sans encadrement socioéducatif et n'ont pas accepté les hébergements proposés par la CCI. Deux sont dans un hôtel et une autre chez ses parents dans des conditions difficiles sur le plan relationnel. Leurs conditions actuelles de logement sont objectivement mauvaises, mais leur demande porte sur le logement, pas sur la prise en charge socioéducative.
- Une personne reste hospitalisée à Belle-Idée, ne souhaitant pas entrer en EMS (proposition de la CCI) parce qu'elle recherche un appartement avec encadrement médical dans lequel elle puisse rencontrer ses enfants. Elle attend depuis 12 mois dans des conditions peu favorables étant donné que l'hôpital ne constitue pas un lieu de vie.

Deux autres personnes attendent dans de meilleures conditions et ne remettent pas en cause les indications de la CCI. L'une est hébergée par son partenaire. L'autre se trouve dans une résidence EPH qu'elle souhaite quitter pour un appartement individuel avec encadrement. La septième personne est toujours dans son appartement et n'a plus besoin de l'accompagnement à domicile qui lui avait été indiqué à la suite de sa demande.

Sur un plan quantitatif, l'analyse des prestations indiquées par la CCI en fonction de variables telles que l'âge, le type de handicap ou le lieu de résidence au moment de la demande ne montre pas de traitement différencié qui désavantagerait une partie des demandeurs (Studer & Orsholits, 2016). Elle montre notamment que les places d'accueil hôtelier avec encadrement (AHE) sont tendanciellement

³³ Dans le cadre des entretiens avec les personnes en situation de handicap psychique (Ettlin & Rüfflin, 2016), il est apparu que la CCI n'était connue et sa fonction comprise que par quatre personnes sur les quinze interviewées (qui avaient toutes déposé une demande durant les deux dernières années). Deux personnes ont indiqué avoir entendu parler de la CCI sans savoir ce que cela était. Huit autres personnes ont déclaré ne jamais avoir entendu parler de cette commission.

plus souvent indiquées aux personnes qui n'ont pas de domicile au moment de la demande ou qui vivent dans un hôtel. Cela montre que cette prestation est plus fréquemment employée pour des personnes souhaitant vivre seules avec un encadrement minimal et ne parvenant pas à trouver un logement, qu'à des personnes qui quitteraient un foyer après une amélioration de leur autonomie. En outre, les prestations hors EPH (EMS, foyers extracantonaux) sont plus souvent indiquées aux personnes plus âgées ainsi qu'aux personnes en institution ou à l'hôpital au moment de la demande. Ce résultat n'est pas étonnant. Les EMS sont logiquement davantage destinés à des personnes ayant un besoin croissant de soins et proches de l'âge AVS (cf. 5.3.2), tandis que les foyers extracantonaux sont organisés de manière à pouvoir répondre aux besoins de prise en charge des personnes sortant d'un hôpital et pouvant présenter des comorbidités importantes (cf. 5.3.1).

5.1.5. Orientation des usagers cumulant handicap psychique et addictions

Il existe des liens importants entre troubles psychiques et prise de toxiques (Flynn & Brown, 2008). Ces comorbidités sont confirmées par les acteurs du réseau genevois. Pourtant, en Suisse, comme ailleurs en Europe, les dispositifs de soins addictologiques et psychiatriques sont historiquement séparés (Gothuey, 2012).

Les patients hospitalisés en psychiatrie pour de longues périodes rencontrent souvent des troubles addictifs associés. Pour faire sortir ces patients qui n'ont plus besoin de soins hospitaliers, mais n'ont pas de logement, l'hôpital de Belle-Idée les adresse fréquemment à la CCI. Du fait de la spécialisation du réseau de prise en charge, les membres de la CCI ont de la peine à proposer à ces personnes une solution répondant à leurs besoins. Deux obstacles sont distingués ci-dessous.

D'une part, les EPH ne prennent pas en charge les personnes dont la problématique de dépendance est prépondérante. Selon le type d'hébergement, toute consommation peut même être interdite, au moins dans les murs du foyer. La CCI ne prend en compte les demandes de ces personnes que si elles acceptent de se sevrer, et l'entrée dans un EPH se fait alors sur la base d'un certificat médical attestant ce sevrage. Cette exigence pouvant être difficile à atteindre, les acteurs du réseau qui remplissent les demandes d'indication peuvent tenter de minimiser les problèmes de dépendance des usagers concernés.

D'autre part, en raison de son champ de compétence limité aux EPH, la CCI n'est pas en mesure d'indiquer les prestations des institutions et organisations œuvrant dans le domaine des addictions. Elle peut cependant conseiller informellement aux personnes de s'adresser directement aux organisations concernées. Dans ce cas, rien ne garantit que la personne soit prise en charge. En effet, les foyers spécialisés dans le traitement des addictions (alcool et psychotropes) sont peu nombreux à Genève. Pour l'alcoologie, il existe la Maison de l'Ancre et la Maison de Lancy rattachées toutes deux aux EPI. Pour les psychotropes, il existe les foyers CRMT (Centre résidentiel à moyen terme) et Toulourenc de la Fondation Argos. Toutes ces offres se basent sur l'abstinence immédiate. De ce fait, les personnes qui ne se conforment pas à cet objectif n'ont pas leur place dans ces structures. En outre, les structures résidentielles de prise en charge de la dépendance ne sont pas organisées pour prendre en charge des troubles psychiques importants.

Face à la limitation des possibilités de prise en charge dans le canton, les personnes en situation de handicap psychique et dépendantes de l'alcool ou de psychotropes se retrouvent souvent dans l'une des trois configurations suivantes:

- hébergement dans un foyer extracantonal prenant en charge les deux problématiques (cf. 5.3.1),
- hébergement dans un hôtel dont les clients sont majoritairement envoyés par des services sociaux, à condition qu'aucune indication médicale ou mesure légale n'empêche la sortie de l'hôpital de la personne concernée (cf. 5.3.5),
- prolongation du séjour à l'hôpital psychiatrique (cf. 5.5).

Les membres de la CCI sont conscients de la situation problématique de cette catégorie d'usagers et envisagent de renforcer les liens avec les acteurs du réseau des addictions, afin de favoriser le développement de prises en charge intégrées.

5.1.6. Appréciation du rôle de la commission cantonale d'indication

Cette section visait à répondre aux deux questions d'évaluation suivantes: «**Le passage par une commission d'experts permet-il d'accroître l'adéquation de la mesure proposée aux besoins de la personne?**» et «**La création d'un guichet unique permet-elle une utilisation plus rationnelle du dispositif?**».

En se basant sur les éléments présentés dans cette section, la Cour estime, d'une part, que les indications de la CCI correspondent aux besoins, dans la mesure où les EPH offrent des prestations adéquates. La CCI ne peut en revanche indiquer de prestations adaptées aux personnes qui ne souhaitent pas de prise en charge socioéducative, ainsi qu'à celles qui nécessitent une prise en charge conjointe médicale et socioéducative. Ces demandes peuvent parfois être satisfaites par d'autres structures que la CCI n'est pas habilitée à indiquer.

D'autre part, le passage par un guichet unique est le garant d'une rationalisation dans la mesure où l'expertise des membres de la CCI permet de limiter les prises en charge inadéquates qui pourraient découler de la faible connaissance des prestations des EPH. Cependant, la procédure, essentiellement administrative, n'est pas adaptée aux capacités des personnes en situation de handicap psychique. Sans l'aide d'un tiers, ces dernières peinent souvent à accomplir des démarches administratives.

En marge des réponses à ces questions, la Cour observe une volonté de restreindre le dépôt des demandes d'indication aux personnes qui sont déjà reconnues par l'assurance-invalidité, alors que les critères de l'invalidité et du handicap ne se recoupent pas entièrement.

Sur la base de ces observations, la Cour formule les constats suivants:

Constat 1: La commission cantonale d'indication constitue un instrument pertinent dans un système complexe

Le dispositif d'hébergement est constitué d'un grand nombre de prestations différentes s'adressant à des publics spécifiques. Le passage par une commission d'experts permet de mieux mettre en relation les besoins avec les prestations existantes. La CCI ne peut toutefois pas répondre directement à toutes les demandes, car il n'existe pas, au sein des EPH, les prestations adaptées à tous les besoins. En outre, les demandes auprès de la CCI et l'intégration dans un EPH constituent un processus de longue haleine nécessitant une implication qui peut faire défaut aux personnes présentant des troubles psychiques importants.

Constat 2: Les possibilités de prise en charge des personnes dont les troubles psychiques ne sont pas encore reconnus par l'AI sont très limitées

Il existe très peu d'alternatives à la prise en charge par les EPH dont l'accès est devenu, depuis 2015, complètement impossible pour les personnes en situation de handicap qui ne sont pas reconnues comme invalides. Cette pratique s'avère conforme à la loi qui impose aux cantons de répondre au minimum aux besoins des personnes reconnues comme invalides. Toutefois, elle contraint les personnes, dont les troubles psychiques ne sont pas encore reconnus par l'AI et qui auraient besoin d'un hébergement spécialisé, soit à devoir attendre ce qui peut entraîner une chronicisation des troubles soit à devoir recourir à des hébergements moins adaptés que ceux pouvant être indiqués par la CCI (p.ex. hébergements d'urgence proposés par l'HG).

5.1.7. Observations

Observations du DEAS

Constat 1 : Le DEAS n'a pas de commentaire particulier à formuler quant à ce premier constat.

Le DEAS accepte le constat 2 qui met en exergue effectivement que le trouble psychique sévère n'est pas encore suffisamment reconnu par l'AI comme étant un handicap et rappelle que la mission de la CCI n'est pas de trouver des logements pour les personnes en situation de handicap mais d'indiquer des solutions de prise en charge dans des institutions (EPH) du canton.

C'est le lieu de rappeler ici qu'il y a une corrélation évidente entre la reconnaissance d'une invalidité, au sens de l'AI (point de vue fédéral) et le financement consécutif par le biais des prestations complémentaires cantonales à l'AI (point de vue cantonal). Or, et comme énoncé dans les remarques précédentes, le handicap psychique n'est que peu reconnu par l'AI du fait précisément du spectre très large et diffus des formes de troubles du comportement qui ne relèvent pas toutes de la notion d'invalidité. Ainsi, la conjonction du terme handicap et du terme psychique n'est de loin pas aussi évidente. En effet, la composante psychique est multimodale, multifactorielle et variable en termes d'intensité et de durée, d'une part, et évolutive dans le temps dans un sens favorable ou défavorable, d'autre part. À cet égard, un article de la Tribune de Genève du 10 octobre 2016 relatait une étude qui démontrait qu'un Suisse sur deux avait au cours de sa vie des troubles psychiques et/ou du comportement. Dès lors, on ne peut évidemment pas déduire pour autant de ce constat que 50% des Suisses sont considérés comme "handicapés psychiques" à un moment de leur existence.*

(<http://www.tdg.ch/suisse/peut-souffrir-troubles-psychiques-jour/story/14792583>)*

5.2. Prise en charge par les établissements spécialisés

Cette section examine les prestations résidentielles fournies par les EPH aux personnes en situation de handicap psychique, à l'exception de l'accompagnement socioéducatif à domicile qui est traité dans une section ultérieure (5.3.8) avec les autres prestations s'adressant aux personnes occupant leur propre domicile. Elle vise à répondre aux deux questions suivantes:

La gamme de prestations résidentielles offertes par les établissements pour personnes handicapées aux personnes en situation de handicap psychique couvre-t-elle les principaux besoins exprimés?

Les conditions d'entrée et de séjour dans les établissements pour personnes handicapées sont-elles adaptées aux besoins de personnes en situation de handicap psychique?

Les éléments présentés dans cette section indiquent, d'une part, que l'offre actuelle propose principalement des hébergements collectifs peu favorables à l'autonomisation, même si, d'autre part, les équipes éducatives s'efforcent d'adapter l'intensité de la prise en charge aux besoins des personnes accueillies.

5.2.1. Gamme de prestations

Il existe différents modes d'organisation des quatre EPH résidentiels accueillant des personnes en situation de handicap psychique.

- **Trajets** propose des prestations de tous types allant de la résidence avec encadrement permanent à des appartements indépendants avec un suivi réduit. Toutes ces places sont

classées dans la catégorie administrative H, qui regroupe en principe les homes sans activités occupationnelles durant la journée.

- Les **EPI** disposent d'un vaste ensemble de résidences accueillant entre 13 et 20 personnes et d'appartements résultant de fusions avec d'autres structures³⁴ et d'une politique de création de nouveaux sites. Les places des EPI sont réparties dans les différentes catégories administratives³⁵ (home, home avec occupation, accueil hôtelier avec encadrement et accompagnement à domicile).
- La **Maison des Champs** comporte une résidence collective et plusieurs appartements indépendants. Toutes ces places sont classées dans la catégorie administrative HO, qui regroupe en principe les homes proposant des activités occupationnelles durant la journée.
- Le **Centre Espoir** exploite une résidence qui, contrairement à celles des autres institutions qui sont toutes de capacité réduite, comprend 120 chambres. Toutes ces places sont classées dans la catégorie administrative H.

Les institutions qui disposent de plusieurs types d'hébergement peuvent envisager des transferts internes de leurs usagers de manière à s'adapter à la variation des besoins de ces derniers. La base de données «handicap» qui recense les entrées et les sorties dans les différentes institutions montre que les transferts internes sont fréquents. L'analyse statistique (Studer & Orsholits, 2016) des débuts de prestations indique ainsi que 37 % des personnes nouvellement hébergées en EPH ou débutant un accompagnement à domicile (entre décembre 2013 et mai 2016) étaient déjà auparavant dans une institution (la même en cas de transfert interne).

L'organisation des prestations résidentielles de **Trajets** se fonde sur un modèle prévoyant une progression entre les différentes structures au fur et à mesure de l'accroissement de l'autonomie des usagers. Ce modèle est identifié dans la littérature comme celui du continuum résidentiel (Dorvil & al., 2002).

- Les structures résidentielles (23 places³⁶) sont conçues comme des lieux de formation à l'autonomie, ce qui implique une durée de séjour maximale de trois ans pour chacune des trois résidences, dont les résidents suivent une «formation» au sens large dans le but d'accéder à un appartement. Ces structures s'adressent aux personnes les moins autonomes. Les trois résidences correspondent à différents degrés d'autonomie avec un niveau d'encadrement donné. La résidence la plus encadrée dispose de collaborateurs socioéducatifs en permanence. Dans les autres résidences, cet encadrement est plus réduit, mais les résidents doivent avoir des activités structurées durant la journée. Dans les trois cas, un professionnel passe la nuit sur place, ce qui rassure les résidents.
- Les appartements accompagnés attenants à des résidences (6 places) offrent à leurs occupants un contact quotidien avec un professionnel, voire plus en cas de besoin. Ces appartements visent à faciliter l'apprentissage de l'autonomie résidentielle.
- Les appartements de suivi (40 places, dont 6 dans des appartements pour deux) constituent le dernier étage de ce modèle. Ils sont répartis dans la ville et se présentent comme des appartements ordinaires. Les personnes qui y logent peuvent prendre rendez-vous avec un professionnel lorsqu'elles le souhaitent. L'objectif d'autonomisation peut aller jusqu'au transfert du bail à l'usager lorsque ce dernier n'a plus besoin de soutien socioéducatif (glissement de bail).

Les prestations résidentielles des **EPI** comportent une gamme d'hébergements relativement similaire à celle de Trajets. Les transferts internes représentent environ 40 % des mouvements dans ce secteur.

³⁴ Les EPI ont repris en septembre 2008 les activités de la Fondation pour l'hébergement des personnes handicapées psychiques (FHP), soit quatre résidences et un service d'accompagnement à domicile. En janvier 2009, ils reprenaient également les deux résidences des HUG.

³⁵ Cf. le point 2.1.1 pour une présentation de ces catégories.

³⁶ Le nombre de places indiqué est celui qui était effectif au 30 juin 2016.

- Les trois résidences de type HO (home avec occupation, 44 places) sont destinées à des personnes dont l'état de stabilité psychique est fluctuant, qui peuvent sortir d'un séjour en hôpital psychiatrique (souvent des séjours répétés), qui sont peu autonomes dans la réalisation des tâches quotidiennes et ont besoin d'une présence éducative 24 heures sur 24. Il s'agit de personnes qui ne sont pas en mesure de se déplacer de façon autonome pour fréquenter un centre de jour ou un atelier et qui ont besoin au quotidien d'activités proposées directement sur leur lieu de vie.
- Les six³⁷ résidences de type H (home sans occupation, 78 places) s'adressent à des personnes dont l'état de santé mentale est plus stabilisé. L'objectif est le maintien des acquis et la reprise d'un rythme de vie similaire à celui des personnes actives. Les résidents de ces foyers doivent avoir une activité extérieure durant la journée. Le niveau d'autonomie requis varie selon les résidences.
- Les hébergements de types AHE (accueil avec encadrement hôtelier, 25 places) s'adressent à des personnes dont le besoin en présence éducative est réduit. Il s'agit d'appartements indépendants, situés le plus souvent dans les mêmes immeubles que des résidences de type H ou HO avec une cafétéria, un veilleur de nuit et, dans certains cas, des prestations hôtelières (ménage, linge).
- L'accompagnement à domicile (ADom, environ 80 places pour le handicap psychique) s'adresse à des personnes qui disposent d'un appartement avec un bail à leur nom. Un socioéducateur rencontre la personne jusqu'à 2 heures par semaine pour des prestations décrites au point 5.4.1.

Les EPI ne sont pas uniquement dans le modèle du continuum résidentiel selon lequel l'accès aux prestations les moins encadrées dépend du niveau d'autonomie des résidents. Il existe en effet des cas de figure divergents comme des personnes très autonomes, mais très angoissées qui se sentent mieux dans des structures avec un certain encadrement (veilleur de nuit, cadre sécurisant, présence éducative dans le bâtiment). De plus, les changements de repères sont souvent difficiles à vivre pour les personnes concernées et, de fait, les déménagements peuvent représenter une phase critique dans leur parcours de vie, en particulier si la personne doit changer de quartier. À l'inverse, des personnes relativement peu autonomes recourent aux prestations comportant le moins d'encadrement (AHE et ADom). Il s'agit de personnes qui ne parviennent pas ou ne souhaitent pas supporter les contraintes de la vie en groupe. Cet ajustement du niveau d'encadrement permet un accompagnement durable avec parfois, plusieurs années plus tard, une demande pour des prestations plus encadrées.

La **Maison des Champs** comporte un foyer de 16 places et six appartements individuels. Les appartements sont destinés en priorité à des résidents du foyer qui souhaitent vivre de manière plus autonome. Au **Centre Espoir**, de tels transferts ne sont pas possibles étant donné qu'il n'existe qu'un seul type d'hébergement.

Il convient de noter que même si les prestations proposées par ces quatre EPH peuvent paraître assez similaires, elles ne s'adressent pas exactement au même public.

- Le **Centre Espoir** accueille des personnes ayant besoin d'un cadre de vie peu sollicitant et ayant souvent expérimenté d'autres types de prise en charge. Ses résidents sont en moyenne plus âgés que ceux de Trajets ou des EPI. Les conditions de séjour sont relativement souples et tolérantes. Les résidents peuvent entrer et sortir librement et ne sont pas obligés de prendre part aux repas et autres activités d'animation. Ils n'ont pas non plus d'obligation d'avoir une activité durant la journée. Le traitement médical des résidents est suivi de près dans le cadre d'un partenariat avec les HUG. Le Centre Espoir dispose d'un service d'entretien des chambres et du linge. En outre, la politique du Centre Espoir concernant la consommation de substances est empreinte de réalisme. Il lui arrive cependant de devoir

³⁷ Les résidences de type mixte (HO et H) sont comptées une seule fois, dans la catégorie pour laquelle elles offrent le plus de places.

renvoyer des consommateurs actifs en particulier lorsque ces derniers incitent les autres résidents à consommer.

- La **Maison des Champs** accueille surtout, dans son foyer, des personnes peu autonomes, mais plus sollicitantes que celles accueillies au Centre Espoir. Le taux d'encadrement y est nettement supérieur. Des activités collectives sont organisées tous les jours, mais les résidents (du foyer comme des appartements) sont libres d'y participer ou non³⁸. Les collaborateurs du foyer supervisent de près la prise des traitements médicaux. Les règles de vie sont similaires à celles de la plupart des foyers collectifs accueillant ce type de public: horaires des sorties et des visites de personnes extérieures à fixer d'entente avec l'équipe éducative, interdiction de consommer des boissons alcoolisées et des toxiques, ainsi que d'introduire des armes dans la résidence, interdiction de fumer à l'intérieur. Les actes de violence et le non-respect répétitif du règlement peuvent entraîner l'exclusion.
- **Trajets** accueille des personnes disposant d'un potentiel d'autonomisation et ayant un projet d'accès à un logement personnel indépendant. La moyenne d'âge de ses résidents est plus basse. Trajets demande à chaque résident de s'impliquer activement dans son projet d'autonomisation et de mener une activité structurante et structurée d'au moins 12 heures par semaine. Des objectifs d'autonomisation sont fixés chaque année et des ateliers de formation à la vie autonome doivent être suivis. Dans les résidences collectives, des règles supplémentaires s'ajoutent. La participation à une partie des activités collectives est obligatoire. Toute consommation est interdite à l'intérieur (sauf l'alcool lors d'événements particuliers). Les référents éducatifs interviennent le moins possible dans la gestion des traitements médicaux. En outre, les résidents doivent participer au maintien de la propreté dans les parties communes et sont responsables de l'entretien de leur linge personnel.
- Les prestations des **EPI** sont suffisamment diverses pour accueillir tout type de public. Dans les résidences, la détention, la consommation et le commerce de stupéfiants et d'alcool sont interdits, tout comme la détention d'armes et l'accueil de personnes extérieures sans information à l'équipe éducative. Une non-compliance durable au traitement médical peut également constituer un motif de renvoi. Les règles concernant la participation aux activités groupales varient selon le type de structure.

Dans chaque EPH, des activités collectives sont organisées durant la journée (avec une intensité variable selon le type de résidence). Selon les informations recueillies par la Cour, le niveau d'encadrement est adapté en fonction des besoins et des demandes des usagers et des possibilités offertes sur place:

- La participation à des activités collectives n'est pas systématiquement exigée, même si ces activités sont organisées. Les équipes éducatives ont en effet constaté que ces activités constituaient parfois un facteur de stress pouvant mener à des décompensations.
- Cette souplesse est également de mise en matière d'activités extérieures durant la journée. Les équipes éducatives peuvent, si cela est nécessaire, aménager cette exigence pour tenir compte de l'état psychique des résidents. Certains ne peuvent travailler que quelques heures par semaine, tandis que d'autres ne parviennent pas même à sortir de leur chambre durant certaines périodes.
- La formulation d'un projet individuel avec chaque usager n'est pas toujours réalisée immédiatement après l'entrée, de façon à pouvoir fixer des objectifs plus pertinents, une fois que l'usager s'est stabilisé dans son nouvel environnement. Ces projets sont adaptés aux possibilités des résidents. Ainsi, garder un contact régulier avec son référent peut déjà constituer un objectif pour les usagers les plus désocialisés.

En outre, il apparaît qu'une grande partie des personnes hébergées consomment de l'alcool, du tabac ou des psychotropes et qu'il est très difficile de faire respecter entièrement les règles qui prévoient

³⁸ Les usagers qui occupent les appartements travaillent dans des ateliers d'autres EPH durant la journée.

qu'après trois infractions, telles que fumer dans sa chambre, la personne soit renvoyée³⁹. Ces infractions sont assez fréquentes, du fait même des troubles psychiques des résidents, mais il n'est pas possible de renvoyer les contrevenants vers un autre EPH étant donné que tous ont des listes d'attente. Cette difficulté à faire respecter les règles nuit à la cohérence éducative, car les autres résidents se rendent compte que les règles ne sont pas appliquées. Il est donc nécessaire de trouver des compromis et d'assouplir certaines règles.

Ce dernier point fait ressortir l'importance de la dynamique de groupe dans les hébergements collectifs. La cohabitation des résidents n'est pas toujours facile. Les affections psychotiques peuvent notamment entraîner une négligence importante de l'hygiène de base, qui s'avère problématique dans un cadre collectif où les résidents se côtoient fréquemment. La tolérance des résidents pour les troubles psychiques des autres est souvent limitée. Les enquêtes de satisfaction réalisées tous les deux ans par les EPH mettent en lumière le manque d'intimité ressenti par les usagers des hébergements collectifs, ainsi que les difficultés dans les relations avec les autres usagers.

En dépit du caractère souvent inadapté des prises en charge collectives, la majorité de l'offre est organisée sous cette forme comme le montre le Tableau 2 qui récapitule le nombre de places disponibles en fonction du type d'hébergement.

Tableau 2: Nombre de places résidentielles individuelles et collectives par EPH au 30 juin 2016

	Centre Espoir	EPI	Maison des Champs	Trajets	Total
Places individuelles indépendantes (appartements)	-	25	6	34	65
Places dans des appartements indép. de 2-3 pers.	-	10	-	12	22
Places dans des résidences	120	112	16	23	271
Total	120	147	22	69	358

Source: données EPH

5.2.2. Entrée

Comme le soulève une précédente évaluation (Krafft, 2010) de la commission cantonale d'indication, la CCI a dû convaincre les EPH du bien-fondé de l'ajout d'un filtre entre ces derniers et les personnes en situation de handicap. Le rapport concluait que le passage par la CCI avait permis d'accroître la transparence des processus d'admission des EPH (Krafft, 2010). Cette transparence n'est toutefois pas entière. Bien que les EPH doivent désormais motiver auprès de la CCI leurs refus d'admettre une personne, il leur est toujours possible, dans une situation de pénurie, de laisser les dossiers les plus difficiles en attente. À partir du moment où une indication de la CCI a été rendue, les EPH sont libres de choisir les personnes qu'elles accueillent et gèrent de manière autonome leurs listes d'attente. Certaines personnes obtiennent une place dans le mois qui suit la décision d'indication, alors que d'autres sont toujours en attente dans les mêmes institutions depuis trois ans. Cette situation est parfois liée aux caractéristiques des places qui se libèrent dans une résidence avec un certain équilibre de résidents qu'il faut maintenir. En outre, certains EPH ne disposent pas des ressources nécessaires pour garantir un encadrement adapté à des personnes présentant, par exemple, d'importants troubles de comportement.

Des analyses statistiques ont été réalisées afin d'identifier les facteurs qui seraient liés à un plus grand accès aux prestations ou à une durée d'attente plus courte. De manière générale, il n'y a, parmi les variables disponibles (sexe, âge, type de handicap, domicile au moment de la demande) que peu de facteurs significatifs permettant d'expliquer les différences d'accès aux prestations (Studer & Orsholits, 2016).

³⁹ Dans certains établissements, le fait de ne pas respecter ces points du règlement n'est pas considéré comme une infraction majeure.

Les processus d'entrée dans les différents EPH sont similaires. Les personnes ayant reçu une indication de la CCI sont reçues une première fois, afin de faire connaissance. Dans les plus grandes institutions (EPI, Trajets), il n'y a pas de visite des lieux à ce stade. Cette dernière a lieu lors d'un rendez-vous ultérieur. Il appartient ensuite à la personne de confirmer son intérêt pour l'EPH en demandant à être mise en liste d'attente. Les entretiens réalisés par la Cour avec les services d'admission des EPH indiquent qu'un nombre important de personnes ne s'inscrivent pas sur une liste d'attente après cette première phase⁴⁰. La gestion de ces listes d'attente appartient aux institutions qui recourent à des systèmes différents.

- Les EPI disposent de deux listes d'attente: la liste ciblée qui porte uniquement sur une, voire deux résidences pour lesquelles la personne est prête à attendre et la liste dite d'urgence pour les personnes qui sont prêtes à rentrer dans n'importe quelle résidence. L'entrée se fait selon l'ordre d'inscription sur la liste. Des exceptions sont possibles pour des situations de précarité et d'urgence absolue qui nécessitent une entrée la plus rapide possible en hébergement. Le nombre de ces cas est limité à deux ou trois par année pour tous les services résidentiels (handicap mental et psychique). La gestion de ces deux listes est complexe, car certaines personnes, notamment dans le cas de transferts internes, ont bien compris l'intérêt qu'il existait à susciter des situations d'urgence pour passer avant les personnes moins insistantes.
- Le Centre Espoir traite la liste d'attente de manière chronologique, mais dispose de deux chambres d'urgence, pour accueillir rapidement les personnes en situation précaire (risque majeur de réhospitalisation dans de mauvaises conditions, atteinte à la santé par manque de logement).
- Trajets dispose d'une liste d'attente réorganisée chaque mois en fonction des prévisions de transferts internes. Ces derniers étant le plus souvent effectués des résidences vers les appartements, il y a davantage de places qui se libèrent dans les résidences.

Les difficultés rencontrées par les personnes en situation de handicap psychique pour gérer les aspects administratifs peuvent entraîner des rendez-vous manqués qui retardent l'entrée dans les structures. De même, la variabilité de l'intensité des troubles psychiques peut faire que, lorsque le tour d'une personne arrive enfin, elle ne souhaite plus entrer dans la structure pour laquelle elle attendait. Son dossier peut alors être clôturé ou remis plus bas dans la liste d'attente si elle le désire. De ce fait, les EPH ne parviennent pas à maintenir un taux d'occupation maximal, d'autant plus qu'il est souvent nécessaire de rafraîchir les chambres/appartements avant d'y installer un nouvel usager.

Les EPH refusent relativement peu de personnes à l'entrée. Cependant, les personnes qui ne prennent pas leur traitement et ne se rendent pas à leurs rendez-vous médicaux ne sont, en principe, pas admissibles. Des exceptions sont toutefois possibles dans l'espoir que la stabilisation résidentielle amène une meilleure compliance au traitement. Les EPH ne peuvent non plus accueillir les personnes qui ne sont pas suffisamment avancées dans leurs démarches de demande AI. En outre, la plupart des EPH ne sont pas équipés pour accueillir les personnes présentant des problématiques lourdes sur le plan physique, car ils ne disposent ni de personnel médical (pour les soins) ni d'infrastructures adaptées (ascenseurs, rampes, w.c. équipés, etc.).

Les modalités d'entrée varient selon les EPH. Certains organisent des stages préalables, tandis que d'autres considèrent les trois premiers mois de séjour comme une période d'essai. Les processus administratifs liés à la facturation sont assez compliqués, ce qui ne facilite pas les périodes d'essai, notamment si une personne actuellement hébergée dans un EPH souhaite faire un essai dans un autre EPH.

⁴⁰ L'interprétation de ces défections, jusqu'à 50 % dans le seul EPH qui dispose de ces données, n'est pas évidente. Le fait que les personnes reçoivent souvent des indications pour plusieurs prestations n'y est probablement pas étranger.

5.2.3. Sorties

Les principaux points pouvant entraîner une rupture du contrat d'hébergement sont les suivants:

- graves troubles du comportement;
- refus injustifiés et répétés de collaborer avec les professionnels;
- dépendances non contrôlées;
- actes de violence et menaces.

Une partie de ces comportements sont liés à des ruptures de traitement médical qui conduisent à des épisodes de décompensation. Il arrive en effet que les résidents cessent de prendre un traitement en raison de ses effets secondaires. C'est particulièrement le cas dans les EPH qui ne contrôlent pas la prise du traitement médical de leurs résidents parce qu'ils souhaitent les autonomiser.

À Trajets, il faut ajouter quelques cas de fin de convention d'hébergement, lorsqu'un résident arrive au terme des trois ans de prise en charge dans une des résidences et qu'il n'est pas en mesure d'emménager dans un cadre de vie plus indépendant. À ce moment, Trajets dépose une demande à la CCI pour une intégration dans un autre EPH. La personne peut toutefois rester hébergée jusqu'à ce qu'une solution de relogement soit trouvée.

Dans d'autres cas, les sorties constituent un objectif pour les usagers. Elles correspondent souvent au passage à un mode de logement plus autonome. Ces sorties, tout comme les transferts dans d'autres résidences, font l'objet d'un long processus de préparation. Les éducateurs accompagnent la personne dans son projet et ce dernier peut être mis entre parenthèses si le risque de crise devient trop élevé ou si une crise survient. Lorsque la sortie implique un transfert dans une autre structure, parfois après une longue attente, il y a des échanges: les personnes qui seront responsables de la prise en charge ultérieure sont invitées à partager un repas à la résidence. De plus, la personne qui va déménager peut passer du temps dans son futur cadre de vie afin de s'y familiariser.

Pour ses résidents les plus autonomes, la fondation Trajets a développé un système de baux glissants qui permet, avec l'accord du bailleur, un transfert du bail du logement de l'EPH à l'individu. Ce système a permis trois sorties vers le logement autonome entre 2014 et 2016. Ces sorties nécessitent également de disposer d'appartements de réserve pour pouvoir continuer à exploiter le nombre d'appartements prévus par le contrat de prestations. La collaboration avec les régies et les propriétaires est donc cruciale.

5.2.4. Appréciation des prestations résidentielles des EPH

Cette section visait à répondre à deux questions d'évaluation:

«La gamme de prestations résidentielles offertes par les EPH aux personnes en situation de handicap psychique couvre-t-elle les principaux besoins exprimés?»

«Les conditions d'entrée et de séjour dans les EPH sont-elles adaptées aux besoins de personnes en situation de handicap psychique?»

La Cour relève, en premier lieu, que l'offre actuelle privilégie des hébergements collectifs qui sont peu recherchés par les personnes concernées, soit qu'elles souhaitent s'autonomiser, soit qu'elles ne supportent pas les contraintes d'un cadre collectif. Les logements individuels indépendants ne représentent actuellement que 18 % de l'offre des EPH résidentiels accueillant des personnes en situation de handicap psychique (cf. Tableau 2).

En ce qui concerne les conditions d'entrée, les éléments présentés montrent que le contexte de pénurie de places d'hébergement et de listes d'attente généralisées ne permet pas aux personnes concernées d'entrer en EPH au moment où elles en expriment le besoin, à moins que leur situation ait été qualifiée d'urgence absolue. En outre, les EPH ne sont pas à même, faute de ressources, d'accueillir une trop grande proportion de résidents présentant d'importants troubles de

comportement ou des dépendances non contrôlées.

En ce qui concerne les conditions de séjour, les éléments présentés montrent que les équipes éducatives s'efforcent d'adapter le cadre et les prestations aux besoins des personnes accueillies, notamment en assouplissant certaines contraintes que les résidents peinent à respecter du fait de leurs troubles psychiques.

Sur la base de ces réponses, la Cour formule le constat suivant:

Constat 3: Le dispositif privilégie les hébergements collectifs alors que les structures de prise en charge individuelle restent peu nombreuses pour les personnes concernées

Les logements individuels constituent le type de logement le plus recherché. Avec un niveau d'encadrement minimal, mais modulable, ce type d'hébergement apparaît comme le plus adapté pour une grande partie des usagers.

5.2.5. Observations

Observations du DEAS

Le DEAS peut partager le constat 3, en relevant toutefois que les experts de la prise en charge des personnes handicapées psychiques s'accordent sur le fait qu'un encadrement minimal doit être mis en place avec des professionnels expérimentés pour répondre aux besoins de ces personnes. C'est ainsi que chaque fois que l'évolution psychique d'une personne permet de favoriser son autonomie, il est bien entendu évident que la CCI, d'une part, et les institutions qui accueillent ces personnes dans des structures d'accueil de jour, d'autre part, privilégient le logement individuel et/ou le maintien dans un cadre familial. Par ailleurs, il y a lieu de relever que des structures mixtes, à savoir chambre/appartement dans une même structure, permettant ainsi aux personnes concernées de bénéficier de prestations communes (animation, encadrement, repas, intendance, etc...) existent déjà (Train Bleu aux EPI, Centre Espoir, la Maison des Champs ou encore Trajets) et seront développées sur la base des résultats probants et satisfaisants de ces dites structures.

Observations des EPI

Les EPI ont convenu avec le DEAS que leurs remarques et commentaires soient intégrés dans les observations du DEAS.

5.3. Hébergements alternatifs aux EPH

Cette section vise à présenter l'offre d'hébergements alternatifs aux EPH dans le but d'examiner sa complémentarité avec les EPH, notamment pour la prise en charge des personnes en situation de handicap psychique qui ne sont pas reconnues par l'AI et n'ont donc pas accès aux prestations d'hébergement des EPH. Cinq cas de figure sont présentés: les foyers spécialisés hors canton, les établissements médico-sociaux pour personnes âgées (EMS), les immeubles avec infirmerie, les hébergements pour les personnes en situation de précarité et les hôtels. L'analyse de ces cinq cas de figure vise à répondre à la question suivante:

Dans quelle mesure l'offre d'hébergements alternatifs aux EPH s'avère-t-elle complémentaire aux prestations des EPH pour répondre aux besoins des personnes en situation de handicap psychique?

Les éléments présentés dans cette section montrent que les hébergements alternatifs répondent à une partie des besoins qui ne sont pas couverts par les EPH: personnes présentant des troubles associés (santé physique, dépendances), personnes réfractaires au cadre socioéducatif et personnes non reconnues par l'AI. Il convient toutefois de noter qu'une partie de ces hébergements, dans des hôtels sans accompagnement professionnel, sont réalisés dans des conditions de risques importants.

5.3.1. Foyers hors canton

Pour certains cas spécifiques, il n'existe pas d'institution adaptée dans le canton. Certaines structures situées hors du canton sont utilisées par des personnes en situation de handicap psychique venant du canton de Genève⁴¹:

- Le Centre d'Accueil pour Adultes en Difficulté (CAAD) est une fondation valaisanne de droit privé reconnue d'utilité publique. Il accueille des personnes souffrant le plus souvent de troubles psychiatriques, somatiques, sociaux ou découlant d'une addiction.
- Le Foyer André dans le canton de Neuchâtel accueille des personnes souffrant de problèmes de dépendance régulièrement associés à une comorbidité psychiatrique.
- La Fondation la Clairière dans le canton de Vaud s'adresse à des personnes âgées de 16 à 24 ans, souffrant de troubles psychiques, de dépendance et (ou) de difficultés d'insertion sociale qui sont accueillies dans un domaine agricole.
- Les Myosotis dans le canton de Vaud sont un établissement psycho-social médicalisé s'adressant à des personnes adultes atteintes dans leur santé mentale.
- L'Unité d'accueil psycho-éducative (UAP) accueille, dans le canton du Jura, des personnes momentanément marginalisées ou en situation de rupture sociale suite à des troubles ou désorganisations d'origine psychique.

Les placements extracantonaux sont pris en charge par les prestations complémentaires (ou l'Hospice général si la personne n'est pas reconnue par l'AI) à condition que l'institution figure sur la liste de la CIIS (Convention intercantonale relative aux institutions sociales). À part les Myosotis, les établissements cités ci-dessus sont reconnus par la CIIS. L'analyse de la base de données «handicap» et les entretiens réalisés avec des usagers montrent qu'une partie des personnes hébergées dans ces structures dépose ultérieurement de nouvelles demandes afin de revenir à Genève.

5.3.2. Établissements médico-sociaux

Lorsque des personnes en situation de handicap qui n'ont pas encore atteint l'âge AVS ont besoin de soins quotidiens, la solution fréquemment envisagée consiste à demander une dérogation du DEAS

⁴¹ Établissements sélectionnés parmi les foyers hors cantons les plus souvent indiqués par la CCI.

pour une entrée en établissement médico-social (EMS)⁴². Pour obtenir cette dérogation, le dossier doit d'abord être présenté à la CCI qui étudie si d'autres alternatives sont possibles. La décision d'admission requiert également l'accord de l'EMS. Le nombre de dérogations, qui avait augmenté en 2011, a baissé à partir de 2013 pour se stabiliser autour de 25 personnes par année (cf. Tableau 3). L'année 2016 marque une augmentation massive, notamment en raison de l'acceptation de toutes les demandes de dérogation par le DEAS.

L'admission en EMS est principalement proposée pour deux catégories de personnes:

- celles qui souffrent d'atteintes neuropsychiatriques importantes (lésions cérébrales), ont des difficultés à se mouvoir dans l'espace et ont des états confusionnels proches des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer;
- celles qui souffrent de troubles psychiques non stabilisés et ont besoin de soins psychiatriques quotidiens.

Tableau 3: Nombre annuel de dérogations pour l'entrée en EMS (2011-2016)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Dérogations EMS	38	33	25	25	24	48

Source: rapports annuels CCI 2011-2015, DGAS pour 2016

La base de données «handicap» montre que durant la période étudiée (de déc. 2013 à mai 2016), des personnes présentant des troubles psychiques ont été intégrées dans 17 EMS différents. Selon les établissements choisis, cette politique entraîne une cohabitation qui n'est pas toujours aisée entre des personnes avec des troubles psychiques majeurs dont l'âge moyen est proche de 50 ans et des pensionnaires dont l'âge moyen est de 85 ans. Ce décalage va s'accroître du fait que la politique cantonale en faveur des personnes âgées favorise l'ouverture d'immeubles avec encadrement pour personnes âgées (IEPA) et spécialise les EMS pour l'accueil des résidents les plus lourds en termes de soins. En outre, le personnel des EMS «classiques» n'est pas spécifiquement formé pour accueillir des personnes en situation de handicap autre que physique.

Pour limiter cette mixité, le DEAS a décidé de transformer les petits EMS en unités spécialisées d'une vingtaine de lits pour accueillir les personnes qui ont de graves troubles psychiques nécessitant l'intervention de soignants, à l'image de l'EMS la Méridienne qui prend en charge des personnes présentant des troubles du comportement trop importants pour pouvoir intégrer durablement des foyers classiques. Cet EMS y parvient grâce à la composition de son équipe, essentiellement des infirmiers et des aides-soignants, dont trois soignants spécialisés en psychiatrie mis à disposition par les HUG. Ces EMS spécialisés (Méridienne, Nant d'Avril et Mimosas) sont néanmoins envisagés comme des structures de transition entre l'hôpital et une autre prise en charge. La Méridienne a ouvert en 2012. Il est prématuré, en 2016, de tirer des conclusions sur l'effectivité de cette fonction de transition. En outre, ces EMS restent rattachés la politique publique en faveur des personnes âgées et financés selon les mêmes règles de dotation que les autres EMS (contrairement au canton de Vaud qui prévoit des établissements à mission psychiatrique).

5.3.3. Immeubles avec infirmerie

La Ville de Genève gère trois immeubles avec infirmerie (IAI) destinés aux personnes ayant besoin d'un suivi ou de soins infirmiers. Tous les locataires de ces immeubles bénéficient de services infirmiers dispensés par une équipe du service social de la ville de Genève. Ce soutien en matière de santé permet à ces personnes de conserver une autonomie dans leur quotidien et de participer à la vie sociale dans la mesure de leurs possibilités. L'immeuble avec infirmerie des Minoteries est destiné prioritairement aux personnes en situation de handicap physique, ceux du Seujet et de Sainte-Clotilde accueillent notamment des personnes en situation de handicap psychique.

⁴² Au sens de l'art. 4 al. 2 LGPEA, il s'agit de «personnes plus jeunes, dont l'état de santé physique et psychique nécessite un encadrement médico-social».

L'activité des infirmières dans les IAI est basée sur le soin relationnel, la prévention et l'éducation sanitaire. Elle comprend les prestations suivantes:

- suivi infirmier à court, moyen et long terme;
- soins généraux;
- évaluation globale de la personne et orientation en fonction de ses besoins;
- relation d'aide et de soutien;
- prévention;
- éducation à la santé.

Ces immeubles font partie du dispositif d'aide sociale de proximité de la Ville de Genève. Leur accès relève de la gérance immobilière municipale.

5.3.4. Hébergements généralistes pour personnes en situation précaire

Il existe, dans le canton de Genève, plusieurs structures pouvant héberger des personnes en situation de handicap psychique sans être reconnues comme des EPH. Il existe tout d'abord des logements d'urgence à durée limitée tels que l'accueil de nuit de l'Armée du Salut et la Virgule⁴³. Ces structures s'adressent à un public sans domicile fixe et offrent un accueil temporaire. D'autres structures accueillent des personnes en voie de stabilisation, voire dans un processus de réinsertion (logements communautaires de Carrefour Rue, foyer du Point-Virgule, unité logement temporaire de la Ville de Genève), mais très rarement des personnes présentant des troubles psychiques importants.

L'association la Carte blanche dispose d'appartements et de villas communautaires. Elle s'adresse à des personnes adultes avec une capacité de discernement totale ou partielle. Ces dernières doivent accepter de s'engager dans un processus de réinsertion impliquant une activité professionnelle à l'intérieur ou à l'extérieur de la structure. Elles doivent en outre être autonomes dans le quotidien (se lever, se laver, s'habiller, manger) et ne pas être toxicodépendantes (alcool ou stupéfiants).

Le Racard cible plus particulièrement les personnes présentant des troubles psychiques qui peuvent être importants et associés à d'autres problématiques. Ce foyer est fermé entre 10 h 45 et 16 h sauf le dimanche et les jours fériés. L'accueil est prévu pour trois mois renouvelables. L'association le Racard a ouvert un lieu d'accueil plus pérenne pour le même public, le Dracar, dans une villa mise à disposition par la Ville de Genève. Les résidents doivent participer à la vie de la maison qui reçoit, deux à trois fois par jour, la visite d'animateurs psycho-sociaux. Un protocole de collaboration a été signé avec les HUG pour permettre des interventions médicales dans les structures de l'association (Racard et Dracar). Les résidents n'ont pas l'obligation d'avoir des activités structurées durant la journée.

Ces logements présentent l'inconvénient d'être souvent fermés durant la journée, ce qui ne résout qu'une partie des problèmes des personnes concernées. Les logements du Dracar et de la Carte Blanche ne présentent pas cette limitation. En outre, les hébergements destinés à l'accueil de personnes rencontrant d'autres problématiques sociales, comme celle des violences domestiques, accueillent parfois des bénéficiaires qui souffrent aussi de troubles psychiques.

5.3.5. Hébergement à l'hôtel

Les hôtels sont employés comme hébergement d'urgence par l'Hospice général et le SPAd lorsqu'aucune autre possibilité de logement n'est disponible, que la situation de la personne est trop précaire et qu'il est attendu que l'hébergement en hôtel permette de stabiliser ses conditions de vie. L'hébergement en hôtel peut se prolonger si les personnes bénéficient d'un traitement médical approprié et qu'elles le prennent régulièrement. Le séjour des personnes dont la stabilité thérapeutique est plus faible risque d'être plus court, car la tolérance de ces établissements a des limites. Ainsi, les personnes souffrant de troubles du comportement sévères restent rarement plus de

⁴³ Accueil d'urgence en roulottes gratuit et limité à 3 mois.

trois ou quatre mois dans le même hôtel. Certains hôtels n'acceptent d'ailleurs pas les personnes atteintes dans leur santé psychique. Seul hébergement hôtelier géré par une association (T-interactions), la pension Silva offre un accompagnement par des conseillers sociaux.

Par contraste avec les foyers collectifs (résidences) des EPH, l'hébergement en hôtel présente quelques avantages tels que l'absence d'un cadre strict (pas de restriction pour l'admission de personnes extérieures, pas d'interdiction de consommation d'alcool voire de tabac dans les chambres, pas de contrôle spécifique de la consommation de stupéfiants, pas d'activités et d'horaires obligatoires) et la possibilité de s'isoler lorsque son état psychique le nécessite. Ils constituent également un hébergement moins stigmatisant, car non nécessairement rattaché au handicap.

Contrairement aux autres hébergements d'urgence, les hôtels sont accessibles toute la journée. Contrairement aux sous-locations d'appartements, ils intègrent des prestations hôtelières limitées (ménage, changement des draps et, selon les établissements, petit-déjeuner).

Pour les acteurs du réseau de prise en charge des personnes (Hospice général, service de protection de l'adulte, etc.), l'hôtel constitue une solution rapide, à laquelle il est recouru faute de mieux. Une partie des personnes en situation de handicap psychique refuse cependant des placements de ce type. En outre, l'hébergement en hôtel ne constitue pas une solution pérenne et acceptable pour la grande majorité des personnes en situation de handicap psychique qui s'y trouvent. Les problèmes suivants sont relevés.

- Absence d'un accompagnement pour structurer la vie quotidienne des usagers et limiter leurs angoisses.
- Les interactions avec les autres «clients» de l'hôtel ne sont pas forcément bénéfiques pour la stabilité psychique. Le nombre d'hôtels acceptant de tels clients étant assez réduit, tous les cas difficiles se retrouvent dans les mêmes hôtels.
- Généralement pas de possibilité de cuisiner ses repas et donc de s'alimenter correctement.
- Pas de supervision de la prise du traitement médical (à moins que la personne soit prise en charge par l'équipe mobile des HUG, cf. 5.4.3).
- Manque de sécurité: agressions, incendies.
- Hygiène douteuse (état du mobilier, punaises de lit).

Ces mauvaises conditions ont un impact sur la santé mentale des personnes placées en hôtel et sur leurs probabilités de réhospitalisation. Ce point est confirmé dans les entretiens avec les proches (Ettlin & Rüfflin, 2016). En dépit de ses nombreux inconvénients, l'hôtel constitue une destination fréquente. La moitié des 15 personnes en situation de handicap interviewées dans le cadre de la présente évaluation avaient fait un ou plusieurs séjours à l'hôtel et deux d'entre elles s'y trouvaient au moment de l'enquête. Les durées de séjour mentionnées allaient de deux mois à sept ans (Ettlin & Rüfflin, 2016).

5.3.6. Approche «Housing First» ou «un chez soi d'abord»

La plupart des prestations d'hébergement destinées aux personnes vivant les situations les plus précaires sont, comme le modèle du continuum résidentiel évoqué au point 5.2, basées sur une logique d'escalier. La personne sans domicile accède tout d'abord à un centre d'hébergement d'urgence de type collectif. Au fur et à mesure qu'elle gagne en indépendance, observe son traitement, fait preuve de son abstinence, elle peut accéder à des logements de transition (foyers, appartements protégés), puis, finalement, à un logement indépendant.

Un tel modèle ne convient pas à tous les usagers. Pour certains, le passage d'une étape à l'autre peut constituer un facteur de stress entraînant des rechutes, d'autant plus que les usagers sont peu impliqués dans le choix des hébergements. Pour d'autres, le manque d'intimité et l'obligation de suivi, caractéristiques des premières étapes, constituent des obstacles. Finalement, les compétences acquises dans des lieux encadrés ne sont pas forcément transférables à une situation de vie indépendante (Pleace, 2011).

C'est en réponse à ces critiques que s'est développée l'approche dite «*housing first*» traduite en français par «*un chez soi d'abord*»⁴⁴. Cette approche consiste à transposer, dans le domaine du logement, l'approche dite «*bas seuil*», développée dans le domaine des addictions avec un objectif principal de réduction des risques plutôt que d'arrêt de la consommation. Dans le cas du logement, cette approche revient à proposer à des personnes pour lesquelles les prises en charge conventionnelles se sont révélées infructueuses des logements individuels et des services d'aide optionnels, sans passer par les étapes intermédiaires du modèle en escalier. Ces personnes cumulent souvent des troubles psychiques, des addictions et sont souvent qualifiées de «*sans-abris chroniques*». Ce modèle a fait l'objet d'études scientifiques qui ont démontré un accroissement important de la stabilité résidentielle (Beaudoin, 2016).

Les différents interlocuteurs rencontrés par la Cour sont d'avis qu'il manque actuellement à Genève des logements indépendants à bas seuil d'accès pour les personnes en situation de handicap psychique pour lesquelles les prises en charge actuellement offertes par les EPH et les foyers d'urgence ne conviennent pas.

5.3.7. **Appréciation des hébergements alternatifs aux EPH**

Cette section visait à répondre à la question d'évaluation suivante: «**Dans quelle mesure l'offre d'hébergements alternatifs aux EPH s'avère-t-elle complémentaire aux prestations des EPH pour répondre aux besoins des personnes en situation de handicap psychique?**». L'analyse du recours à des hébergements alternatifs montre que ces hébergements présentent certaines caractéristiques qui font actuellement défaut aux EPH:

- Les foyers hors canton proposent des prestations spécialisées: foyer médicalisé, foyer prenant simultanément en charge addictions et troubles psychiques.
- Les EMS offrent une prise en charge médicalisée avec une orientation psychiatrique à condition qu'ils soient spécialisés dans la prise en charge des troubles psychiques.
- Les immeubles avec infirmerie offrent des logements individuels sans obligation de suivi socioéducatif, mais avec une présence infirmière.
- Les logements pour personnes en situation de précarité se caractérisent par un accès facilité: pas de dossier administratif, pas d'obligation d'être reconnu comme invalide et certains disposent d'un partenariat avec les HUG.
- Les hôtels se signalent par un faible niveau d'exigence à l'entrée (comme les logements pour personnes en situation de précarité), sans limitation de temps, ni suivi socioéducatif ni activités collectives tout en offrant un cadre de vie individuel et des prestations hôtelières.

De leur côté, les prestations des EPH offrent systématiquement un soutien professionnel adaptable dans un cadre administratif régulé et stable (financement garanti par les prestations complémentaires) en garantissant des conditions de sécurité supérieures à celles des trois derniers types d'hébergement présentés dans cette section. En outre, les EPH présentent l'avantage d'organiser des activités de loisirs pour leurs résidents. Cette offre d'activités contribue à la stabilité psychique des résidents.

Sur la base des réponses à cette question d'évaluation, la Cour formule les constats suivants:

Constat 4: Les EPH ne conviennent pas aux personnes nécessitant des soins quotidiens

Les établissements spécialisés du canton ne sont pas conçus pour héberger des personnes dont la prise en charge nécessite des interventions médicales (somatiques ou psychiatriques) quotidiennes, car ils ne sont pas reconnus comme prestataires de soins et, de ce fait, n'emploient en principe pas de personnel médical.

⁴⁴ <http://aurore.asso.fr/aurore-travaille-sur-le-programme-un-chez-soi-dabord>

Constat 5: Il n'existe pas d'offre d'hébergement à bas seuil spécifique au handicap psychique

Les seules prestations dont l'accès n'est pas conditionné par un nombre élevé d'exigences comportementales et administratives sont les foyers d'urgence et les hôtels. Ces prestations ne sont pas adaptées à la prise en charge de personnes présentant des troubles psychiques importants. Les foyers d'urgence pour personnes en situation de précarité sont le plus souvent fermés dans la journée et leur caractère collectif rend la cohabitation des différents résidents difficile. L'hébergement en hôtel est employé par défaut comme solution d'urgence, mais il présente un niveau de risque important.

5.3.8. Observations

Observations du DEAS

Le DEAS rappelle s'agissant du constat 4 qu'il est communément admis que c'est précisément l'intensité, d'une part, et la fréquence des soins par jour, d'autre part, qui déterminent l'institutionnalisation d'une personne handicapée. Cette dite institutionnalisation ne peut se faire que dans les deux seules structures existantes suivantes :

- *les HUG / département de psychiatrie dans le cadre d'une prise en charge psychiatrique aiguë,*
- *les EPH / les EMS qui peuvent accueillir sur le long terme des personnes avec troubles du comportement qui ne nécessitent pas pour autant une hospitalisation, mais qui ne peuvent rester à domicile.*

Il conviendra dès lors d'évaluer la nécessité absolue, comme le suggère la Cour, d'envisager des structures médicales et de soins intermédiaires entre le dispositif des HUG et celui existant dans le secteur des EPH pour ce type de personnes en fonction du nombre de situations qui seraient concernées par ce type de structures.

S'agissant du constat 5, le DEAS approuve celui-ci dans la mesure où la solution d'hébergement à l'hôtel des personnes concernées n'est effectivement pas satisfaisante. Le DEAS a demandé en 2015 à l'HG de remédier à cette situation en transformant le budget consacré par celui-ci au paiement de nuitées d'hôtel en acquisition ou location de logements adaptés à ces personnes.

Observations des autres entités consultées

Pas d'observations.

5.4. Prestations en faveur des personnes occupant un logement indépendant

Dans l'optique de favoriser le maintien à domicile et de limiter les hospitalisations de longue durée des personnes en situation de handicap psychique, il est nécessaire de disposer de prestations spécifiques s'adressant aux personnes qui louent leur propre logement. Cette nécessité est d'autant plus forte que le marché immobilier est tendu. Il est en effet très difficile de trouver un nouveau logement une fois qu'on a perdu le sien, notamment à la suite d'une hospitalisation de longue durée ou d'un séjour temporaire en EPH.

Dans le cas des troubles psychiques, le domicile constitue un lieu de travail socioéducatif et thérapeutique valable (lorsque le patient n'est pas entièrement réfractaire à toute aide). Il permet une évaluation concrète de l'autonomie de la personne et cette dernière se sent parfois plus en confiance pour évoquer sa situation que dans un bureau. L'intervention à domicile permet également d'appréhender les facteurs environnementaux (voisins excédés par le bruit par exemple). Une telle intervention consistant à soutenir l'autonomie à domicile peut être mise en rapport avec les

interventions en faveur des personnes handicapées physiques (élargir les portes, rampes d'accès, etc.) qui permettent, elles aussi, le maintien à domicile.

Cette section vise à répondre à la question suivante:

L'offre de prestations à domicile couvre-t-elle les besoins des personnes en situation de handicap psychique occupant un logement indépendant?

Pour répondre à cette question, la Cour a analysé les principales prestations à domicile s'adressant aux personnes qui disposent déjà d'un logement: accompagnement socioéducatif à domicile, aide et soins à domicile et équipe mobile de psychiatrie. Il en ressort que l'offre actuelle est fortement segmentée, alors qu'elle vise des objectifs similaires. Il n'existe, à l'heure actuelle, pas de concept articulant les interventions à domicile en faveur de ce public-cible, leur financement et leur organisation.

5.4.1. Accompagnement socioéducatif à domicile

L'accompagnement à domicile est une prestation qui existe depuis décembre 2000 à destination de personnes en situation de handicap psychique titulaires de leur bail (location ou sous-location). Elle a été fournie par différents EPH, mais n'est actuellement réalisée que par les EPI qui accompagnent environ 80 personnes à raison d'un maximum de 4 heures par semaine en moyenne annuelle. L'accompagnant peut également être joint par téléphone par l'utilisateur en cas de besoin. Un socioéducateur à plein temps peut ainsi suivre 10 situations.

La nature (type d'objectifs et d'interactions) et la forme (fréquence et lieu des rencontres, durée de la prestation) de cet accompagnement sont adaptées aux besoins des personnes suivies. Il peut s'agir de rencontres à domicile ou dans un lieu public, mais aussi d'un accompagnement lors de démarches à l'extérieur. Le public d'une telle prestation présente en effet des besoins très divers. Certaines personnes sont très peu autonomes, mais ne supportent pas la stimulation de la vie de groupe et d'un accompagnement socioéducatif trop serré. D'autres ont besoin d'un accompagnement temporaire à la suite d'une situation difficile (divorce, perte d'emploi, burnout).

L'important est que la personne soit d'accord d'être accompagnée, sinon il n'est pas possible de fixer des objectifs avec elle. La moitié des demandes émane directement des personnes concernées, l'autre moitié provient du réseau médico-social et des proches. Il n'y a pas de durée fixée d'avance. Dans la pratique, les EPI estiment à deux ans la durée moyenne d'un accompagnement. Certaines personnes sont néanmoins accompagnées depuis que la prestation existe. D'autres reviennent après une interruption. Les équipes peuvent suggérer d'interrompre la prestation lorsqu'elles estiment que le besoin d'aide n'est plus présent. L'arrêt se fait de manière progressive en espaçant les rendez-vous.

5.4.2. Aide et soins à domicile

Les organisations de soins à domicile, particulièrement l'IMAD, comptent dans leur clientèle une partie de personnes en situation de handicap psychique. Leurs interventions peuvent concerner les soins somatiques (injections, pansements, remise de médicaments), l'ergothérapie, l'aide pratique (aide au ménage, à la lessive, aux courses), la livraison de repas ou encore l'adaptation et la sécurisation du domicile. Ces organisations n'accomplissent pas de prestations de type socioéducatif.

Pour l'instant, l'ensemble des collaborateurs d'IMAD ne sont pas suffisamment formés pour interagir avec les personnes atteintes de troubles psychiques. Des conflits sont possibles, d'autant plus que la demande d'intervention à domicile émane rarement de la personne elle-même. Selon son état psychique, la personne peut ressentir la présence des aides comme une intrusion. Des cas de refus, souvent liés au déni de la maladie, sont signalés. Les collaborateurs chargés de l'aide courante nécessaire à la gestion et l'entretien d'un domicile se trouvent souvent démunis face aux enjeux du handicap psychique par manque de soutien et d'accompagnement médical dans la pose des objectifs d'intervention en cas de crise.

Les prestations de soins sont accessibles aux résidents des EPH sur prescription médicale, dans la mesure où le foyer n'emploie pas de personnel infirmier. Dans le cas contraire, ce serait aux soignants employés par l'EPH de réaliser les soins.

Sous l'égide du groupe de travail «urgence de psychiatrie» de la direction générale de la santé, l'IMAD a lancé en septembre 2016 un projet pilote de prestations de santé mentale à domicile d'une durée de dix mois. Ce projet est mené conjointement avec le département de psychiatrie des HUG, les EPI, la Ville de Vernier et les médecins psychiatres de l'association des médecins genevois. L'accompagnement, réalisé par trois infirmiers spécialisés en psychiatrie, vise à structurer la vie quotidienne des personnes aidées en fixant avec elles des objectifs concrets (se lever à une heure précise, s'organiser pour les activités quotidiennes, prendre une douche, laver son linge, aller à ses rendez-vous à l'heure, etc.). La démarche, inspirée des thérapies comportementales, vise à maximiser l'autonomie et peut nécessiter une présence quotidienne auprès du patient. Les soins fournis sont remboursables par l'assurance-maladie⁴⁵. Selon un bilan réalisé au début de l'année 2017, le projet peinait à trouver son public et n'est pas viable en l'état. L'IMAD et la direction générale de la santé ont décidé, en mars 2017, d'interrompre ce projet.

5.4.3. Équipe mobile de psychiatrie

Les équipes mobiles de psychiatrie fournissent une prestation alternative aux hospitalisations (DFI, 2016). L'équipe mobile en psychiatrie a été créée en 2007 dans le cadre d'un partenariat entre les HUG et l'association Le Relais. Elle intervient sur le terrain et offre un accompagnement spécifique aux personnes non compliantes aux soins. Ces interventions sur le lieu de vie aident à prévenir les rechutes et les réhospitalisations (Huguelet & al., 2012). Cette équipe prend en charge des personnes présentant des profils complexes (psychopathologiques, sociaux, addictologiques). Elle est composée de professionnels expérimentés et hautement qualifiés en santé mentale et psychiatrie. Elle suivait, en 2016, 67 personnes, dont une quinzaine dans des hôtels. Un des objectifs constitue à faire évoluer positivement la perception des soins par le patient suivi à domicile, afin que ce dernier puisse passer à un suivi ambulatoire.

5.4.4. Appréciation des prestations à domicile

Cette section visait à répondre à la question d'évaluation suivante: «**L'offre de prestations à domicile couvre-t-elle les besoins des personnes en situation de handicap psychique occupant un logement indépendant?**». L'offre actuelle est trop éclatée pour permettre de répondre d'un point de vue quantitatif à cette question. Sur un plan qualitatif, l'utilité des interventions à domicile est reconnue pour le public-cible des personnes en situation de handicap psychique. Ces interventions ne sont toutefois pas envisagées de manière globale comme un moyen permettant d'éviter l'institutionnalisation et de limiter les hospitalisations. Le projet pilote de l'IMAD ouvrait des possibilités qui auraient pu se concrétiser en une collaboration accrue avec les EPH et les HUG.

Sur la base de cette réponse, la Cour formule le constat suivant:

Constat 6: Les interventions à domicile ne sont pas conçues de manière suffisamment formalisée (financement, organisation)

Les prestations à domicile de l'IMAD, des EPH et des HUG, dont le but est de répondre à la priorité légale donnée à l'autonomisation des personnes en situation de handicap, ne sont pas intégrées dans un concept formalisé (rôles et responsabilités des entités, publics et objectifs visés, types de prestations fournies, financement, organisation, etc.).

⁴⁵ L'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) définit comme soins de base les «mesures destinées à surveiller et à soutenir les malades psychiques pour accomplir les actes ordinaires de la vie, telles que la planification et la structuration de leurs journées de manière appropriée, l'établissement et la promotion des contacts sociaux par un entraînement ciblé et le soutien lors de l'utilisation d'aides à l'orientation et du recours à des mesures de sécurité» (art. 7 al. 2 let. c ch. 2 OPAS). D'autres prestataires privés que l'IMAD pratiquent déjà cette prestation à domicile dans le canton.

5.4.5. Observations

Observations de l'IMAD :

Le projet pilote mentionné prévoyait d'ouvrir des possibilités de collaboration accrue de l'IMAD avec les EPH et les HUG. Après plusieurs mois force est de constater que le dispositif, sous cette forme, n'est pas le bon et doit être stoppé.

Au-delà de l'arrêt du projet lui-même c'est la question même de la définition du domicile qui devra aussi être revue, en particulier dans le cadre de l'introduction de structures à «bas seuil», absolument indispensables. Ces structures seront-elles considérées comme du domicile?

C'est sur la base de la coordination EPH-HUG concertée que pourront se greffer des prestations domiciliaires. C'est ce dispositif socioéducatif complété d'un dispositif médical de réserve (y inclus d'urgence) qui va créer le socle et les conditions de réussite du maintien à domicile et des structures à bas seuil. Imad, sur cette base, pourra ensuite contribuer, avec certaines prestations. On pense en particulier aux prestations nécessaires à l'entretien courant et à l'organisation des activités quotidiennes au sein du domicile.

Observations du DSMP (HUG)

Le DSMP n'a pas d'observation particulière à formuler.

Observations du DEAS

Le DEAS prend acte de ce constat. Il tient cependant à réaffirmer ici que tous les acteurs qui œuvrent dans cette politique (Imad, EPI, HUG, équipe mobile, etc.) déploient des efforts considérables pour maintenir une personne handicapée dans son environnement familial et personnel (domicile) afin de favoriser précisément son autonomie et ne prendre une décision d'institutionnalisation qu'en dernier ressort. S'agissant précisément de l'autonomisation qui vise par définition les personnes handicapées à domicile, le DEAS rappelle à la Cour que le Premier rapport du Gouvernement suisse sur la mise en œuvre de la Convention relative aux droits des personnes handicapées du 29 juin 2016 souligne le fait que différentes mesures existent en Suisse, a fortiori dans notre canton, pour encourager l'autonomie de vie et l'inclusion dans la société (article 19 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées). «En font partie les prestations de la sécurité sociale, la mise à disposition d'une offre de places dans des institutions répondant adéquatement aux besoins des personnes concernées, les services d'encadrement et les mesures garantissant l'accès aux services. Ces dernières années ont été essentiellement marquées par l'introduction d'une nouvelle prestation de l'AI, la contribution d'assistance, et par la diversification croissante des offres d'habitat spécifiques », (op. cit., page 26, ad. Art. 19 – Autonomie et inclusion dans la société). Il y a lieu de souligner le fait qu'à Genève, les personnes handicapées peuvent accéder à une gamme étendue de prestations tant à domicile qu'au sein des institutions y compris l'aide personnelle nécessaire pour leur permettre de vivre en société, de s'y insérer et empêcher leur isolement, ce qui contribue à réaliser le droit à l'autonomie des personnes handicapées.

Concernant le projet pilote de prestations à domicile de santé mentale développé par le DEAS par le biais de l'Imad, il a été interrompu au début de l'année 2017. Le manque de patients adressés au dispositif démontre que l'expression des besoins doit être mieux définie, mais qu'on ne peut pas partir simplement du principe que le déficit d'accès aux soins psychiques soit aujourd'hui un facteur déterminant d'échec du maintien à domicile ni même un facteur de frein.

5.5. Articulation entre interventions socioéducatives et de santé mentale

La présente évaluation ne porte pas directement sur les soins psychiatriques, mais ces derniers sont concernés dans la mesure où leur présence ou leur absence peut exercer un impact sur le logement et l'hébergement des personnes en situation de handicap psychique. Les éléments présentés dans les sections précédentes ont déjà montré le lien qui existe entre les conditions de logement et l'état de santé mentale. Cette section porte plus précisément sur la collaboration entre les acteurs de la santé mentale et ceux du domaine socioéducatif.

Cette collaboration est d'autant plus nécessaire que l'hôpital psychiatrique ne constitue plus, depuis quelques décennies, un lieu de vie. Il a pour vocation d'accueillir des patients dont la situation de crise aiguë peut représenter un danger pour eux-mêmes et pour autrui. De ce fait, la majorité des patients psychiatriques sont traités de manière ambulatoire et continuent donc à résider dans leur propre domicile durant le traitement. Ce mode d'organisation, appelé sectorisation, nécessite une articulation forte entre les prises en soins hospitalières et ambulatoires, ainsi qu'entre l'hôpital et les lieux de vie des patients les moins autonomes.

Cette section vise à répondre à la question suivante:

Dans quelle mesure les transitions des patients les moins autonomes entre les lieux de vie et les lieux de soins sont-elles efficaces?

Pour traiter cette question, la Cour a choisi d'étudier, à la fois, la collaboration entre les EPH et les HUG, notamment lors des crises de décompensation des résidents, et les possibilités de sortie des patients hospitalisés de longue durée. L'analyse de ces deux questions montre un potentiel d'amélioration de la situation des personnes concernées qui ne passe pas uniquement par l'ouverture de nouvelles places dans des structures intermédiaires.

5.5.1. Mouvements et collaborations entre les EPH et l'hôpital psychiatrique

Les équipes éducatives des EPH éprouvent des difficultés importantes à faire face aux crises de décompensation de leurs résidents. Elles ont alors besoin de collaborer avec les services de psychiatrie afin de limiter ces crises et d'éviter de trop fréquentes et longues hospitalisations. La séparation entre les prises en charge psychiatriques et socioéducatives s'avère en effet problématique pour une minorité d'usagers qui sont, pour l'instant, contraints de faire la navette entre les deux milieux. Ces allers et retours amplifient leurs troubles psychiques alors que la stabilité résidentielle constitue un facteur de rétablissement psychique. Selon les personnes rencontrées par la Cour, trois types de réponse seraient envisageables: les hospitalisations préventives, l'intervention de soignants dans les EPH et les structures intermédiaires.

- Dans une optique de prévention, les équipes éducatives souhaiteraient pouvoir hospitaliser les personnes avant que la crise survienne, de manière à éviter cette dernière. Les médecins ne sont toutefois pas toujours enclins à hospitaliser des personnes ne présentant pas les symptômes d'une crise aiguë. Il existe un certain décalage entre l'évaluation sociale et l'évaluation médicale, même lorsque les usagers sont d'accord d'être hospitalisés. Il n'existe actuellement pas, sauf exception (notamment en cas de partenariats de longue date entre EPH et centres ambulatoires de psychiatrie), de possibilité de placement bref dans une structure médicalisée lorsque le risque de décompensation devient trop aigu.
- Une deuxième solution consiste à prendre en charge les crises directement dans les EPH. La propension à hospitaliser dépend de la tolérance des équipes éducatives pour les troubles aigus du comportement et de leur capacité à comprendre les mouvements psychiques de leurs résidents. La proportion d'infirmiers en psychiatrie travaillant comme éducateurs dans

les foyers s'est fortement réduite au cours des 15 dernières années. L'expertise en santé mentale des équipes éducatives a alors baissé.

- Une troisième possibilité consiste à placer temporairement les personnes dont l'état de santé mentale fait craindre un épisode de décompensation dans une structure de transition mêlant les approches médicales et socioéducatives. Cette piste a été suivie dans le cas du handicap mental avec l'ouverture, en 2011, de la structure mixte Kaolin⁴⁶ et la création, en 2015, d'une équipe mobile EPI-HUG⁴⁷. Les unités d'accueil temporaire de répit (UATR) destinées aux personnes âgées constituent un autre modèle de structure intermédiaire permettant de limiter les institutionnalisations. Elles ne sont pas accessibles aux personnes qui n'ont pas atteint l'âge AVS.

Les représentants des services rencontrés estiment que l'intégration en décembre 2013, au sein d'un même département, des directions de l'action sociale et de la santé constitue une occasion pour développer une réelle politique articulant handicap et santé mentale qui permettrait d'encourager et de stabiliser les nombreuses collaborations qui se développent sur le terrain. La pérennité de ces partenariats peut en effet être limitée par la rotation des médecins des centres ambulatoires qui, pour la plupart, changent d'affectation chaque année⁴⁸.

- Du côté des EPI, il n'existe pas de collaboration formalisée avec l'un ou l'autre des secteurs de la psychiatrie, mais quelques partenariats à l'échelle des résidences. Ainsi, le foyer des Pâquis a pu obtenir l'intervention de soignants dans ses locaux dans le cadre de projets portés par le réseau de quelques résidents. Ces arrangements doivent toutefois être renégociés pour chaque nouvelle situation.
- Le Centre Espoir travaille en étroite collaboration avec le CAPPI des Eaux-Vives. Un médecin et trois infirmiers référents viennent plusieurs fois par semaine sur place et peuvent aussi renforcer les soins des patients dont l'état de santé mentale est en train de se dégrader. Ce partenariat est actif depuis déjà 10 ans avec la signature d'une convention. En outre, les résidents peuvent bénéficier d'hospitalisations programmées pour quelques jours au terme desquels ils peuvent rentrer dans leur foyer. Il y a également des rencontres deux fois par an entre les directions du CAPPI des Eaux-Vives et du Centre Espoir pour faire le point sur la collaboration entre les deux structures.
- Les liens entre Trajets et le département de psychiatrie et de santé mentale (DSMP) des HUG se sont également développés depuis 2016 avec des rencontres et des visites permettant aux deux parties de mieux comprendre leurs contraintes et attentes respectives. Trajets a également obtenu l'organisation systématique de réunions de réseau à la sortie de l'hôpital afin de favoriser la prise en charge ambulatoire ultérieure.

5.5.2. Possibilités de sortie des patients hospitalisés de longue durée à Belle-Idée

Alors que les séjours hospitaliers sont généralement brefs (plus de la moitié des patients sortis en 2015 sont restés moins de 12 jours), une petite part de patients fait monter la durée moyenne d'hospitalisation (nombre de journées de soins divisé par le nombre d'hospitalisations durant l'année) à 27.4 jours. Ces chiffres sont par ailleurs en augmentation par rapport à ceux de 2010. Cet allongement de la durée des séjours constitue un problème à plusieurs titres:

- pour les patients de longue durée eux-mêmes, qui se trouvent dans un environnement peu stimulant et risquent un déclin fonctionnel et une perte d'autonomie;
- pour l'ensemble des patients qui sont hospitalisés dans un hôpital surchargé (promiscuité, problèmes de sécurité, accès réduit aux soins);

⁴⁶ <http://www.epi.ge.ch/personnes-en-situation-de-handicap/cadre-de-vie/residences/residence-de-thonex/appartement-kaolin/>

⁴⁷ <http://www.hug-ge.ch/specialites-psychiatriques/equipe-mobile-mixte-updm-epi>

⁴⁸ Pour limiter ce problème, certains EPH cherchent à faire suivre leurs résidents par des psychiatres privés, mais les médecins acceptant ce type de prise en charge sont relativement peu nombreux.

- pour les finances publiques, étant donné que le coût moyen d'une journée d'hospitalisation (estimé à 1000 F par jour) est nettement supérieur à celui de tous les autres types de prise en charge.

Il y a, dans les unités de psychiatrie adulte, jusqu'à environ 20 % de patients qui pourraient sortir et qui sont en recherche de logement. Une partie de cette attente est inévitable, car certains patients ont besoin d'une phase d'adaptation/transition pour une sortie à l'essai, quelques jours dans leur nouvel hébergement et quelques jours à l'hôpital, avant une sortie définitive. Pour le reste, l'attente est liée aux facteurs présentés au point «Occupation d'un logement indépendant» à la page 26, ainsi qu'à l'attente à l'entrée des institutions spécialisées pour lesquelles une demande doit être déposée auprès de la CCI⁴⁹. Il apparaît ainsi que les HUG recourent aux demandes CCI afin de limiter des prolongations inutiles du séjour de leurs patients et de diminuer la surcharge des unités hospitalières. Étant donné que les EPH ont des listes d'attente, il arrive que la démarche soit initiée alors que la personne n'est pas entièrement rétablie.

En addition, les possibilités de sortie varient fortement en fonction du statut de l'hospitalisation. La sortie est possible en tout temps pour les personnes entrées librement, mais elle est limitée pour celles qui ont été hospitalisées sous contrainte, par le biais d'un placement à fin d'assistance (PAFA) selon le droit de protection de l'adulte (art. 426 ss CC). Un PAFA peut être ordonné soit par l'autorité de protection de l'adulte (le Tribunal de protection de l'adulte et de l'enfant [TPAE]), soit par un médecin. Selon les HUG, les PAFA ordonnés par le TPAE constituent un facteur supplémentaire d'allongement des durées d'hospitalisation. Les patients dans cette situation représentaient 20 % des personnes hospitalisées à Belle-Idée en septembre 2016. La sortie de ces patients doit être validée par le TPAE, ce qui nécessite du temps et des éléments concrets permettant de convaincre le tribunal. Ce passage obligé tend à freiner les possibilités de transition des patients concernés, étant donné qu'un changement de lieu d'hébergement nécessite une nouvelle décision du TPAE.

Finalement, une petite partie des patients de longue durée ne bénéficient plus de la couverture assurantielle standard, car les assurances estiment qu'une prise en charge médicale ne se justifie plus. Le nombre de patients en fin de traitement en psychiatrie adulte est cependant faible⁵⁰.

5.5.3. Appréciation de l'articulation entre interventions socioéducatives et de santé mentale

Cette section visait à répondre à la question d'évaluation suivante: «***Dans quelle mesure les transitions des patients les moins autonomes entre les lieux de vie et les lieux de soins sont-elles efficaces?***». Les éléments présentés dans cette section indiquent qu'en l'absence d'une politique coordonnant explicitement santé mentale et handicap, la collaboration entre les EPH et les HUG découle principalement d'initiatives individuelles visant à faciliter les prises en charge successives ou simultanées de résidents en situation de handicap psychique.

Cependant, il existe déjà trois projets s'adressant à des personnes en situation de handicap mental rencontrant d'importants troubles de comportement et menés conjointement par les EPI et l'unité de psychiatrie du développement mental des HUG. Une collaboration accrue entre la psychiatrie adulte et les EPH permettrait aux HUG de limiter les hospitalisations et de favoriser les sorties. Elle permettrait aux EPH de disposer d'alternatives à l'hospitalisation. Finalement, elle faciliterait les transitions des individus concernés.

Sur la base de cette réponse, la Cour formule le constat suivant:

⁴⁹ Les EPH accueillent tout de même un nombre important d'ex patients des HUG. L'analyse statistique des débuts de prestations tous handicaps confondus montre que 22 % (84) des entrées en EPH entre décembre 2013 et mai 2016 concernaient des personnes qui étaient hospitalisées au moment de leur demande.

⁵⁰ En juin 2016, cinq personnes étaient concernées.

Constat 7: Les transitions entre EPH et HUG ne sont pas suffisamment développées et formalisées

En dépit de l'interdépendance des domaines du handicap psychique et de la santé mentale, il n'existe pas de collaboration formalisée au niveau départemental pour la prise en charge des personnes en situation de handicap psychique.

5.5.4. Observations

Observation du DEAS

Le DEAS rappelle qu'il existe déjà notamment une convention de collaboration entre les HUG et le Centre-Espoir (datant de janvier 2006) qui permet précisément de répondre de manière efficace aux besoins sociaux et sanitaires des personnes présentant des troubles psychiques et qui séjournent dans ledit centre. Le DEAS veillera à ce que ce type de collaborations soit intensifié avec d'autres EPH du dispositif.

Observations du DSMP (HUG)

Le DSMP n'a pas d'observation particulière à formuler.

5.6. Implication et soutien des proches aidants

Selon la définition retenue par la direction générale de la santé, «le proche aidant est une personne de l'entourage immédiat d'un individu atteint dans sa santé et/ou son autonomie et qui requiert une assistance pour certaines activités de la vie quotidienne»⁵¹. Les proches aidants constituent des acteurs centraux dans la mise en œuvre des politiques visant des personnes dépendant d'une aide extérieure. Il est nécessaire de connaître leurs besoins pour favoriser leur implication qui permet elle-même d'apporter une aide aux personnes dans un cadre familial et de limiter l'intervention de tiers. Cette section vise à répondre à la question suivante:

Quels sont les besoins spécifiques des proches des personnes en situation de handicap psychique et comment ces besoins sont-ils pris en compte?

Sur la base des éléments présentés dans cette section, il apparaît que les proches ont un besoin important d'aide au moment où les troubles psychiques apparaissent. Un soutien adéquat à ce moment pourrait permettre de limiter deux facteurs qui causent souvent l'arrêt du soutien des proches: les conflits et l'épuisement.

L'objectif d'implication des proches dans les politiques du handicap a été principalement conçu en référence avec le monde du handicap mental dans lequel les parents constituent un acteur central. Dans ce domaine, les associations de parents sont actives dans la mise en œuvre même de prestations telle que les séjours de loisirs. Elles sont aussi à l'origine de la création de certaines institutions. Cette forte implication est liée aux caractéristiques spécifiques du handicap mental: atteinte souvent dès la naissance, maintien de l'autorité parentale au-delà de la majorité, hébergement fréquent par les proches. Dans le domaine du handicap psychique, ces caractéristiques sont très différentes: atteinte survenant le plus fréquemment entre l'adolescence et le début de l'âge adulte, alors que la personne est déjà indépendante de ses parents. En outre, dans la plupart des cas, les troubles psychiques entraînent des conflits importants entre la personne et ses parents.

Du fait de ces différences, l'exercice par les proches des personnes en situation de handicap psychique d'un rôle actif en matière de logement et d'hébergement est le plus souvent limité aux premières phases des troubles psychiques, lorsque la maladie se déclare. Tant les conflits que le fait

⁵¹ <http://ge.ch/sante/planification-reseau-de-soins/reseau-de-soins/planification-reseau-de-soins-proches-aidants>

que les personnes concernées ne peuvent plus être considérées comme des mineurs font que l'aide apportée par les proches a tendance à diminuer au fur et à mesure que le temps s'écoule. Ainsi, parmi les personnes hébergées en EPH, celles dont les proches jouent un rôle actif, au-delà d'une brève rencontre annuelle, représentent une minorité estimée à moins d'un quart dans les foyers étudiés par la Cour. Cette absence de relations peut aussi provenir de la volonté des personnes concernées qui ne souhaitent pas que leurs proches soient impliqués.

Les entretiens conduits par la Cour avec des proches de personnes ayant déposé une demande d'indication entre 2014 et 2016 font apparaître les points suivants. En premier lieu, l'implication des proches peut être très variable. Elle oscille entre une implication très forte à travers une prise en charge complète de la personne concernée jusqu'à un retrait complet (souvent pour se protéger soi-même d'un épuisement). Par ailleurs, lorsqu'un proche héberge une personne en situation de handicap psychique, il prend en charge toute la palette du soutien et de l'accompagnement nécessaires, à savoir:

- soutien administratif (démarches avec les autorités et le personnel soignant, etc.);
- soutien affectif et moral;
- soutien dans les actes de la vie quotidienne (ménage, entretien du linge, alimentation);
- sécurisation de la personne (limiter les risques);
- encadrement 24 h sur 24 h: programme récréatif, éducation, mobilisation, activités à l'extérieur, etc.

La cohabitation peut être difficile du fait de conflits répétés, souvent en lien avec des besoins différents des deux parties. L'hébergement d'un proche en situation de handicap psychique représente un investissement affectif considérable en termes de temps et d'énergie, et peut avoir des effets négatifs sur la vie sociale et familiale ainsi que sur la santé psychique des proches eux-mêmes. Ces raisons sont parmi celles qui poussent les proches à déposer des demandes auprès de la CCI, parfois de manière anticipée en l'absence de solutions de répit. À ce moment-là, ils ignorent souvent les spécificités des prestations existantes et ne parviennent donc pas à préciser leur demande. En outre, ils estiment qu'une fois leur proche convaincu de la nécessité de quitter le foyer pour un hébergement en EPH, il serait crucial que l'entrée dans la nouvelle structure ait lieu rapidement tant que la motivation est encore présente. En effet, au fur et à mesure que l'attente se prolonge, la motivation de la personne à quitter un domicile, dans lequel elle a ses habitudes et est aidée par des personnes qu'elle connaît (le plus souvent ses parents) s'amenuise.

Les besoins suivants ont été évoqués par les proches:

- recevoir de l'information, des conseils et un soutien administratif,
- vivre une vie sociale «normale»,
- se protéger contre les conséquences négatives de la maladie de la personne concernée,
- éviter l'épuisement, avoir de la relève et recevoir un soutien «avant d'arriver à la catastrophe»,
- favoriser l'indépendance de la personne concernée.

Les proches rencontrés par la Cour ont fait état de trois types d'offres de soutien:

- associations d'entraide apportant une écoute, des échanges et des informations,
- thérapeutes privés apportant une écoute, ainsi qu'un suivi psychologique, voire psychiatrique,
- soutien indirect: la prise en charge de la personne concernée par des professionnels, tels que les curateurs, représentent souvent un soulagement pour les proches.

Les lacunes suivantes ont été identifiées:

- L'information concernant les possibilités de soutien est peu accessible.
- Les prestations de conseil et de soutien des proches sont limitées, en particulier lorsque ces derniers ne s'adressent pas à l'association de soutien existante, le Relais, dont les moyens financiers sont limités (uniquement les cotisations des membres).

- Les procédures permettant l'accès à des hébergements pérennes hors du cadre familial sont relativement compliquées et le temps d'attente est important, car la majorité des situations ne sont pas considérées comme urgentes.
- Il n'existe pas de solutions d'urgence ou de relève permettant aux proches qui apportent une aide directe de s'absenter durant plusieurs jours, par exemple pour prendre des vacances, mais aussi lorsque la charge devient trop lourde. Ce manque de possibilités de répit est à l'origine d'une partie des demandes auprès de la CCI.
- Du fait des deux dernières lacunes, les proches doivent souvent attendre la survenance d'une crise aiguë conduisant à une hospitalisation et à une situation plus urgente facilitant l'accès aux établissements spécialisés.

La direction générale de la santé (DGS) est en charge du soutien aux proches aidants, que la personne aidée soit âgée ou en situation de handicap. Elle prévoit, durant l'année 2017, de tester un projet pilote de guichet unique pour tous les proches aidants (indépendamment de la typologie ou de l'âge de la personne aidée). Ce guichet unique prendrait la forme d'une ligne téléphonique d'information, annoncée par le biais d'un dépliant disponible dans tous les cabinets médicaux et autres lieux de consultation. Les répondants auront la mission d'évaluer la nature et l'urgence des demandes et d'orienter les demandeurs vers les interventions possibles.

5.6.1. Appréciation de l'implication et du soutien des proches aidants

En réponse à la question d'évaluation «**Quels sont les besoins spécifiques des proches des personnes en situation de handicap psychique et comment ces besoins sont-ils pris en compte?**», la Cour retient les éléments suivants:

- Les relations entre les personnes en situation de handicap psychique et leurs proches sont souvent tendues du fait de la nature des troubles psychiques.
- L'implication des proches aidants est la plus forte lorsque les troubles psychiques se déclarent.
- À ce moment, ils peinent à trouver de l'information sur les aides existantes.
- Les hospitalisations psychiatriques constituent la seule forme de répit pour les proches aidants.

Sur la base de ces réponses, la Cour formule le constat suivant:

Constat 8: Le soutien en faveur des proches des personnes en situation de handicap psychique demeure insuffisant

Il n'existe pas de solution de répit pour les proches aidants dans le domaine du handicap psychique. Ces derniers connaissent très peu les possibilités d'aide qu'il est possible d'apporter à leur proche, en particulier dans la période qui suit le déclenchement des troubles psychiques.

5.6.2. Observations

Observations du DEAS

Le DEAS partage ce constat dans la mesure où ces derniers temps des réflexions ont été engagées (au niveau national et cantonal) en vue d'intensifier le soutien aux proches aidants des personnes concernées, à savoir les personnes âgées, les personnes handicapées et les enfants gravement malades. C'est ainsi que des journées nationales de sensibilisation ont lieu chaque année en octobre ou novembre. Ces différentes réflexions sont de nature également politique dans la mesure où la question du soutien financier aux proches aidants (sous forme de rétributions ou déductions fiscales) est en cours de discussion. Par ailleurs, le DEAS tient à souligner le soutien financier prévu pour l'association Insieme en vue de développer le service de relève des proches-aidants.

5.7. Appréciation générale concernant le droit à l'autodétermination en matière d'hébergement

Cette section vise à évaluer la cohérence entre l'organisation de la politique publique en matière de handicap et l'article 19 de la Convention de l'ONU en faveur des personnes handicapées qui demande aux États de faire en sorte que ces dernières ne soient pas obligées de vivre dans un milieu de vie particulier. Plus généralement, elle aborde la question du droit à l'autodétermination prôné par ladite convention.

Le cadre légal fait du choix du lieu de vie un droit strictement personnel, excepté en cas de placement à des fins d'assistance. En matière d'hébergement, la décision finale revient toujours à la personne concernée. Certaines personnes refusent d'entrer dans quelque projet que ce soit et refusent donc d'entreprendre des démarches pour une entrée en foyer. D'autres refusent d'être hébergées en hôtel. Les personnes peuvent formuler des demandes pour le type de logement de leur choix, mais la réalisation de leurs souhaits dépend fortement de l'offre disponible. Les professionnels travaillant dans les EPH accompagnent les résidents dans leurs projets d'habiter en appartement individuel, même lorsqu'ils estiment que la personne n'est pas prête. Il leur paraît important que cette dernière ait tenté l'expérience et se soit rendu compte par elle-même de ses propres limites. Une telle expérience lui permet en général de mieux s'investir dans des projets d'autonomisation dans lesquels il subsiste une part d'encadrement socioéducatif.

La tâche des professionnels de l'ensemble du réseau consiste à favoriser le choix individuel, tout en prenant en compte la capacité de la personne à assumer les contraintes liées au lieu de vie qu'elle choisit. Lorsque plusieurs tentatives précédentes se sont soldées par un échec et que rien ne semble indiquer une amélioration de la capacité de la personne à vivre seule, ils se retrouvent souvent à travailler l'acceptation par la personne d'un mode de vie plus encadré. Les personnes responsables des admissions dans les EPH indiquent qu'il arrive que des personnes aient quelques réticences lors de l'entrée, mais que cette résistance s'estompe en général après quelque temps, notamment lorsque des possibilités d'habitat plus autonome sont envisageables par la suite.

La procédure d'entrée en EPH met en avant l'autodétermination des usagers. La personne décide elle-même de déposer une demande d'indication. Une fois l'indication reçue, elle doit prendre contact avec le ou les EPH indiqués pour un premier entretien d'information et d'étude de la demande. Elle doit ensuite reprendre contact pour visiter des lieux (pour les EPH exploitant un seul site, la visite peut avoir lieu lors du premier entretien), puis confirmer sa volonté d'être intégrée dans l'EPH. Cette procédure favorise l'autodétermination et permet d'éviter des institutionnalisations non désirées. Elle peut aussi décourager des personnes peu à l'aise avec les démarches administratives et les contacts avec de nouvelles personnes. De surcroît, le manque de places peut entraîner des choix par défaut lorsque la structure visée est complète.

Les éléments recueillis pour répondre à cette question indiquent que les aspirations des personnes en situation de handicap psychique à une vie autonome sont importantes et que l'offre actuelle et la saturation du marché du logement ne permettent pas aux personnes qui le souhaitent de tenter cette expérience. Ils montrent également que l'autonomisation du public-cible constitue un processus souvent interrompu du fait de la nature du handicap psychique. Il est donc nécessaire à la fois de développer l'offre pour accroître les possibilités de choix et d'accompagner dans leurs choix les personnes qui en ont besoin.

5.8. Appréciation générale concernant l'impact de la pénurie de logements et d'hébergements

Les éléments présentés dans ce chapitre mettent en lumière le fait que dans un contexte de manque de places, de listes d'attente généralisées et d'une pénurie de logements bon marché, plusieurs phénomènes indésirables se produisent:

- Lorsque les listes d'attente sont longues, les EPH peuvent être plus sélectifs et laisser en attente les situations complexes (cf. 5.2.2);
- les résidents qui contreviennent aux règles internes des EPH ne peuvent pas être renvoyés faute de place ailleurs, ce qui affaiblit la mise en œuvre desdites règles. Seules les infractions les plus graves entraînent le renvoi, avec souvent des hospitalisations et des placements en hôte (cf. 5.2.1);
- les personnes hospitalisées ne peuvent pas directement sortir vers un EPH faute de places libres. Pour accélérer le processus, les acteurs du réseau déposent des demandes pour des personnes qui ne sont pas encore stabilisées et visent des structures dans lesquelles le temps d'attente est moins important, mais qui ne sont pas forcément adaptées aux besoins (cf. 5.5.2);
- les proches aidants ont tendance à faire des demandes anticipées pour prévoir le moment où ils ne seront plus en mesure d'apporter l'aide nécessaire (cf. 5.6);
- la politique actuelle consiste à réserver les quelques places disponibles pour les cas les plus urgents (notamment grâce à la création de places d'urgence, cf. 6.2.2 infra). Son corollaire est la prolongation de l'attente des autres personnes dont la situation risque de devenir à son tour urgente, notamment en raison d'un risque accru de décompensation.

Sur la base de ces observations, la Cour formule le constat suivant:

Constat 9: Le manque de logements et de places d'hébergement contribue à accroître la demande d'hébergement en EPH

Les personnes en situation de handicap en attente d'un hébergement ne sont pas les seules à pâtir du manque de places. La pénurie, qui concerne tous les types de handicap, exerce des effets négatifs sur les autres résidents et sur les équipes éducatives. Cette pénurie, en outre, pousse les acteurs du réseau et les proches à faire des demandes anticipées, soit pour des personnes qui pourraient conserver leur logement actuel, soit, à l'autre extrême, pour des personnes dont l'état de santé n'est pas suffisamment stabilisé pour une entrée en EPH.

5.8.1. Observations

Observations du DEAS

Comme le relève la Cour, la pénurie de logement dans notre canton touche l'ensemble des personnes qui y résident. Cette pénurie n'épargne hélas pas, par effet collatéral, les personnes handicapées, mais dans une moindre mesure. Cela étant, le DEAS ne dispose pas de données quantifiées sur le nombre de situations qui serait de nature à fonder le constat de la Cour. L'analyse à laquelle procède la Cour pour pallier au manque de données permettant de déterminer avec précision le nombre de places manquantes doit être nuancée, dès lors que les personnes concernées ou leur entourage n'informent pas l'État des raisons pour lesquelles celles-ci ne seraient pas entrées dans un EPH deux ans après avoir reçu une indication de la CCI.

Précision de la Cour des comptes au sujet de l'observation 5.8.1 du DEAS

Le DEAS fait ici référence à des «données quantifiées» qui n'ont pas encore été présentées à ce stade du rapport. Ces données et l'analyse qui en découle figurent aux points 6.3.3 et 6.3.4 et sont de nature à fonder le constat de manque de places.

Pour ce qui est d'un éventuel chiffrage de «l'effet collatéral» évoqué par le DEAS, la Cour estime peu pertinent de faire porter le débat sur des comptages et souhaite plutôt faire porter la réflexion sur la cohérence générale des interventions visant le public-cible de l'évaluation.

Observation des autres entités consultées

Pas d'observations

6. ANALYSE DE LA POLITIQUE PUBLIQUE EN MATIÈRE DE HANDICAP

Ce chapitre traite du cadre organisationnel de la politique publique en matière de handicap. Les analyses conduites portent principalement sur les priorités politiques, la planification, le suivi et le financement des prestations d'hébergement offertes par les établissements pour personnes handicapées. Ces prestations représentent la majorité des dépenses de la politique publique telle que définie dans le budget cantonal.

6.1. Priorités de la politique publique en matière de handicap

Cette section vise à répondre à la question suivante:

Les priorités cantonales en matière de handicap sont-elles cohérentes avec les objectifs prévus par la loi cantonale sur l'intégration des personnes handicapées?

Pour répondre à cette question, la Cour a comparé les objectifs de la LIPH aux axes stratégiques présentés par le canton en 2010 et en 2014 et aux objectifs fixés dans le budget à la politique publique en matière de handicap. Elle observe que les priorités définies dans les axes stratégiques et le budget cantonal centrent l'effort public sur les établissements spécialisés, les bénéficiaires de l'assurance-invalidité et les prestations d'hébergement, alors que les objectifs de la LIPH sont beaucoup plus larges. Les sous-sections suivantes apportent les éléments soutenant ces affirmations.

6.1.1. Objectifs prévus par la LIPH

Pour mémoire, la LIPH contient les objectifs suivants:

«L'État, en collaboration avec les communes et les tiers intéressés, encourage l'intégration sociale, scolaire, professionnelle et culturelle (...) des personnes handicapées et soutient les initiatives visant à prévenir leur exclusion et à assurer leur autonomie.» (art. 1 al. 3)

«L'État encourage et soutient des actions ayant pour but de réduire, voire de supprimer les obstacles limitant l'intégration ou excluant les personnes handicapées.» (art. 2)

La LIPH constitue par ailleurs une loi-cadre prévoyant un vaste ensemble de mesures décrites à l'art. 5. Ces mesures concernent l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap, notamment dans les services publics, l'accessibilité des lieux publics et l'intégration dans des activités socioculturelles. Ces mesures ne sont pas détaillées plus en avant dans la loi qui porte principalement sur les établissements spécialisés.

6.1.2. Axes stratégiques

L'élaboration d'un plan stratégique était requise par la LIPPI lors du transfert de la Confédération au canton, des compétences en matière de handicap. Approuvé par le Conseil fédéral et publié en mai 2010, ce document décrit les grandes lignes de la politique cantonale menée en faveur des personnes handicapées dans le canton de Genève. Il prévoit quatre axes stratégiques:

- *«Améliorer la qualité de vie des personnes handicapées et la qualité des services qui leur sont offerts;*
- *Soutenir des actions ayant pour but de réduire, voire de supprimer les obstacles limitant ou excluant les personnes handicapées;*
- *Renforcer l'intégration professionnelle en milieu ouvert;*
- *Prendre en compte les problèmes liés au vieillissement et à la longévité des personnes handicapées» (Plan stratégique du canton de Genève en faveur de l'intégration des personnes handicapées, p. 7).*

Au cours du temps, la présentation de ces axes a été revue par la DGAS. Ainsi, en novembre 2014, les axes présentés lors d'une journée de réflexion et d'information relative à la politique globale du handicap étaient les suivants:

- «Adapter l'offre à l'évolution des besoins des personnes en situation de handicap⁵²;
- Soutenir une approche à la fois socioéducative et médico-thérapeutique;
- Développer des modes de prise en charge qui répondent à l'évolution des besoins identifiés et au parcours de vie des personnes handicapées;
- Valoriser le potentiel des personnes en situation de handicap autant que possible (autonomie).» (Présentation du DEAS, vendredi 14 novembre 2014, p. 12)

Cette nouvelle présentation indique un resserrement relatif des priorités en faveur de la prise en charge des personnes en situation de handicap plutôt qu'en direction de leur intégration. Cette prise en charge s'articule selon deux nouveaux axes: le développement d'une approche alliant santé et social ainsi qu'un accent sur l'autonomisation.

6.1.3. Objectifs fixés dans le budget cantonal par politique publique

À un niveau plus opérationnel, le budget du canton de Genève est découpé par politique publique. La politique publique E, qui concerne le handicap, se décompose en deux programmes: E01 «Mise en œuvre et conduite des actions en faveur des personnes handicapées» et E02 «Soutien financier individuel aux personnes handicapées».

Le programme E01 concerne les établissements spécialisés. Dans le budget 2017, ses objectifs sont les suivants:

1. «Garantir un nombre suffisant de places en EPH;
2. Optimiser qualitativement et quantitativement l'utilisation des places existant en EPH.»

Le programme E02 concerne les prestations complémentaires à l'assurance-invalidité. Dans le projet de budget 2017 ses objectifs sont les suivants:

1. «Garantir pour les rentiers AI un examen rapide des dossiers de prestations complémentaires;
2. Garantir un octroi des prestations complémentaires conforme à la loi;
3. Limiter le coût administratif du traitement des dossiers.»

En outre, la planification sanitaire 2016-2019 a notamment pour objectif de développer la «capacité à innover dans la prise en charge domiciliaire de patients atteints dans leur santé mentale ou psychique» (PL 11845, p. 14).

6.1.4. Appréciation des priorités de la politique publique en matière de handicap

En réponse à la question d'évaluation suivante «**Les priorités cantonales en matière de handicap sont-elles cohérentes avec les objectifs prévus par la loi cantonale sur l'intégration des personnes handicapées?**», la Cour relève que les priorités retenues ne sont pas contradictoires avec les objectifs de la LIPH. Ces priorités favorisent cependant la prise en charge résidentielle des invalides plutôt que l'intégration des personnes handicapées. Trois tendances principales peuvent être relevées:

- un centrage sur les établissements spécialisés, plutôt que sur des actions visant l'intégration ;
- un centrage sur les bénéficiaires de l'assurance-invalidité, qui représentent une catégorie délimitée par des règles administratives, plutôt que sur les personnes en situation de handicap telles que définies par l'OMS (cf. 1.2.2 pour la définition) ;

⁵² Le programme de législature 2014-2018 du Conseil d'État s'appuie sur cet axe pour répondre à sa priorité concernant la préparation au vieillissement de la population et l'évolution des besoins des personnes handicapées.

- une récente prise de conscience de la nécessité d'allier les prises en charge socioéducative et médico-sociale et de développer des interventions à domicile.

Sur la base des éléments présentés dans cette section, la Cour formule le constat suivant:

Constat 10: La politique publique est centrée sur les institutions spécialisées

Les interventions financées par l'État sont focalisées sur les personnes invalides bénéficiaires des prestations des institutions spécialisées, ce qui est conforme au cadre légal fédéral posé par la LIPPI. Toutefois, cette priorisation favorise de facto la prise en charge résidentielle des invalides bien que les objectifs de la LIPH visent l'intégration au sens large de l'ensemble des personnes en situation de handicap⁵³.

6.1.5. Observations

Observations du DEAS

Le DEAS rappelle que la loi fédérale sur les institutions destinées à promouvoir l'intégration des personnes invalides (LIPPI) pose le principe que chaque canton garantit que les personnes invalides domiciliées sur son territoire ont à leur disposition des institutions répondant adéquatement à leurs besoins (article 2 LIPPI). Par ailleurs, la LIPH, à laquelle la Cour se réfère dans son constat, reprend précisément le même principe en son article 9 aliéna 1 qui insiste bien sur le critère d'invalidité et non pas sur l'ensemble des personnes en situation de handicap. Cela étant et le DEAS est conscient qu'une réponse sociétale doit être développée à l'égard de toutes les personnes handicapées qui n'auraient pas vues leur invalidité reconnue par l'AI

6.2. Analyse des besoins et planification

La mise en œuvre d'interventions efficaces et adaptées dépend, d'une part, de la manière dont les besoins du public-cible sont analysés et, d'autre part, de la planification des interventions visant à répondre à ces besoins. Cette section vise à répondre aux questions d'évaluation suivantes:

Dans quelle mesure l'analyse des besoins des personnes en situation de handicap permet-elle de planifier des interventions adaptées à ces besoins?

Quels sont les facteurs qui limitent l'ouverture de places d'accueil correspondant à la planification?

Pour répondre à ces questions, la Cour a examiné sur quelles bases l'analyse des besoins était réalisée, comment la planification était établie et quelle était la correspondance entre la planification et les réalisations. Elle a ensuite étudié dans quelles conditions étaient créées les nouvelles places d'accueil dont le financement est prévu par la loi 11295 qui règle les contrats de prestations des établissements spécialisés pour la période 2014-2017. Les éléments présentés dans la suite du texte indiquent que l'analyse des besoins et la planification des nouvelles places d'accueil dépendent principalement des opportunités d'ouverture de nouvelles places dans les EPH existants. En outre, le rythme d'ouverture des nouvelles places s'est avéré inférieur à la planification, alors que le budget était disponible. Ce défaut s'explique par des raisons diverses telles que les retards pris dans les travaux et des abandons de projets.

⁵³ La référence au public-cible sous l'angle de l'invalidité (standard minimal) ne concerne que les établissements spécialisés (EPH). Les autres prestations prévues par l'article 5 LIPH s'adressent à l'ensemble des «personnes handicapées».

6.2.1. État de l'analyse des besoins

Le canton est responsable de la planification de l'offre de prestations en matière de handicap depuis le 1^{er} janvier 2008. Héritée de l'office fédéral des assurances sociales (OFAS), cette planification concerne uniquement le financement de nouvelles places dans les établissements spécialisés. Selon la LIPPI (art.10 al.2 let. a et b), la planification doit être à la fois quantitative et qualitative. Les membres de la Conférence latine des affaires sanitaires et sociales (CLASS) ont convenu d'organiser un recensement périodique des besoins des bénéficiaires et des fournisseurs de prestations sur la base des quatre sources d'information suivantes⁵⁴:

- enquête auprès des institutions;
- indicateurs complémentaires de la demande (demandes non satisfaites, personnes handicapées hospitalisées en psychiatrie, mineurs en institution spécialisée ou hébergés en famille, personnes placées hors du canton);
- contrôle du taux d'institutionnalisation des rentiers de l'assurance-invalidité (AI);
- scénarios dynamiques⁵⁵ permettant de déterminer les tendances à long terme en se basant sur l'évolution numérique de la population des rentiers AI (Wernli, 2007).

Dans le canton de Genève, la planification cantonale des besoins a pour objectif de mettre en adéquation:

- *«les besoins identifiés en faveur des personnes handicapées;*
- *les projets portés par les institutions, respectivement ceux retenus par le département;*
- *les ressources disponibles (principalement, financières et foncières)»⁵⁶.*

Les **besoins** sont identifiés sur la base des données de la commission cantonale d'indication concernant les demandes en cours par type de handicap, les données de l'office cantonal AI concernant le nombre de bénéficiaires AI par type de handicap et les données de l'office médico-pédagogique (OMP) recensant les élèves de l'enseignement spécialisé qui auront 18 ans durant l'année en cours. En complément, la DGAS considère le nombre d'adultes en situation de handicap hébergés dans des institutions extracantonales, ainsi que le nombre d'adultes provenant d'autres cantons hébergés dans les EPH genevois.

Les **projets** portés par les institutions sont communiqués à la DGAS au moyen d'un questionnaire statistique annuel. Ce questionnaire recense les projets d'ouverture de places pour une période quadriennale, il doit mentionner le nombre de places, la catégorie de ces places (HO, H, A, CdJ), ainsi que la date d'ouverture souhaitée.

Les **ressources** disponibles sont constituées par le budget voté par le Grand Conseil pour le financement de nouvelles places durant l'année en cours.

Le processus de planification, décrit ci-dessous au point 6.2.2, consiste à arbitrer parmi les projets présentés par les EPH en fonction du budget disponible et des données quantitatives présentées ci-dessus. La DGAS n'examine toutefois pas toutes les données prévues par les directives cantonales, en particulier celles qui concernent les besoins des personnes qui ne fréquentent pas le réseau institutionnel⁵⁷. Il convient de noter que la quantification exacte des besoins est difficile à déterminer sur la simple base de comptages. Il n'est en effet pas possible d'additionner les chiffres provenant de diverses institutions au risque de compter plusieurs fois les mêmes personnes.

⁵⁴ CLASS, 2008, *Principes communs des plans stratégiques romands*, https://www.fr.ch/sps/files/pdf21/1052_f.pdf.

⁵⁵ Selon Julien & al. (1975), les scénarios dynamiques constituent une méthode spécifique de planification qui ne se fonde pas sur des données rétrospectives.

⁵⁶ Mémento EPH, section J, *Planification cantonale des besoins*

⁵⁷ Il s'agit des données provenant des acteurs suivants: «*Pro Infirmis, les Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), l'Institution genevoise de maintien à domicile (IMAD), le Service de protection de l'adulte (SPAd), les établissements médico-sociaux (EMS) qui hébergent des personnes handicapées*» (Mémento EPH, section J, *Planification cantonale des besoins*).

La Cour relève également que, durant les travaux d'évaluation, la DGAS a indiqué qu'elle envisageait, à l'avenir, recourir à des projections démographiques permettant de mieux prendre en compte l'impact du vieillissement des personnes en situation de handicap et l'évolution de la prévalence des différents types d'atteintes à la santé entraînant des handicaps. Ces projections seront cependant plus difficiles à réaliser dans le cas du handicap psychique étant donné que les besoins des personnes concernées varient dans le temps.

6.2.2. État de la planification

Organisation

Les directives cantonales prévoient que la planification du canton réponde aux lignes directrices suivantes: prise en compte de toutes les catégories de handicap (mental, psychique, physique et polyhandicap); priorité au dispositif d'accompagnement à domicile et priorité aux bénéficiaires de l'assurance-invalidité⁵⁸.

Les mêmes directives prévoient également la périodicité de la planification: (1) une planification à 10 ans en fonction d'une analyse à long terme des tendances au moyen de scénarios dynamiques qui n'existe actuellement pas, (2) une planification quadriennale correspondant à la durée des contrats de prestations, (3) un état de situation annuel en fonction du budget voté par le Grand Conseil. Dans les faits, la planification quadriennale est remise à jour chaque année en fonction des offres des EPH et du budget voté par le Grand Conseil.

La planification se base sur l'analyse des besoins remontés par les EPH dans un questionnaire annuel. Il n'y a pas d'appel d'offres pour l'ouverture d'un type de place particulier destiné à un public spécifique. La DGAS décide ensuite d'inclure ou non les propositions des EPH dans la planification en fonction du budget à disposition et de la pertinence des projets soumis. Cet arbitrage n'est pas réalisé en référence à des critères fixes et les EPH ne connaissent pas les critères employés. En outre, seules les décisions concernant les places qu'ils pourront ouvrir durant l'année en cours leur sont communiquées. Durant l'année 2016, la DGAS a également procédé à l'ouverture de 15 nouvelles places réservées à des personnes précises dont la situation était urgente (sélection à partir d'une liste présentée par l'association Insieme).

Une fois leurs projets d'ouverture de nouvelles places validés, les EPH doivent réaliser les travaux permettant l'ouverture de ces places. Les retards sont fréquents durant cette phase pour des raisons telles que la nécessité d'obtenir des autorisations de construire et d'exploiter pour les nouvelles structures.

Planification 2010-2013

Le plan stratégique de 2010 prévoyait, pour fin 2013, un accroissement de l'offre qui ne s'est pas réalisé dans les proportions prévues (cf. Tableau 4). Le nombre de places d'hébergement a été inférieur à la planification, mais une nouvelle catégorie de places d'hébergement a été créée, les places d'accueil hôtelier avec encadrement (+33 places). Ces places qui n'étaient pas prévues dans les contrats de prestations ne sont pas comptabilisées dans le tableau ci-dessous, qui compare la planification et la réalisation des places financées par les subventions d'exploitation.

Le nombre de places de jour a, en revanche, été supérieur à celui qui était prévu. Il convient de noter que, dans le cadre d'un plan d'économie, le Grand Conseil avait, pour l'année 2013, réduit le montant disponible pour le financement de nouvelles places de 5.9 à 1.9 millions F, ce qui a limité les possibilités d'ouvertures.

⁵⁸ Mémento EPH, section J, *Planification cantonale des besoins*.

Tableau 4: Réalisation de la planification 2010-2013

	Hébergement (H, HO)	Places journée (A, CdJ)	Total
Situation au 1.1.2010	819	1381	2200
Planification	+157	+168	+325
Réalisation au 31.12.2013	+106	+182	+288
Proportion de réalisation	68%	108%	89%
Accroissement 2010-2013	13%	13%	13%
Accroissement annuel moyen	3%	3%	3%

Sources: comparaison du plan stratégique 2010 et des données DGAS sur les places ouvertes, calculs CdC

Planification 2014-2016

La planification 2014-2016 et ses ajustements successifs figurent dans le Tableau 5, ci-dessous. Ce tableau permet de constater une très grande variabilité d'une année à l'autre. Par exemple, 65 places d'activités de jour sont ajoutées en 2014 (de 105 à 170). L'année suivante, 94 de ces places sont supprimées (de 170 à 76). Ces variations sont rendues possibles par le processus de planification de la DGAS qui est centré sur l'année en cours. Ce processus permet des ajustements importants et une réponse plus flexible aux besoins urgents et à la variation de l'offre. Il ne permet en revanche pas de distinguer une orientation stratégique sur 5 à 10 ans en fonction de l'évolution globale des besoins.

Le Tableau 5 montre également que le nombre de places effectivement ouvertes est inférieur aux différentes planifications. Ce taux de réalisation inférieur aux prévisions incombe notamment au retard pris par certains grands projets (par exemple 24 places HO et 5 places A à Clair-Bois), mais aussi par la réorientation de la planification vers les offres résidentielles durant l'année 2014, ce qui a entraîné l'annulation de nombreux projets de places de jour prévues pour 2015-2016.

En 2016, 19 places, dites d'urgence et principalement en centre de jour, ont été ouvertes de manière plus rapide en utilisant une partie des montants non dépensés durant l'année 2015 (2.9 millions F). Ce financement accordé en une seule tranche durant l'année 2016 permet l'exploitation de la place durant trois ans. Cette initiative a permis une certaine compensation du retard pris durant les années précédentes et a apporté une réponse aux demandes les plus pressantes. Elle montre également que le critère de l'urgence est devenu un critère important pour la planification des nouvelles places.

Tableau 5: Réalisation de la planification 2014-2016

	Hébergement (H, HO)	Places AHE	Places journée (A, CdJ)	Total
Situation au 31.12.2013	925	33	1563	2521
Planification au 27.03.2013	+45	+15	+105	+165
Ajustement au 25.03.2014	+84	+16	+170	+270
Ajustement au 23.03.2015	+100	-3	+76	+163
Ajustement au 07.03.2016	+77	+19	+78	+174
Réalisation au 31.12.2016*	+66	+19	+86	+171
Accroissement 2014-2016	7%	58%	6%	7%
Accroissement annuel moyen	2%	19%	2%	2%

Source: données DGAS, calculs CdC

* Les places de l'année 2016 incluent 19 places d'urgence (13 CdJ, 4 HO, 2 H) dans les domaines suivants: mental (12), psychique (5), polyhandicap (1), physique (1).

Au titre des réalisations, il convient de noter que le nombre de places d'accompagnement à domicile a très peu varié durant la période étudiée. Pour rappel, l'accompagnement à domicile est une prestation existant depuis le début des années 2000 qui est fournie par du personnel socio-éducatif, au domicile d'un usager qui doit être titulaire de son bail. En 2009, les cinq établissements suivants disposaient d'un service d'accompagnement à domicile: Fondation Clair Bois, EPI, Fondation Foyer-Handicap, Fondation SGIPA, Fondation Trajets. À la fin 2016, il existait 153 places d'accompagnement à

domicile. Le seul accroissement enregistré depuis 2013 provient des 10 places de l'équipe mixte EPI-HUG pour la prise en charge des personnes en situation de handicap mental présentant d'importants troubles de comportement.

Planification 2017-2020

La planification 2017-2020 se matérialise sous la forme de deux tableaux. Le Tableau 6 synthétise le nombre de places financées en fonction de la catégorie de ces places (HO, H, A, CdJ, AHE). Le Tableau 7 reprend la même information en fonction du type de handicap des bénéficiaires de ces places.

Tableau 6: Planification 2016-2020 par catégorie de place

	HO	H	AHE	A	CdJ	Total
Situation au 31.12.2016	485	506	52	1432	217	2692
Nouvelles places 2017	19	18	0	24	6	67
Nouvelles places 2018	30	27	0	8	0	65
Nouvelles places 2019	32	19	0	0	0	51
Nouvelles places 2020	0	20	10	0	0	30
Total places planifiées 2017-2020	81	84	10	32	6	213
Accroissement prévu 2017-2020	17%	17%	19%	2%	3%	8%
Accroissement annuel moyen prévu	4%	4%	5%	1%	1%	2%

Source: données DGAS, calculs CdC

La lecture de ce tableau indique une priorité importante accordée aux places d'hébergement. Parmi ces dernières, l'accroissement est le plus important pour les places AHE dont le total planifié pour 2020 (62 places) reste modeste au regard des autres types de places. La priorité accordée aux places d'hébergement (82 % des places prévues) entraîne une diminution de l'effort d'ouverture de places de jour dont le nombre total est déjà important (61 % des places au 31.12.2016).

Tableau 7: Planification 2016-2020 par type de handicap

	Mental	Physique	Psychique	Polyhandicap	Mixte	Dépendance	Total
Situation au 31.12.2016	1062	449	664	192	301	24	2692
Nouvelles places 2017	29	0	16	22	0	0	67
Nouvelles places 2018	49	0	4	0	12	0	65
Nouvelles places 2019	24	0	7	0	20	0	51
Nouvelles places 2020	0	0	15	0	15	0	30
Total 2017-2020	102	0	42	22	47	0	213
Accroissement 2017-2020	10%	0%	6%	11%	16%	0%	8%
Accroissement annuel moyen	2%	0%	2%	3%	4%	0%	2%

Source: données DGAS, calculs CdC

Le tableau ci-dessus permet d'examiner dans quelle mesure les différentes catégories de handicap sont prises en compte. Cet examen montre une priorité aux places destinées aux personnes en situation de handicap mental (48 % des nouvelles places) ou de polyhandicap qui occupent généralement ces places de leur majorité à leur décès. Cet accent implique un effort moindre pour les autres catégories de handicap: aucune nouvelle place pour le handicap physique après une augmentation de 17 places en 2016. Le fait que les places pour les catégories «physique» et «polyhandicap» dépendent chacune d'une seule institution (Foyer Handicap et Clair-Bois) exerce un impact important sur l'ouverture de places dans ces domaines. Ces dernières ont lieu en bloc durant une courte période à la suite de laquelle aucune nouvelle place n'est ouverte.

La Cour note que la planification 2016-2020 apporte une information supplémentaire par rapport aux planifications précédentes, le nombre de places en fonction du type de handicap (public-cible). Cette

planification n'indique toutefois pas quelle catégorie de places il est prévu de créer pour quel public. En outre, elle ne prend pas plus en compte que les précédents exercices les places d'accompagnement à domicile sous la responsabilité des EPH.

6.2.3. Planification et financement

Cette sous-section examine dans quelle mesure les conditions de subventionnement des EPH exercent un impact sur l'ouverture des nouvelles places prévues dans l'enveloppe budgétaire votée par le Grand Conseil. La loi de financement 2014-2017 (L 11295), qui règle les contrats de prestations 2014-2017 des EPH prévoit que le budget accordé aux EPH reste stable d'une année à l'autre. Elle prévoit cependant une enveloppe budgétaire de 37 millions F pour financer l'annualisation (mécanismes salariaux et indexation) et l'ouverture de nouvelles places durant la période (cf. Tableau 8). Elle spécifie en outre que l'«*indemnité n'est accordée qu'à la condition et dans la mesure de l'autorisation de dépense octroyée par le Grand Conseil au Conseil d'État dans le cadre du vote du budget annuel*» (art. 8 L 1295). Le budget annuel peut inclure des réductions linéaires et des augmentations liées aux contributions à la caisse de pension décidées par le Conseil d'État.

Le Tableau 8 indique les montants des subventions votées pour la période quadriennale 2014-2017 (lois de financement L 11295 et L 11294), les budgets annuels et les comptes en distinguant subvention totale et subvention pour l'ouverture de nouvelles places. Alors que le budget est parfois supérieur au montant prévu par les lois de financement, les comptes sont inférieurs pour les deux années observées.

Tableau 8: Subventions d'exploitation des EPH 2014-2017 (en millions de francs)

	2014	2015	2016	2017	Total
Subv. monétaire prévue par les L 11295 et 11294 ⁵⁹	164.1	169.0	170.5	172.0	675.6
Budget annuel	164.5	169.5	169.2	171.8	675.0
Comptes	164.1	168.2	166.8	-	-
Enveloppe annuelle «nouvelles places» selon L 11285	4.5	4.9	1.5	1.5	12.4
Montant porté au budget «nouvelles places»	1.8	5.2	5.2	3.7	15.9
Coût effectif «nouvelles places» selon comptes	1.8	3.9	4.4	-	--

Source: L 11295, L11294, comptes d'État 2014, 2015 et 2016, budget élaboré par la DGAS

6.2.4. Appréciation de l'analyse des besoins et de la planification

La section 6.2 visait en premier lieu à répondre à la question suivante: «**Dans quelle mesure l'analyse des besoins des personnes en situation de handicap permet-elle de planifier des interventions adaptées à ces besoins?**». L'étude du processus d'évaluation des besoins montre que ce dernier ne recense pas l'ensemble des besoins existants, ce qui nuit à la qualité de la planification. Les lacunes suivantes sont à relever:

- Il n'existe pas de chiffrage global des besoins indépendant des places planifiées. Les besoins sont immédiatement traduits en places et le nombre de places est limité par le cadre budgétaire. La planification réalisée ne tient compte ni du nombre des personnes en situation de handicap hospitalisées en psychiatrie, ni de celles bénéficiant d'aide et de soins à domicile, ni de celles prises en charge par le service de protection de l'adulte (SPAd) ni non plus de celles hébergées en EMS. Ces sources d'information figurent pourtant parmi celles proposées par la CLASS et par les directives cantonales.
- Il n'existe pas non plus d'approche qualitative des besoins des personnes en situation de handicap qui permettrait de questionner la pertinence du dispositif existant et d'imaginer des réponses à ces besoins qui ne passent pas nécessairement par une prise en charge par un

⁵⁹ À fin de comparaison, les montants des années 2015 à 2017 intègrent l'enveloppe «nouvelles places» des années précédentes.

EPH.

- Du fait de ces deux limitations, il n'existe pas de vision consolidée des besoins qui déterminerait le nombre de personnes en situation de handicap pouvant avoir besoin d'un accompagnement d'un type ou d'un autre. L'évaluation des besoins se limite à une analyse de l'offre proposée par les EPH, complétée par le traitement des cas les plus urgents présentés au DEAS par l'association Insieme.

Ces observations amènent la Cour à formuler le constat suivant:

Constat 11: L'évaluation des besoins est fondée sur des critères trop restreints

Il n'existe pas de vision consolidée des besoins permettant d'ajuster l'offre aux besoins à la fois qualitativement et quantitativement. L'évaluation des besoins des personnes en situation de handicap se fonde principalement sur l'appréciation des institutions spécialisées.

Cette section visait, en second lieu, à répondre à la question suivante: «**Quels sont les facteurs qui limitent l'ouverture de places d'accueil correspondant à la planification?**». Selon les éléments recueillis par la Cour, la non-réalisation de la planification peut être expliquée par les facteurs suivants:

- Le rythme d'ouverture de nouvelles places dépend de facteurs que la DGAS ne peut pas maîtriser entièrement (délais des EPH), ce qui tend à retarder leur ouverture et donc l'affectation de l'ensemble de l'enveloppe prévue pour l'ouverture de nouvelles places. Ce fut notamment le cas en 2015.
- Le choix de la DGAS de ne pas communiquer aux EPH les détails de sa planification au-delà de l'année en cours laisse ces derniers assumer le risque du non-financement s'ils décident d'entamer les travaux pour des ouvertures au-delà de l'année en cours. Tous les EPH ne sont pas en capacité de prendre de tels risques.
- La volonté politique de mieux maîtriser les charges de l'État se traduit par des réductions linéaires sur le budget des EPH. Elle peut aussi affecter l'enveloppe pour la création de nouvelles places, qui est particulièrement vulnérable étant donné qu'il s'agit de montants qui ne sont pas encore affectés. Ce fut le cas en 2013.
- L'enveloppe pour l'ouverture de nouvelles places sert aussi à accroître l'encadrement de certaines places pour s'adapter à l'évolution des besoins des personnes qui les occupent (vieillesse) par le biais d'un changement de catégorie (passage de H à HO)⁶⁰. Il ne s'agit donc pas de nouvelles places à proprement parler. Ce fut le cas en 2016.

Sur la base des éléments récoltés dans cette section, la Cour formule les constats suivants:

Constat 12: Les réalisations sont inférieures à la planification

En dépit d'une planification conservatrice, le rythme d'ouverture de nouvelles places s'avère nettement inférieur aux prévisions, ce qui met en cause la fiabilité de la planification et retarde la satisfaction des besoins exprimés.

Constat 13: Les prestations d'accompagnement socioéducatif à domicile ne sont pas incluses dans la planification de la politique publique en matière de handicap

Les prestations d'accompagnement à domicile qui permettent de mettre en œuvre la volonté politique de limiter les institutionnalisations (ligne directrice présentée au point 6.2.2) ne sont pas prises en compte dans la planification. L'offre, modeste, s'est très peu accrue durant les dernières années.

⁶⁰ Dans ces cas, seul le différentiel entre le coût d'une place H et le coût d'une place HO est versé à l'institution.

6.2.5. Observations

Observations du DEAS

La planification quantitative et qualitative dans le domaine du handicap peut effectivement être améliorée et affinée afin de garantir que les structures existantes (catégories de places) soient en adéquation avec les besoins des personnes handicapées (niveau et intensité d'encadrement). C'est précisément pour cette raison que le DEAS a d'ores et déjà pris des mesures en confiant un mandat à l'université de Genève (institut de démographie) afin d'affiner la planification quantitative en incorporant des données scientifiques et démographique.

S'agissant du constat 12, la Cour connaît les contraintes usuelles et aléatoires (près de 10 ans s'écoulent entre le projet de construction initiale et sa réalisation effective notamment compte tenu des recours y relatifs) en matière de construction dans notre canton, qui touchent également les constructions du domaine du handicap. Dès lors, le DEAS ne peut qu'être d'accord avec ce constat.

Le DEAS peut partager le constat 13 d'un point de vue théorique et dans la poursuite d'un "idéal". Par contre, il ne peut partager ce constat d'un point de vue réaliste, pratique et économique.. En effet et sur la base du retour de l'expérience des EPI dans le domaine, les interventions à domicile doivent être ciblées, limitées dans le nombre d'heures d'intervention par semaine (max 4 heures) et limitées dans la durée (<2 ans). Enfin et s'agissant du financement, il sied de relever qu'aucun budget étatique n'est actuellement prévu, ce qui pose un réel problème d'équilibre financier pour le développement de cette activité.

6.3. Suivi de la mise en œuvre

Les instruments de suivi tels que les indicateurs doivent permettre à l'État de contrôler la mise en œuvre de la politique publique en matière de handicap afin d'ajuster le dispositif en fonction des éléments relevés. Cette section vise à répondre à la question suivante:

Dans quelle mesure les instruments de suivi de la politique publique en matière de handicap fournissent-ils des informations permettant d'améliorer le dispositif?

Pour répondre à cette question, la Cour a examiné les indicateurs de performance de la politique publique en matière de handicap pour les prestations en lien avec l'hébergement, analysé le rôle de la commission cantonale d'indication en matière de suivi et réalisé des analyses statistiques permettant d'apporter un éclairage complémentaire aux indicateurs existants. Les éléments présentés dans cette section montrent que les instruments de suivi présentent des lacunes – soit dans leur conception, soit dans leur utilisation – qui limitent leur utilité dans une optique d'amélioration.

6.3.1. Indicateurs du budget

Dans la politique publique E, du budget cantonal, les activités des établissements spécialisés sont regroupées dans la prestation E01 «Mise en œuvre et conduite des actions en faveur des personnes handicapées» dans le cadre de laquelle deux objectifs sont suivis par le biais d'indicateurs, figurant dans le tableau ci-dessous.

Tableau 9: Objectifs et indicateurs de la prestation E01

Objectifs	Indicateurs	Valeur 2016	Cible 2017
1. Garantir un nombre suffisant de places en EPH	1.1 Taux de personnes en liste d'attente pendant plus de 90 jours dont le besoin d'institutionnalisation est avéré en regard du nombre d'entrées en EPH	67%	55%
2. Optimiser qualitativement et quantitativement l'utilisation des places existant en EPH	2.1 Coût moyen par lit résidentiel et par jour	368 F	380 F
	2.2 Taux d'institutionnalisation	17%	18%
	2.3 Taux d'occupation des places	87%	90%
	2.4 Nombre de plaintes	0	1

Source: Budget 2017

Ces indicateurs sont censés permettre de suivre la mise en œuvre et l'efficacité de l'ensemble des actions conduites en faveur des personnes handicapées. Dans les faits, ils sont centrés sur les établissements pour personnes handicapées et principalement sur les prestations d'hébergement⁶¹.

L'indicateur 1.1 lie la durée d'attente des personnes s'inscrivant sur la liste d'attente d'un EPH à l'objectif de garantie d'une offre suffisante. Il ne tient notamment pas compte des personnes qui reçoivent une indication pour entrer en EPH, mais ne s'inscrivent pas, faute d'une offre adaptée. En dépit de ce caractère incomplet, la Cour observe que la valeur enregistrée en 2016 se situe au-delà du seuil critique fixé à 60 % dans l'outil de gestion et de pilotage de l'État de Genève (OGPE). Cette situation devrait impliquer des actions concrètes de correction.

L'indicateur 2.1 est calculé en multipliant le nombre de places résidentielles (HO et H) des EPH par le montant de la subvention annuelle pour l'ouverture de nouvelles places additionnée du prix de pension facturé aux résidents. Ces chiffres ne reflètent pas le coût réel des places résidentielles, étant donné que le montant pour l'ouverture de nouvelles places n'est pas directement lié au montant de la subvention et que le prix de pension n'est pas non plus directement en rapport avec le coût des prestations reçues (cf. 6.4.2).

L'indicateur 2.2 met en rapport le nombre de places financées dans les EPH avec le nombre de rentiers de l'assurance-invalidité. Cette mise en rapport produit un indicateur imparfait pour deux raisons. Concernant le numérateur, une même personne peut occuper plusieurs places (hébergement et atelier). Concernant le dénominateur, la catégorie invalidité regroupe un champ différent de la catégorie handicap telle que définie par l'OMS (cf. 1.2.2): une partie des personnes en situation de handicap ayant besoin de prestations d'hébergement ne sont pas reconnues par l'AI et une grande partie des rentiers de l'AI n'ont pas besoin de prestations d'hébergement.

Le taux d'occupation des places (2.3) constitue un indicateur fréquemment employé dans les politiques sociales déléguées à des acteurs privés ou parapublics. Dans le cas du handicap, l'indicateur est calculé à partir des journées effectives de présence dans l'institution durant l'année précédente qu'il met en rapport avec le nombre de places ouvertes au moment du calcul. L'utilisation de cet indicateur soulève plusieurs problèmes:

- Le mode de calcul désavantage les EPH dont les résidents sont fréquemment absents (séjour chez des proches, vacances, hospitalisation) ou dont les séjours sont brefs.
- Le mode de calcul désavantage les EPH qui ont ouvert de nouvelles places durant l'année en cours.
- La cible de cet indicateur a été progressivement relevée, passant de 75 % en 2013 à 90 % en 2017. Cette augmentation de la valeur cible peut s'avérer problématique pour les établissements accueillant des personnes en situation de handicap psychique dont le taux de rotation est nettement supérieur aux autres (cf. 6.3.4).

⁶¹ L'indicateur 1.1 ne concerne que les demandes d'hébergement et deux centres de jour. Les indicateurs 2.1, 2.3 et 2.4 ne concernent que les places résidentielles de type H et HO.

- Cet indicateur est, en outre, potentiellement contradictoire avec l'objectif d'autonomisation des usagers, étant donné que les sorties risquent de faire baisser le taux d'occupation.
- Du fait de ces limitations, l'indicateur est peu utile pour le pilotage de la politique publique.

6.3.2. Indicateurs des contrats de prestations 2014-2017 des EPH

En 2013, le département⁶² a adapté les indicateurs figurant dans les contrats de prestations des EPH. La majorité des indicateurs retenus concernent les aspects financiers (ratio d'endettement, ratio de liquidités, délai de paiement, réserves de l'organe de contrôle des états financiers, délai de remise des comptes annuels, écarts entre les salaires). Les indicateurs restants incluent le taux d'occupation, la réalisation de synergies avec d'autres institutions subventionnées, la réalisation d'économies dans le cadre de projets avec d'autres acteurs économiques, le nombre de plaintes et les certifications de qualité (telles que la norme *Q-Institutions pour personnes avec un handicap:2016*, anciennement norme *OFAS-AI 2000*).

Alors que les indicateurs ci-dessus sont communs à tous les EPH, les indicateurs concernant la qualité de la prise en charge⁶³ ont été partiellement adaptés aux particularités des EPH. Certains suivent la part d'usagers avec lesquels un projet individuel impliquant un bilan a été établi, d'autres suivent la conformité de la prise en charge vis-à-vis des normes de qualité. En outre, les EPH sont tenus de mener tous les deux ans une enquête de satisfaction auprès de leurs usagers.

Les contrats de prestations n'incluent pas d'indicateurs mesurant les flux des usagers ni les raisons des sorties de ces derniers. Certains EPH suivent néanmoins de leur côté des indicateurs de ce type.

6.3.3. Commission cantonale d'indication

La CCI, présentée au point 5.1, a notamment la mission légale (art. 48 al. 3 LIPH) de proposer au Conseil d'État des améliorations du dispositif, sur la base des besoins qu'elle enregistre grâce à sa position de guichet unique pour les prestations relevant du domaine du handicap. Pour accomplir ce rôle, la CCI dispose d'un instrument de comptabilisation, la base de données des demandes d'indication, ci-après base de données «handicap», et d'un instrument de communication, son rapport annuel.

Rapport annuel de la CCI

Chaque année, la CCI rédige, à l'instar des autres commissions officielles, un rapport d'activités adressé au Conseil d'État et disponible, depuis 2010, sur le site internet de l'État⁶⁴. Ce rapport comprend des données statistiques concernant l'année sous revue, ainsi que des propositions visant à améliorer la politique cantonale. La suite donnée à ces propositions par le Conseil d'État a été examinée dans un rapport d'évaluation non public (Krafft, 2012). Ce rapport relevait que les membres de la commission ne recevaient aucun retour quant à leurs propositions et qu'aucune plateforme n'était prévue pour que les parties prenantes de la politique en matière de handicap puissent en débattre. Selon les interlocuteurs de la Cour, cette situation n'a pas significativement évolué depuis 2012. L'examen par la Cour des propositions de la CCI montre toutefois que certains des problèmes relevés ont été pris en compte par le DEAS. Il s'agit notamment de:

- la création de structures spécifiques pour les jeunes majeurs avec troubles envahissants du développement (structure Kaolin et équipe mobile mixte);
- l'ouverture de places d'EMS destinées à des personnes handicapées nécessitant des soins spécialisés (EMS la Méridienne);
- l'ouverture de places d'accueil hôtelier avec encadrement permettant une existence plus autonome que la vie en institution (AHE);

⁶² Alors département de la solidarité et de l'emploi.

⁶³ Techniquement, l'indicateur concernant les plaintes peut globalement concerner la prise en charge.

⁶⁴ <http://www.ge.ch/codof/rapports-activite-2014-2018.asp>

D'autres propositions restent à ce jour sans suite, notamment:

- développer des structures intermédiaires entre soins et accompagnement socioéducatif pour tous les types de handicap nécessitant une prise en charge conjointe;
- inciter les EPH à une plus grande adaptabilité par rapport aux besoins des personnes accueillies, notamment pour les personnes ne pouvant pas intégrer un atelier durant la journée;
- ouvrir quelques places d'accueil temporaire, permettant un temps de répit pour les proches, l'attente d'une place ou de faire face à une situation d'urgence⁶⁵;
- favoriser la création de places handicap avec accompagnement à domicile dans toutes les nouvelles constructions HLM ou créer des structures résidentielles indépendantes pour les personnes souhaitant vivre de la façon la plus autonome possible.

Dans le courant de l'année 2016, le DEAS s'est rendu à trois reprises auprès de la CCI pour entendre ses souhaits et transmettre des informations. Ces rencontres constituent un élément nouveau par rapport à la période précédente. Selon les PV de ces séances, ces dernières ont permis à la CCI d'obtenir des améliorations de son cadre de travail (principalement une plateforme informatique sécurisée pour communiquer les dossiers, l'accès de la présidente à la base de données «handicap» et l'identification précise du budget de la CCI).

Base de données «handicap»

Depuis le 1^{er} juin 2014, les demandes déposées à la CCI sont saisies dans une nouvelle base de données développée par la DGAS avec le soutien des services informatiques de l'État pour répondre aux besoins conjoints de la commission et de la DGAS. La DGAS a fait ajouter à ce fichier l'ensemble des personnes prises en charge par les EPH et y inclut, à partir du 1^{er} décembre 2013 (introduction rétroactive des données) tous les mouvements des EPH, qu'ils fournissent des prestations résidentielles ou des activités de jour. Les analyses quantitatives réalisées dans le cadre de la mission d'évaluation de la Cour prennent pour base des extractions de cette base de données.

Dans l'absolu, la mise en place de cette base de données constitue une avancée indéniable qui était recommandée par le rapport d'évaluation de décembre 2012 (Krafft, 2012). Elle permet au secrétariat de la commission d'assurer un suivi plus efficace des dossiers (tous les éléments sont scannés et introduits dans le dossier informatique de la personne). Elle permet également à la DGAS d'avoir une vision plus précise de la situation dans les EPH. Toutefois, cette base de données souffre de quelques maladies de jeunesse:

- **Contenu manquant:** la base de données contient une partie des éléments figurant sur les demandes d'indication, ainsi que les données des formulaires d'avis d'intégration/mutation⁶⁶, mais il n'y figure pas de commentaires de la CCI quant à l'urgence de la demande. Elle n'indique pas non plus les raisons des demandes ni les indications permettant d'évaluer le type de handicap ni le degré d'autonomie de la personne. Sont encore à relever l'absence d'un champ permettant de différencier les demandes d'indication déposées à la CCI des transferts internes et des avis d'intégration dans ateliers et les centres de jour bénéficiant de la procédure simplifiée (sans examen par la commission), ainsi que celle d'un champ permettant de suivre les cas pour lesquels la CCI demande l'évaluation complémentaire d'un dossier par un EPH.
- **Contenu superflu:** les membres de la CCI et les collaborateurs de la DGAS relèvent que la mise à jour de cette base de données constitue un travail très important, d'autant plus que les directives internes exigent que le statut de bénéficiaire (ou demandeur) de l'AI soit systématiquement vérifié, tout comme les éventuelles mesures de protection (curatelles par exemple) et le droit aux prestations complémentaires. De l'avis des représentants des EPH, ces informations ne sont pas utiles à ce stade, mais doivent être vérifiées au moment de

⁶⁵ À ce titre, la Cour relève l'ouverture en 2016 de trois chambres d'urgence au Centre Espoir.

⁶⁶ Ces formulaires figurent sur le site internet de l'État: <https://www.ge.ch/handicap/indication/>

- l'admission dans un EPH. En outre, les modifications de taux d'activité des usagers des ateliers ne constituent pas des données statistiquement exploitables en raison de leur très grande variabilité.
- **Accès:** l'accès à cette base de données n'est possible que depuis les locaux de la DGAS, raison pour laquelle les membres de la CCI qui tiennent leurs séances ailleurs n'y ont pas accès. Seuls les collaborateurs du secteur handicap et assurances sociales de la DGAS y ont accès⁶⁷. Par conséquent les membres de la CCI ne peuvent pas s'y référer pour évaluer globalement les besoins des demandeurs.
 - **Fiabilité:** la tenue à jour de la base de données dépend de la promptitude des EPH à communiquer les informations concernant les listes d'attente, les entrées et les sorties, ainsi que des données telles que chaque modification du taux d'activité des personnes handicapées travaillant en atelier. En outre, l'analyse menée par les mandataires de la Cour (Studer & Orsholits, 2016) a conclu à une fiabilité plus faible des données introduites rétroactivement durant l'année 2014 (erreurs de dates, champs non renseignés, données saisies dans les mauvais champs, etc.). Ce manque de fiabilité se répercute sur les analyses réalisables à partir de cette base de données (cf. 6.3.4).

Concernant spécifiquement le rôle de la base de données comme instrument de suivi de la politique publique en matière de handicap, le traitement par la Commission des affaires sociales du Grand Conseil de la pétition 1874 sur le manque de places en EPH a montré que la gestion de cet outil constituait un enjeu stratégique important. Lors de son audition, la présidente de la CCI avait annoncé, le 10 mars 2015, que 220 personnes étaient en attente. Ce chiffre a été contredit lors d'une audition ultérieure, par la DGAS qui en a annoncé 189. Les deux chiffres avaient pourtant été produits, à quinze jours d'intervalle, à partir de la même base de données et des listes d'attente annoncées par les EPH à la CCI, mais l'administration avait procédé à un tri supplémentaire, écartant une partie des demandes (les personnes n'ayant pas donné suite à leur indication et celles qui s'étaient inscrites sans indication pour le lieu en question, les personnes dont le dossier avait été clôturé, ainsi que les personnes entrées dans d'autres institutions). Les membres de la CCI ont contesté une partie de ces suppressions. Il n'a pas été possible, en fin de compte, d'indiquer un chiffre précis permettant de clore ce débat.

6.3.4. Analyse quantitative des données DGAS/CCI: demandes, attente et flux des EPH

Cette sous-section vise à apporter un éclairage complémentaire aux indicateurs de la politique publique E en se basant sur le rapport de mandat de l'Université de Genève (Studer & Orsholits, 2016) pour l'analyse de la base de données «handicap». Elle montre notamment que les flux des personnes en situation de handicap dans les EPH varient selon la population accueillie par ces derniers. En outre, elle tente, à son tour, de chiffrer l'attente des personnes ayant reçu une indication de la CCI pour des prestations d'hébergement. Cette analyse montre également une grande diversité des situations d'attente.

Taux d'occupation

Considérant les lacunes de l'actuel indicateur de taux d'occupation (cf. 6.3.1), la Cour a souhaité disposer d'un indicateur alternatif. Elle a choisi de mettre en rapport le nombre de résidents sous contrat avec le nombre de places disponibles. Par rapport à l'indicateur 2.3 décrit plus haut, cet indicateur présente l'intérêt de ne prendre en compte que le temps s'écoulant entre une sortie et une nouvelle entrée et non les absences de résidents sous contrat. Il est en outre calculé en fonction du nombre de places effectivement en service et non par rapport au nombre de places actives une année plus tard. Selon les analyses conduites, les places résidentielles présentent des taux d'occupation variant entre 85 et 115 % au cours de l'année. Les taux d'occupation des établissements accueillant des personnes en situation de handicap psychique présentent, au cours d'une même année, des

⁶⁷ Depuis novembre 2016, la présidente de la CCI dispose d'un accès à ladite base de données.

fluctuations bien plus importantes que les autres, en particulier que celles des domaines du handicap mental et du polyhandicap.

Entrées et sorties des EPH

Le Tableau 10 indique les flux annuels des EPH en 2015 pour les places liées au logement. L'analyse de ces flux permet de montrer que certains EPH connaissent des flux nettement plus importants que d'autres. Ainsi, les trois quarts des entrées en EPH ont lieu dans les établissements spécialisés dans le handicap psychique.

Tableau 10: Flux des établissements en 2015

	Type de handicap	Entrées	Sorties	Nombre de places**
Accompagnement à domicile*	Mixte	11	12	143
Aigues-Vertes	Mental	-	3	120
Centre-Espoir	Psychique	15	12	116
Clair Bois	Polyhandicap	3	-	81
Ensemble	Mental	2	1	51
EPI Mental	Mental	14	12	177
EPI Psychique	Psychique	35	28	128
Foyer-Handicap	Physique	9	5	80
La Corolle	Mental	-	1	28
SGIPA	Mental	2	-	86
Thaïs	Psychique	3	1	18
Trajets	Psychique	23	20	69
Total EPH		117	95	1097
EMS		27		
Autre		9		
Total		153	95	

Source: Studer & Orsholits, 2016

* L'accompagnement à domicile, fourni par plusieurs EPH, est regroupé en une seule catégorie pour des raisons pratiques et techniques.

** Places actives au 31 décembre 2015

L'analyse réalisée dans le Tableau 11 à partir de la classification des individus par type de handicap confirme les observations réalisées ci-dessus à partir des établissements. Il montre que, sur l'ensemble des flux enregistrés sur les places d'hébergement et d'accompagnement à domicile entre décembre 2012 et mai 2016, les personnes en situation de handicap psychique sont celles qui sont les plus mobiles (48 % des entrées et 40 % des sorties).

Tableau 11: Flux des individus entre le 2.12.2013 et le 06.05.2016 par type de handicap

	Entrées en EPH	%	Sorties EPH	%
Physique	14	5%	2	1%
Physique + autre handicap	18	6%	9	4%
Polyhandicap	4	1%	3	1%
Mental	60	21%	30	13%
Mental + Psychique	7	3%	4	2%
Psychique	134	48%	95	40%
Non renseigné	43	15%	97	40%
Total	280	100%	240	100%

Source: Studer & Orsholits, 2016

Statut et durée de traitement des demandes

Afin d'évaluer globalement l'attente des personnes pour des places en EPH, il convient d'examiner le traitement des dossiers par la CCI en étudiant la part des demandes écartées et la durée s'écoulant entre la demande et l'indication. Ces indicateurs permettent de contextualiser l'attente des individus. Ainsi un faible nombre de personnes en attente serait peu significatif si les trois quarts de demandes étaient écartées d'entrée. De même, il convient de savoir si la durée d'examen des demandes ne constitue pas, comme c'est le cas pour les demandes de rentes d'invalidité, le facteur principal d'attente. L'examen de ces deux éléments montre que la part de personnes écartées à l'entrée est raisonnable (moins de 20 %) et que la durée de traitement par la CCI est généralement brève.

Le Tableau 12 présente le statut des demandes déposées entre le 2 décembre 2013 et le 6 mai 2016. Il permet de constater que le ratio entre les demandes classées et les demandes traitées est d'environ 1 sur 6 si l'on ne considère pas les demandes en cours dont on ignore encore l'issue⁶⁸.

Tableau 12: Statut des demandes d'indication déposées entre décembre 2013 et mai 2016

	Nombre	Pour cent
Demandes traitées	517	76%
Demandes classées	86	13%
Demandes en cours	74	11%
<i>Dont demande de pièces</i>	46	7%
Total	677	100

Source: Studer & Orsholits, 2016

La durée de traitement des données a également été étudiée. La majorité (60 %) des demandes sont traitées (indication reçue ou dossier clos) dans un délai de deux mois après leur réception. Après 6 mois, 80 % des demandes ont été traitées. Il convient de noter que les facteurs suivants peuvent ralentir le temps de traitement: dossiers incomplets, dossiers nécessitant une évaluation complémentaire (rencontre de la personne par un expert) et un deuxième passage en commission. Une comparaison entre 2014 et 2015 montre que la durée de traitement s'est accélérée.

Attente

La Cour a souhaité traiter la question de l'attente, moins pour quantifier le nombre des personnes en attente et la durée de l'attente, que pour examiner si des profils particuliers étaient associés au fait d'attendre plus ou moins longtemps pour une place indiquée par la CCI. L'analyse effectuée constitue une photographie de la situation au 6 mai 2016. Il n'est pas possible de donner un chiffre précis du nombre de personnes en attente pour plusieurs raisons tenant, d'une part, au comportement des individus et, d'autre part, à la fiabilité des données.

Premièrement, une part non négligeable des personnes ayant reçu une indication de la CCI a vraisemblablement renoncé à la prestation indiquée. Plusieurs raisons peuvent conduire à cette situation :

- les personnes n'étaient pas vraiment intéressées dès le départ (par exemple des personnes obligées par des tiers de déposer une demande);
- les personnes ont reçu une indication qui ne leur convient pas. Soit la prestation qu'elles recherchaient n'existe pas ou ne peut pas être indiquée par la CCI (par exemple des personnes nécessitant un foyer avec accompagnement thérapeutique), soit aucune des prestations indiquées ne correspondait à leur attente (personnes n'obtenant pas d'indication pour l'EPH souhaité);

⁶⁸ Des analyses complémentaires, non reproduites ici, montrent qu'une part importante des demandes classées provient de personnes ne correspondant pas aux critères d'accès à la CCI (par exemple des personnes qui ne sont pas handicapées ou qui souffrent d'addictions non stabilisées).

- les personnes ont trouvé une autre solution (par exemple un appartement) et n'en ont pas informé la CCI.

Deuxièmement, les données concernant les inscriptions sur les listes d'attente des EPH ne sont pas entièrement fiables pour plusieurs raisons:

- certains EPH transmettent ces informations de manière plus systématique que d'autres à la DGAS;
- la dernière vérification systématique de ces listes a été réalisée en mars 2015;
- il n'est pas certain que les personnes inscrites sur la liste soient toujours intéressées;
- le temps qui s'écoule entre l'indication et l'inscription en liste d'attente peut être important, ce qui fait que certaines personnes dont l'indication remonte à quelques mois avant le 6 mai 2016 ne se sont pas encore inscrites.

Pour ces raisons, la Cour a choisi de présenter deux chiffres distincts mesurant différents aspects du nombre de personnes en attente:

- **379 personnes** ont reçu une indication pour au moins une prestation liée au logement ou à l'accompagnement à domicile, mais n'ont pas intégré d'institution ni commencé un accompagnement à domicile. Ce chiffre peut être interprété comme le maximum de personnes qui sont en attente puisqu'en réalité, une grande partie d'entre elles ne rentrera probablement jamais en EPH;
- **159 personnes** étaient inscrites sur la liste d'attente d'un EPH selon la base de données «handicap». Ce chiffre est probablement sous-estimé, du fait des lacunes de la base de données.

L'écart entre ces deux chiffres est important. Il est lié aux facteurs mentionnés ci-dessous. La procédure actuelle ne permet pas à la CCI, ni à la DGAS, de suivre le parcours des personnes une fois qu'elles ont reçu leur indication. Elle ne mesure pas non plus adéquatement les interactions entre ces personnes et les EPH. Ainsi, il n'est pas possible de savoir quelle est la part de personnes qui prennent contact avec un EPH, mais décident de ne pas s'y inscrire, notamment lorsqu'elles sont informées de la longueur de la liste d'attente.

Une analyse de l'attente en fonction du type de handicap (cf. Tableau 13) montre que l'écart entre ces deux états est le plus important pour les demandeurs en situation de handicap psychique qui bénéficient moins souvent⁶⁹ de l'aide et de la stimulation d'un réseau familial et qui sont souvent plus réticents à l'idée d'intégrer une structure d'hébergement collective.

Tableau 13: Nombre de personnes en attente par type de handicap

	avec indication, mais sans prestation	inscrites en liste d'attente	Proportion d'inscrits
Physique	40	13	33%
Physique + autre handicap	30	12	40%
Polyhandicap	29	14	48%
Mental	77	41	53%
Mental + Psychique	17	10	59%
Psychique	185	68	37%
Non renseigné	1	1	100%
Total	379	159	42%

Source: Studer & Orsholits, 2016

⁶⁹ Les données concernant les personnes en situation de handicap physique doivent être interprétées avec plus de prudence étant donné qu'une seule institution est concernée. L'écart peut davantage être lié à un défaut d'annonce d'actualisation des listes d'attente que pour les types de handicap par plusieurs institutions.

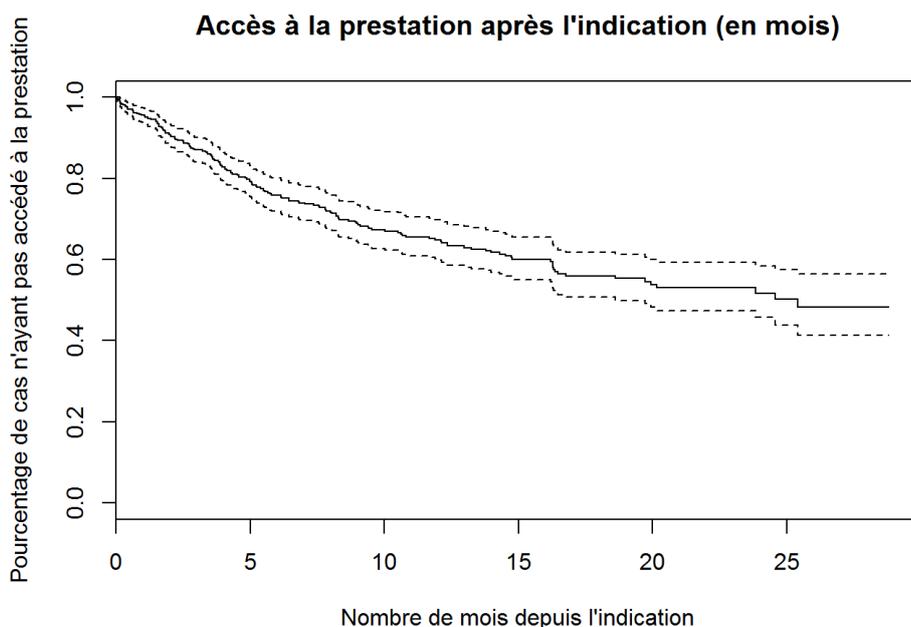
Durée écoulée avant l'accès aux prestations d'hébergement

Au-delà du nombre de personnes en attente, la Cour a souhaité estimer la durée s'écoulant entre l'indication de la CCI et l'accès effectif aux prestations d'un EPH. Cette analyse montre que les temps d'accès des personnes entrées en EPH sont très variables et peuvent dépasser deux ans.

Pour obtenir ce résultat, la Cour a employé la méthode de l'analyse de survie qui permet d'estimer le temps d'attente avant l'accès aux prestations d'hébergement et d'examiner les facteurs influençant cette attente. La Figure 1 représente graphiquement temps d'accès à une prestation d'hébergement (y compris l'accompagnement à domicile) des personnes ayant reçu une indication entre décembre 2013 et avril 2016. Le graphique montre que la durée d'attente varie, plutôt uniformément, entre 1 mois et plus de deux ans. Il est probable qu'avec une durée d'observation plus longue il soit possible d'observer des temps d'attente supérieurs.

Le pourcentage de personnes n'ayant pas accédé à la prestation après 25 mois est important. Il convient cependant de rappeler qu'une partie importante des personnes ayant reçu une indication ne donnera vraisemblablement pas suite à cette dernière pour les diverses raisons évoquées ci-dessus. Par conséquent, il n'est pas possible de savoir quelle part des 50 % de personnes qui n'ont accédé à aucune prestation après deux ans se trouve effectivement en attente.

Figure 1: Accès aux prestations d'hébergement à partir de l'indication de la CCI



Source: Studer & Orsholits, 2016

Notes : Les traitillés représentent l'intervalle de confiance. L'échelle verticale se lit comme suit: 1.0 = 100%, 0.8 = 80%, etc.

6.3.5. Appréciation des instruments de suivi

Cette section visait à répondre à la question suivante: «**Dans quelle mesure les instruments de suivi de la politique publique en matière de handicap fournissent-ils des informations permettant d'améliorer le dispositif?**». Trois instruments ont été analysés: les indicateurs de la politique publique E et ceux des contrats de prestations, les rapports annuels de la commission cantonale d'indication et la base de données «handicap».

Ces trois instruments fournissent des informations intéressantes, mais ne sont pas employés à leur pleine mesure pour l'amélioration des prestations destinées aux personnes en situation de handicap.

Sont notamment à relever la faible utilité des indicateurs de la politique publique E, le peu d'écho donné aux rapports de la CCI et les problèmes de fiabilité de la base de données «handicap». Ces problèmes limitent les possibilités de réaliser des analyses quantitatives portant sur les trajectoires des personnes en situation de handicap et notamment sur le sort des personnes en attente de prestations après avoir reçu une indication de la CCI. Les éléments présentés dans cette section conduisent la Cour à formuler les constats suivants:

Constat 14: Les indicateurs sont principalement centrés sur la prise en charge résidentielle et peu adaptés à la diversité des prestations dans le domaine du handicap

Les indicateurs employés par le département pour suivre la mise en œuvre de la politique publique concernent presque uniquement la prise en charge dans les institutions résidentielles. Les autres modes d'accompagnement sont très peu pris en compte. Ces indicateurs ne tiennent en outre pas compte des spécificités liées à la prise en charge des différents types de handicap, ce qui ne permet pas d'identifier des possibilités de modification. Finalement, il n'existe pas d'indicateurs mesurant la rotation des usagers (entrées, sorties, transferts).

Constat 15: La base de données «handicap» n'est pas encore stabilisée

La base de données employée par la DGAS pour objectiver les besoins et suivre l'occupation des places demande un travail de saisie très important (pour les EPH et pour le secrétariat de la CCI) alors que certaines données saisies sont peu utiles et que d'autres données importantes font défaut. Le volume important de données à saisir nuit à la qualité des données et à la fiabilité des analyses. En outre, cette base de données n'est pas accessible à tous les acteurs auxquels elle pourrait être utile (membres de la CCI, EPH) alors qu'ils sont, par ailleurs, chargés de l'alimenter (en fournissant les données). En outre, les données récoltées à l'issue du processus d'indication ne permettent pas de chiffrer de manière fiable l'attente à l'entrée des différents hébergements subventionnés. Il apparaît qu'une grande part des personnes ayant reçu une indication pour une place dans une telle structure ne s'y trouvent pas deux ans après pour des raisons très diverses qui ne sont pas documentées.

Constat 16: Le rapport annuel de la CCI est peu diffusé et peu suivi d'effets

Le rapport annuel de la CCI, fondé sur une observation directe des besoins, contient des propositions qui sont peu suivies et peu discutées par les autres acteurs.

6.3.6. Observations

Constat 14: *le DEAS partage ce constat dans le sens où il conviendra de recourir à des indicateurs «simples à mettre en œuvre et pertinents» afin de mesurer et d'évaluer l'atteinte des objectifs visés par les prestations d'accompagnement alternatives à la prise en charge résidentielle.*

Constat 15: *le DEAS est conscient du potentiel d'amélioration de la base de données de la CCI, d'autant plus que celle-ci a été développée très récemment (mise en production le 1^{er} juin 2014), au prix d'efforts déployés pour avoir une lecture commune de données qui n'étaient pas disponibles historiquement. Cette base de données, qui sera enrichie et améliorée année après année, permettra de disposer d'informations pertinentes pour l'aide à la décision dans le cadre de cette politique publique importante.*

Constat 16: *le DEAS ne peut partager ce constat, dans la mesure où les éléments sur lesquels se fonde la Cour relèvent de considérations (rapport de la CCI 2015) particulièrement génériques (cf. point 6.3.3) qui nécessitent d'être plus concrètes, précisées et surtout quantifiées d'un point de vue budgétaire avant que celles-ci ne se traduisent par des mesures susceptibles d'être mises en œuvre. En effet, la LIPH prévoit que la CCI fasse des propositions au Conseil d'État. Toutefois, celles-ci n'ont pas force obligatoire contrairement à ce que pourrait laisser entendre la Cour. Relevons par ailleurs, que le rapport d'activité de la CCI n'est d'ailleurs pas le vecteur approprié pour transmettre de telles propositions, qui doivent faire l'objet d'échanges avec la DGAS et être évaluées par cette dernière avant de faire l'objet d'une mise en œuvre par le Conseil d'État.*

6.4. Coûts et financement de la politique publique en matière de handicap

Les modes de financement des prestations déterminent souvent les possibilités de prise en charge. Il n'est ainsi pas possible de développer une prestation dont le financement n'est pas garanti. En outre, pour que le financement soit réparti équitablement, il est souvent nécessaire de connaître précisément les coûts des différentes prestations. Cette section vise à répondre à la question suivante:

Les prestations d'hébergement destinées aux personnes en situation de handicap sont-elles financées de manière équitable transparente?

Pour répondre à cette question, la Cour a analysé les mécanismes de financement des EPH: subventions d'exploitation, d'investissement et prix de pension. Il ressort de cette analyse que ni les montants des subventions des EPH ni les prix de pension ne reposent sur des bases objectives et que les possibilités de financer les prestations ambulatoires, dont le coût complet est nettement inférieur, sont moindres que celles des prestations résidentielles classiques.

6.4.1. Coûts des prises en charge en EPH

Cette sous-section situe les montants des subventions versées par le canton aux EPH parmi les autres coûts de la politique publique définie dans le processus budgétaire cantonal. Cette donnée est utile pour connaître les coûts à la charge de l'État et la façon dont ils sont ventilés entre les subventions aux institutions et les prestations versées aux individus (notamment pour couvrir les prix de pension qui leur sont facturés par les EPH). Il est nécessaire de la compléter par une estimation des coûts complets des places résidentielles destinées aux personnes en situation de handicap psychique. Cette estimation permettra de comparer les chiffres obtenus avec les montants des subventions et des prix de pension.

Coûts de la politique publique E

La politique publique en matière de handicap, telle que définie dans le cadre du budget par politique publique, regroupe un ensemble de prestations représentant un coût annuel de 396 millions F en 2016. Les actions principales concernent, d'un côté, l'accueil permanent ou de jour au sein d'établissements spécialisés et de l'autre, le versement de prestations ou d'aides complémentaires aux personnes en situation de handicap.

En 2016, les coûts complets de fonctionnement du programme E01 «Mise en œuvre et conduite des actions en faveur des personnes handicapées» étaient de 170 millions F, dont 169 millions de subventions. Dans le même temps, les coûts complets de fonctionnement du programme E02 «Soutien financier individuel aux personnes handicapées» se portaient à 227 millions F, dont 58 millions versés par la Confédération qui participe aux coûts des prestations complémentaires à l'AI.

Coûts complets de l'accueil en EPH des personnes en situation de handicap psychique

La DGAS et les EPH ne disposent pas d'une estimation fiable des coûts complets par individu de la prise en charge des personnes en situation de handicap. Dans le cadre de sa mission d'évaluation, la Cour a souhaité estimer le coût de la prise en charge résidentielle des personnes en situation de handicap psychique.

Sur la base des éléments de comptabilité analytique fournis pour l'année 2015 par les quatre EPH accueillant des personnes en situation de handicap psychique, la Cour a estimé le coût complet par place et par jour. Ce coût qui comprend les coûts directs (encadrement) et indirects (bâtiments, services transversaux) oscille entre 190 et 445 F pour les places de type H ou HO. Ces différences s'expliquent en partie par l'intensité de l'encadrement qui varie en fonction des besoins du public accueilli. Cette intensité n'est pas simplement liée à la sévérité des troubles psychiques. En effet,

alors que certains résidents ont surtout besoin d'un environnement sécurisant, d'autres ont un besoin supérieur de stimulation dans les actes de la vie quotidienne. Autrement dit, même si les quatre EPH offrent des places basées sur la même classification administrative, les besoins des personnes qu'ils hébergent ne sont pas forcément similaires.

6.4.2. Subventions d'exploitation des EPH

Dans cette sous-section, la Cour examine les règles concernant l'attribution des subventions destinées à couvrir les frais de fonctionnement des EPH. Ces subventions sont attribuées selon le mécanisme des contrats de prestations qui prévoit également le financement des nouvelles places ouvertes durant la période de quatre ans couverte par les contrats de prestations.

Principes et modes de calcul

Les EPH ont principalement quatre sources de revenus, dont l'ordre de priorité est fixé comme suit par l'art. 18 LIPH:

1. le prix de pension facturé aux résidents par l'institution pour la prestation d'hébergement selon un montant fixé par le département;
2. les recettes propres de l'établissement (ventes de produits ou de services);
3. d'éventuels dons et legs;
4. une subvention cantonale accordée via le mécanisme des contrats de prestations. La subvention cantonale comprend une subvention d'investissement et une subvention d'exploitation.

Selon le règlement d'application de la loi sur l'intégration des personnes handicapées (RIPH), le montant de la subvention est déterminé sur la base d'un vaste ensemble d'éléments incluant le budget et les comptes des EPH, leur projet institutionnel, le nombre de places d'accueil, le taux d'occupation, les prestations fournies, les prix de pension facturés aux résidents et les recettes propres des établissements (art. 22 RIPH).

Les directives départementales précisent cependant que le «*montant de l'indemnité a été historiquement calculé (reprise du montant correspondant à la part OFAS) et mis à jour selon les grilles d'analyse des ressources et des besoins d'aide (ARBA)*»⁷⁰. La reprise des montants accordés par l'OFAS correspond à la disposition transitoire prévue par l'art. 59A LIPH. Les subventions d'exploitation se basent donc sur le principe du financement par objet appliqué par l'OFAS.

Le canton a toutefois souhaité inclure une dimension de financement par sujet en prévoyant des contributions différentes en fonction de l'importance de besoin d'encadrement des personnes accueillies. Ces besoins ont été évalués en 2010 et en 2013 au moyen de la méthode ARBA qui vise, par le biais de grilles d'évaluation individuelles, à déterminer de manière uniforme, pour toutes les institutions, les besoins d'encadrement en fonction de la complexité des situations suivies. Le processus a été interrompu après 2013, lorsque les données, revues par un expert indépendant, ont attesté un accroissement des besoins d'encadrement que l'État ne pouvait pas financer. Le département s'est alors engagé à mettre en œuvre une méthode alternative, la méthode OLMIS qui a pour objectif d'évaluer l'intensité des soutiens (soins de base, accompagnement socio-éducatif et socio-professionnel) apportés à une personne, en fonction de l'importance de son handicap et des exigences des milieux qu'elle fréquente. Il était prévu que cet outil, utilisé par le canton de Fribourg, soit opérationnel à Genève en 2015.

Dans l'intervalle, le département a décidé de participer à un projet mené par le canton de Vaud qui engagera, en 2017, un expert afin de déterminer quel système de mesure des besoins répond le mieux au besoin commun des deux cantons d'objectiver le financement des EPH. Ce projet ne sera toutefois pas achevé au moment de déterminer les montants des subventions pour la période 2018-2021.

⁷⁰ Mémento EPH, section E, *Subvention de fonctionnement*

Financement des nouvelles places

Avec le mécanisme des contrats de prestations, les subventions d'exploitation sont accordées pour quatre années. Lorsqu'un EPH ouvre une place supplémentaire, cette dernière est financée en sus à partir d'une enveloppe spécifique pour l'ouverture de nouvelles places incluse dans la loi de financement déterminant les contrats de prestations (L 11295). Le montant accordé varie en fonction de l'EPH et la catégorie de place créée (HO, H, etc.). Le tableau ci-dessous reprend les montants de ces subventions, qui ont, eux aussi, été repris des grilles tarifaires établies par l'OFAS. Aucun financement n'est prévu pour l'ouverture de nouvelles places AHE ou d'accompagnement à domicile.

Tableau 14: Montant de subvention (en francs, par place et par mois) pour les nouvelles places

	HO	H	A	CdJ
EPI	8800	5300	2600	3500
Centre Espoir		2900	1800	
Aigues-Vertes	8800	5300	2600	
Clair Bois	9900		3000	7400
Ensemble	8800	5700	3500	3500
Foyer-Handicap	7200		2200	3000
Corolle	6500	3800	2600	3500
Trajets		2900	1400	1900
Maison des Champs	5800		1600	
SGIPA	7700	4600	3200	

Source: DGAS / Seuls les EPH proposant des prestations résidentielles sont inclus

6.4.3. Subventions d'investissement EPH

Cette sous-section traite des subventions d'investissement qui sont notamment employées pour créer de nouvelles places. Selon la LIPH, les subventions d'investissement sont «*destinées à encourager la construction, la rénovation, l'agrandissement, l'aménagement ou l'équipement des lieux d'accueil des personnes handicapées*» (art. 20 al. 1 let. a). Les dépenses d'investissement de moins de 3 000 F sont à inscrire au budget de fonctionnement et sont comptabilisées comme des charges. Les dépenses d'investissement dont le coût total est compris entre 3 000 et 180 000 F doivent faire l'objet d'une demande spécifique au département. Les dépenses d'investissement dont le coût total dépasse 180 000 F doivent faire l'objet d'une loi spécifique. Dans les deux derniers cas, le montant maximal de la subvention équivaut au tiers du coût total.

Les subventions d'investissement accordées dans le cadre de la politique publique H sont fixées globalement dans le programme d'investissement de l'État. Les sommes prévues sont très faibles. À titre d'exemple, le contrat de prestations des EPI prévoit un budget d'investissement de 260 000 F par an sur une enveloppe globale de 56 millions F de frais de fonctionnement. Pour compenser cette modicité, les EPH doivent rechercher des financements externes notamment sous forme de dons. La recherche de donateurs constitue une activité traditionnelle pour les EPH actifs dans les domaines du handicap mental, physique et du polyhandicap. Ces EPH organisent des galas de charité et diverses autres activités de collecte, ce qui permet de financer la construction de nouveaux bâtiments. Dans le domaine du handicap psychique, les donateurs sont moins nombreux en raison de la stigmatisation (méfiance, crainte) qui frappe les personnes concernées et des liens souvent tendus que ces dernières entretiennent avec leurs familles.

6.4.4. Prestations complémentaires à l'AI

Cette sous-section examine la prise en charge par les prestations complémentaires à l'AI (PC-AI) des frais facturés par les EPH à leurs usagers. Les règles de remboursement des PC sont prévues par la loi sur les prestations complémentaires (LPC) et le règlement relatif au remboursement des frais de

maladie et des frais résultant de l'invalidité en matière de prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité (RFMPC).

Schématiquement, les PC sont réparties en deux catégories: la PC annuelle, versée mensuellement et le remboursement des frais de maladie et d'invalidité.

Le montant de la PC annuelle varie selon le mode d'hébergement de la personne:

- Une personne vivant dans un **ménage privé** bénéficie d'un montant global destiné à la couverture des besoins vitaux (au maximum 29 510 F par année pour une personne seule et invalide à plus de 70 %⁷¹), ainsi que d'une prise en charge plafonnée de ses frais de logement (au maximum 1 100 F par mois pour une personne vivant seule⁷²) et de ses cotisations d'assurance-maladie⁷³.
- Une personne vivant dans un **établissement spécialisé** (places HO et H) a droit à la prise en charge complète du prix de pension qui lui est facturé, ainsi qu'à un montant forfaitaire pour ses dépenses personnelles (450 F par mois pour une personne invalide à Genève). Les prestations complémentaires versées en 2015 à 1 060 résidents d'EPH se sont montées à 59.2 millions F (prix de pension et forfaits pour dépenses personnelles) soit 62 000 F par place d'hébergement.

Le montant des prix de pension facturés par les EPH à leurs résidents est déterminé par le département qui a repris les prix de pension appliqués par l'OFAS avant 2009. Depuis lors, les montants admis sont régulièrement augmentés (en moyenne 7 % d'augmentation entre 2008 et 2016, soit moins d'un pourcent par an). En 2016, les prix de pension variaient entre 119 et 237 F par jour pour un montant moyen de 171 F.

Dans la grande majorité des cas (près de 95 %), les prix de pension sont pris en charge par les PC-AI.

Prévu pour les deux catégories de personnes mentionnées ci-dessus, le remboursement des frais de maladie et d'invalidité (art. 14 LPC) couvre, dans certaines limites (notamment un plafond de 25 000 F par année pour une personne seule⁷⁴), un ensemble de dépenses, telles que la part non remboursée par l'assurance-maladie des frais de soins à domicile fournis par des organismes reconnus, mais également les «*frais d'aide, de soins et de tâches d'assistance afférents à des séjours dans des structures de jour*» (art 17 RFMPC).

Des prestations d'aide à l'intégration sont également prises en compte en particulier dans les domaines de l'assistance au ménage, de l'accompagnement socio-éducatif, du soutien administratif à domicile et des prestations de relève à domicile (art. 14 RFMPC). Le plafond annuel de remboursement de l'ensemble de ces prestations se monte à 4 800 F.

Les prestations des EPH autres que les places résidentielles de type HO et H sont partiellement couvertes par les PC-AI au titre des frais de maladie et d'invalidité.

- Les usagers des **centres de jour** doivent payer une contribution journalière de 100 F (en moyenne). En 2015, ces frais ont été pris en charge à hauteur d'un peu plus de 821 000 F pour près de 200 places actives, soit environ 40 jours de prise en charge par personne. Les PC ne prennent pas en charge ces frais pour les résidents des EPH.
- Les personnes occupant des places d'**accueil hôtelier avec encadrement** (AHE) ont droit au remboursement des frais d'hébergement à concurrence du maximum annuel de 13 200 F par an prévu pour les personnes faisant partie d'un ménage privé. Le soutien socio-éducatif qu'elles reçoivent est remboursé à concurrence de 4 800 F par an (pour autant que la

⁷¹ Les autres revenus, dont les rentes-invalidité, sont déduits de ce maximum.

⁷² Art. 10 al. 1 let. b LPC.

⁷³ Cas échéant, les PC couvrent les frais d'obtention du revenu, les intérêts hypothécaires et les pensions alimentaires versées.

⁷⁴ Ces montants peuvent être augmentés pour les bénéficiaires d'une allocation pour impotent de l'AI.

personne n'ait pas d'autres frais tels que soutien administratif et assistance au ménage qui sont compris dans ce plafond).

- Les bénéficiaires de l'**accompagnement à domicile** ont droit aux mêmes remboursements que les personnes occupant des places AHE. Le financement de l'accompagnement à domicile est particulièrement faible comme le montre l'encadré ci-dessous.

Financement de l'accompagnement à domicile

Dans le domaine du handicap psychique, les EPI sont le seul EPH à réaliser des prestations d'accompagnement à domicile. Ces dernières sont actuellement réalisées à perte en raison de la modicité des subventions reçues pour les 100 places exploitées⁷⁵ (100 000 F dans le cadre du contrat de prestations avec l'État de Genève et 230 000 F de l'OFAS (reçus par l'intermédiaire de Pro Infirmis) et des prix de pension pris en charge par les prestations complémentaires (au maximum 480 000 F par année). En additionnant ces diverses sources de financement, l'accompagnement d'une personne pendant une année est financé à hauteur de 8 100 F.

Un projet pilote récent (novembre 2016), associant la commission d'accompagnement à la vie indépendante (CAVI), la DGAS et la faïtière INSOS, teste pour dix résidents EPH en situation de handicap mental une formule d'accompagnement à domicile visant à libérer des places en EPH. Le financement de ce projet présente la particularité d'utiliser l'enveloppe budgétaire pour la création de nouvelles places, afin de compléter le financement à hauteur de 13 440 F par place et par année, montant permettant de couvrir les frais de la prestation à un tarif horaire de 95 F.

La comparaison des frais remboursés par les prestations complémentaires selon que la personne soit en EPH ou vive chez elle fait émerger un problème d'équité. En effet, les prix de pension des résidents EPH ne sont pas plafonnés alors que les frais de loyer le sont. Selon les EPH et les prestations réalisées, les résidents des places AHE peuvent se voir facturer des frais de loyer supérieurs au plafond mensuel de 1 100 F qu'ils doivent donc couvrir avec les montants de leur rente AI destinés à leur entretien. C'est également la situation des rentiers AI qui fréquentent des foyers non reconnus par les prestations complémentaires comme le Racard dont le prix de pension est de 100 F par jour, soit 3 000 F par mois.

Lorsque les usagers des EPH ne sont pas encore pris en charge par les prestations complémentaires, ce qui peut arriver en raison de la durée des procédures conduisant à l'obtention d'une rente d'invalidité, leurs frais sont pris en charge par l'Hospice général à condition que leurs ressources soient inférieures aux barèmes de l'aide sociale prévus par la loi sur l'insertion et l'aide sociale individuelle (LIASI). Les frais pris en charge respectivement par le service des prestations complémentaires et par l'Hospice général varient sensiblement, ce qui peut poser des problèmes d'équité. L'Hospice général ne plafonne pas le remboursement des frais de logement⁷⁶ (loyer, prix de pension de foyers hors EPH, hôtel), mais verse un forfait d'entretien inférieur à celui garanti par les prestations complémentaires.

⁷⁵ Environ 80 usagers en situation de handicap psychique et 20 usagers en situation de handicap mental.

⁷⁶ Le règlement d'exécution de la loi sur l'insertion et l'aide sociale individuelle (RIASI) prévoit un montant identique à celui des prestations complémentaires pour les frais de loyer, mais admet des suppléments, allant jusqu'à 120 % du montant de base (soit un loyer mensuel allant jusqu'à 2 400 F pour une personne seule), lorsque le bénéficiaire met «*tout en œuvre pour trouver rapidement une solution de relogement dont le coût se situe dans les montants maximaux admis*» (art. 3 al. 2 RIASI).

6.4.5. Appréciation des modes de financement

Cette section visait à répondre à la question suivante: «**Les prestations d'hébergement destinées aux personnes en situation de handicap sont-elles financées de manière équitable et transparente?**». Les éléments présentés montrent que les différences des montants accordés aux établissements pour un même type de place ne sont pas objectivement explicables, ce qui nuit à l'équité entre les différents établissements. La DGAS est consciente que le système de financement historique des EPH (consécutif à la péréquation financière entre la Confédération et les cantons) doit être revu. De plus, le remboursement des prestations d'accompagnement à domicile est plafonné, contrairement à celui des prestations résidentielles, ce qui n'incite pas les EPH à développer cette prestation.

L'analyse des modes de subventionnement des frais d'exploitation fait ressortir les points suivants:

- Le montant des subventions d'exploitation n'est pas directement lié aux prestations fournies par les EPH ni aux besoins des personnes qu'ils accueillent. Aucune mesure des besoins d'encadrement n'a été effectuée depuis 2013.
- Les montants prévus pour le financement des nouvelles places ne sont pas directement corrélés au montant de la subvention des EPH. Ils constituent pourtant la base à partir de laquelle l'indicateur du budget sur le coût des prises en charge est calculé (indicateur 2.1 cf. point 6.3.1 ci-dessus).
- Il n'existe pas de définition claire des prestations effectivement associées aux catégories de places. À titre d'exemple, une place en appartement individuel à laquelle l'EPH apporte un niveau de soutien socio-éducatif limité peut être classée dans les catégories HO, H ou AHE selon l'EPH qui l'exploite (cf. 5.2.1 pour le cas du handicap psychique).
- Le fait de prévoir des montants fixes par type de nouvelle place peut inciter les EPH à écarter les situations les plus complexes, car ils risquent alors de se retrouver en déficit si les prestations nécessaires ne peuvent pas être couvertes.
- Les acteurs rencontrés par la Cour s'accordent sur la nécessité d'une meilleure mesure des besoins d'encadrement et d'un financement à la fois adapté à ces derniers, objectif et équitable.

L'analyse des autres modes de financement fait ressortir les points suivants:

- La modicité des subventions d'investissement incite les EPH à rechercher des financements privés. Les EPH ne sont toutefois pas égaux face à cette tâche, étant donné les préjugés associés à certains handicaps, comme ceux liés à des troubles psychiques. Ce manque de fonds contribue à expliquer le peu de places créées dans le domaine du handicap psychique.
- Le montant des prix de pension provient d'une base historique qui a fait l'objet de divers ajustements au fil du temps. Il ne correspond plus aux prestations effectives. C'est également le cas des montants des subventions d'exploitation et des subventions pour l'ouverture de nouvelles places.
- Alors que les prestations résidentielles (H et HO) sont financées à la fois par les subventions et des prix de pension remboursés sans plafond par les prestations complémentaires, les prestations d'accompagnement à domicile et les places d'accueil hôtelier avec encadrement dépendent uniquement des prestations complémentaires qui plafonnent leur remboursement. La situation des personnes reconnues par l'assurance-invalidité, mais placées dans des hôtels en raison de leur incapacité à vivre en EPH, est encore plus complexe étant donné que les prestations complémentaires ne financent pas les nuits hôtelières au-delà du plafond mensuel de 1 100 F prévu pour les frais de logement.

Sur la base de ces éléments, la Cour formule les constats suivants:

Constat 17: Il n'existe pas d'analyse segmentée des coûts des EPH

Le coût complet, par type de prestation et par type de handicap, n'est pas une donnée utilisée de manière opérationnelle par les EPH, lorsqu'elle existe. De même, le coût marginal (pour par exemple

+1 ou +10 places) n'est pas une donnée établie par ces derniers. En l'absence de ces deux types de coûts (avec leur segmentation usuelle en coûts fixes/variables/directs/indirects), il n'est pas possible de prendre des décisions pertinentes visant l'amélioration des coûts actuels ou l'augmentation de capacité. La DGAS ne peut de fait, en l'état, pas se baser sur ces données dans son pilotage de la politique publique pour fixer les prix de pension ou déterminer le montant de la subvention.

Constat 18: Le financement des prestations n'est pas suffisamment objectivé

Tant le montant du prix de pension que celui des subventions (annuelle et pour les nouvelles places) ne sont pas objectivés en fonction d'éléments concrets, qu'il s'agisse des prestations effectivement fournies ou des besoins d'accompagnement des usagers. Il n'existe pas d'instrument validé pour mesurer les besoins individuels d'accompagnement et chiffrer les interventions requises pour y répondre.

Constat 19: Les catégories de places reflètent peu la diversité des prestations fournies

Les catégories de places sont utilisées pour déterminer le niveau de financement des nouvelles places. La nature des prestations fournies pour une même place varie entre les établissements et à l'intérieur même des établissements. Cette situation est problématique pour les financeurs comme pour les usagers.

Constat 20: Le financement des prises en charge favorisant l'autonomie résidentielle est limité

Les modes de prise en charge alternatifs aux structures résidentielles des EPH souffrent de possibilités limitées de financement, ce qui n'incite pas les EPH à les développer, étant donné qu'elles doivent être réalisées à perte (cas des places d'accompagnement à domicile). Le financement étant, en partie à la charge des individus (cas d'une partie des places d'accueil hôtelier avec encadrement), ces derniers peuvent être incités à opter pour des prises en charge résidentielles, ce qui accroît encore l'attente pour ces dernières prestations.

6.4.6. Observations

Observations du DEAS

Constat 17 à 19: *le DEAS partage ces constats et a entrepris courant 2016 des actions correctrices dont il a fait part à la Cour à la suite de la modification intervenue dans la gouvernance du secteur handicap au sein de la DGAS (suivi de la politique publique "E01Mise en œuvre et conduite des actions en faveur des personnes handicapées").*

Constat 20: *le DEAS peut partager ce constat au niveau de son principe mais rappelle que la recommandation qui en découlerait nécessitera pour aller dans le sens de la Cour s'agissant du financement de ces prestations, soit*

- *une modification du cadre légal non seulement cantonal mais aussi fédéral s'agissant des moyens couverts par le biais des prestations complémentaires fédérales et cantonales;*
- *une augmentation des subventions octroyées à ce secteur, qui pour mémoire représente déjà un montant de 394 millions de francs par année avec une progression annuelle de près de 10 millions de francs depuis 2010 qu'il s'agit déjà de soutenir et de défendre chaque année dans un contexte budgétaire difficile.*

7. CONCLUSION

La conclusion se base sur les constats présentés dans les chapitres 5 et 6, qui découlent de l'appréciation par la Cour des éléments de réponse apportés aux deux questions d'évaluation suivantes:

- Dans quelle mesure l'État répond-il aux besoins spécifiques des personnes en situation de handicap psychique en matière de logement et d'hébergement?
- Dans quelle mesure le cadre organisationnel de la politique publique en matière de handicap facilite-t-il une mise en œuvre efficiente de cette dernière?

Ces deux questions couvrent des périmètres différents:

- La première question concerne l'ensemble des prestations liées au logement auxquelles accède le public-cible des personnes en situation de handicap psychique. Elle a été traitée dans le chapitre 5.
- La seconde question porte sur l'organisation d'une politique publique clairement circonscrite. Tous les types de handicap sont concernés et l'accent porte sur les prestations d'hébergement. Elle a été traitée dans le chapitre 6.

Les éléments présentés dans ce rapport, en particulier dans le chapitre 4, montrent, sur un plan qualitatif, que les besoins des personnes en situation de handicap psychique sont variés et fluctuants, appelant à une diversité et une flexibilité accrues des interventions. Les personnes n'ont pas toutes besoin du même type d'aide et pas non plus besoin du même niveau d'accompagnement tout au long de leur existence.

À ce titre, la Cour note également que les établissements spécialisés offrent des prestations de qualité aux personnes en situation de handicap psychique et que, sur le terrain, les équipes éducatives font preuve de créativité pour adapter ces dernières aux besoins des personnes accueillies. Certains besoins ne sont toutefois pas satisfaits dans le cadre actuel qui segmente les prises en charge sanitaire et sociale, qui soutient peu les prestations visant l'autonomie résidentielle et qui ne prévoit pas de prestations de répit. Autrement dit, la gamme des établissements spécialisés devrait être élargie afin de prendre en compte les personnes qui ne peuvent y entrer et d'offrir davantage d'alternatives à la prise en charge institutionnelle collective qui caractérise la grande majorité des places d'hébergement actuellement ouvertes dans le domaine du handicap psychique.

Concernant la couverture quantitative des besoins, la demande de prestations d'hébergement n'est pas entièrement satisfaite en dépit d'une augmentation régulière de l'offre. Cette situation entraîne une saturation des établissements spécialisés dont les conséquences négatives touchent à la fois les personnes qui attendent, leurs proches, les équipes éducatives et les résidents.

Sur un plan plus organisationnel, la Cour relève que l'État s'efforce de répondre à l'accroissement de la demande en ouvrant de nouvelles places dans les établissements spécialisés. Elle note toutefois plusieurs points d'amélioration. En l'absence d'une analyse qualitative et quantitative des besoins des personnes en situation de handicap, l'accroissement du nombre de places ouvertes, ainsi que des montants finançant ces places ne peuvent être considérés comme les seuls garants du développement de prestations réellement adaptées aux besoins des personnes. Par ailleurs, le financement des prestations actuelles repose sur des montants historiques discutables en termes d'équité. En outre, les instruments qui devraient permettre le suivi du dispositif et indiquer les pistes d'amélioration à poursuivre présentent des problèmes de conception qui limitent leur fiabilité.

Les huit recommandations formulées dans le chapitre suivant visent à répondre aux constats relevés dans ce rapport. Elles proposent, sur la base d'une meilleure allocation des moyens existants, de clarifier le dispositif existant, de simplifier les modalités d'accès et de développer les collaborations entre acteurs de la prise en charge. Leur mise en œuvre contribuera à réduire l'attente à l'entrée du dispositif en limitant les demandes et en favorisant les sorties.

8. RECOMMANDATIONS

Sur la base des constats formulés dans les chapitres 5 et 6, ainsi que de la conclusion (chapitre 7), la Cour a formulé 8 recommandations à l'attention du département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé, des établissements publics pour l'intégration, du département de psychiatrie et de santé mentale des HUG, de l'IMAD et de l'Hospice général.

Les recommandations de la Cour visent en premier lieu à doter la politique publique en matière de handicap d'une dimension politique plus affirmée. Il est en effet nécessaire de concilier les objectifs de gestion économe et conforme des ressources avec les objectifs visant à répondre aux besoins particuliers des personnes en situation de handicap. Il convient en premier lieu d'affirmer des priorités politiques partagées en faisant appel aux compétences métier des acteurs de terrain qui connaissent précisément les problèmes auxquels sont confrontées les personnes en situation de handicap. Sur cette base, il sera possible d'établir une planification à plus long terme, allant au-delà de la réponse à des situations urgentes (recommandation 1).

Elles visent ensuite à créer les bases d'une meilleure allocation des moyens existants en révisant les modalités de financement qui ne sont actuellement pas équitables. Conscient de ces problèmes, le département s'est engagé dans un projet intercantonal visant à objectiver les modes de financement des établissements spécialisés. À cet égard et dès lors que le projet n'a pas encore commencé, la Cour recommande que l'objectivation des financements inclue les prestations d'accompagnement à domicile dont les conditions actuelles de financement ne sont pas incitatives. Cet exercice doit en outre s'accompagner d'une redéfinition des catégories de places qui, dans de nombreux cas, ne correspondent plus au modèle initial qui est, par ailleurs, trop figé (recommandation 2).

Une autre partie des recommandations vise à élargir la gamme des possibilités de prise en charge en proposant des alternatives à la prise en charge institutionnelle. Ces alternatives présentent le double avantage d'être moins coûteuses que la prise en charge actuelle et de s'adresser aux deux franges du public-cible pour lesquelles la prise en charge institutionnelle actuelle n'est pas adaptée. Il s'agit, d'une part, des personnes très atteintes dans leur santé qui nécessitent, parfois provisoirement, une prise en charge commune socioéducative et médico-sociale (recommandation 3) et de celles pour lesquelles le cadre de vie proposé par les établissements spécialisés n'est pas suffisamment souple et qui seraient mieux prises en charge dans des structures à bas seuil d'accès (recommandation 4). Il s'agit, d'autre part, de celles qui disposent d'une autonomie suffisante pour occuper des logements indépendants assortis, si nécessaire, d'une prise en charge à domicile (recommandation 5). En outre, la création de places de répit (recommandation 6) vise l'ensemble du public-cible. Elle permet aux proches aidants de prendre un peu de recul de manière à ménager leur propre santé sans pour autant passer par une institutionnalisation. Elle permet également de limiter les hospitalisations des personnes fréquentant déjà une institution en les changeant temporairement de cadre de vie.

La recommandation 7 vise à faciliter le parcours des personnes en situation de handicap à travers le dispositif que les recommandations 3 à 6 auront permis d'élargir. L'idée principale de cette recommandation, qui combine différents moyens, est d'apporter un soutien aux personnes pour lesquelles les démarches administratives nécessaires pour accéder aux établissements spécialisés représentent une tâche trop ardue ou qui ne connaissent pas les différentes possibilités existantes. En complément du travail de la commission cantonale d'indication, il doit exister un dispositif d'information et de conseil qui s'adresse à la fois aux professionnels, aux personnes en situation de handicap et à leurs proches. Il est également possible de faciliter les exigences administratives au moment de la demande d'indication.

Finalement, la recommandation 8 vise à disposer d'instruments de suivi permettant de mieux mesurer l'efficacité de la politique publique en matière de handicap. Cette mesure ne doit pas se limiter à des indicateurs standardisés, mais prendre en compte la diversité des parcours individuels et des besoins des personnes en situation de handicap. Cette récolte de données doit, en outre, être plus efficiente que jusqu'à présent.

Guide de lecture:

Les huit recommandations sont articulées autour d'une idée centrale qui constitue le titre de la recommandation. En dessous de ce titre figurent les objectifs généraux que la mise en œuvre de cette recommandation doit permettre d'atteindre afin de répondre aux points critiques soulevés dans les constats (chaque recommandation concerne un groupe de constats). Les moyens qui figurent ensuite constituent des actions concrètes dont la réalisation permettrait de mettre en œuvre la recommandation. Lors du suivi pluriannuel consécutif à la publication du rapport, la Cour tiendra compte d'éventuelles autres actions ayant permis d'atteindre les objectifs visés par la recommandation.

Recommandation 1: Planifier les interventions en fonction de priorités partagées

(cf. constats 11, 13, 16)

Destinataire: DEAS

Objectifs: Faire bénéficier l'administration de compétences métier, accroître l'adéquation des prestations aux besoins, fédérer les acteurs autour d'objectifs partagés

Moyens possibles:

- Organiser une **séance d'information annuelle** permettant de débattre des propositions de la CCI et des objectifs du département [à l'image des colloques du réseau de soins].
- Procéder, pour chaque nouvelle période de financement, à une **analyse des besoins** qui soit à la fois qualitative (type de prestations nécessaire) et quantitative (nombre estimé de personnes concernées). Dans ce cadre, tenir compte du besoin d'intervention en faveur des personnes occupant leur propre logement.
- Mettre à jour le **plan stratégique cantonal** en matière de handicap de façon à annoncer les priorités du département et les grandes lignes de la planification à venir.

Observations

Observations du DEAS

Au préalable, à la forme et d'une façon générale, le DEAS relève que la Cour énonce à titre d'exemple et de moyens "possibles" quelques pistes qui pourraient être mises en œuvre eu égard aux constats formulés. Aussi, et dans le cadre du suivi de ces recommandations, le DEAS s'engage à suivre et développer les moyens retenus par ses soins, qui ne sont pas forcément ceux proposés par la Cour.

Le DEAS comprend par cette recommandation à caractère "générique" que la Cour encourage le programme prévu par celui-là, qui se base sur des échanges d'informations, une lecture commune des enjeux et des défis à relever, l'inventaire des solutions organisationnelles, structurelles et financières envisageables avec les acteurs du domaine du handicap. C'est précisément dans cet objectif que la DGAS rencontre d'ores et déjà régulièrement les milieux intéressés, soit Pro Infirmis, Pro Mente Sana, Insieme, Cérébral, le Relais, INSOS et l'AGOEER.

En ce qui concerne la tenue d'une séance d'information annuelle, le DEAS accepte volontiers cette recommandation qu'elle s'engage à mettre en œuvre.

S'agissant de la mise à jour du plan stratégique cantonal en faveur de l'intégration des personnes handicapées, le DEAS rappelle que celui-ci se fonde notamment sur :

- la Constitution genevoise, du 14 octobre 2012;
- la LIPH, du 16 mai 2003 (entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2004) et la législation fédérale spécifique sur laquelle elle se fonde;
- la LIP, du 17 septembre 2015 (entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2016);

- les différentes mesures législatives, administratives, judiciaires ou autres appliquées en Suisse, qui se réfèrent aux droits garantis dans la Convention relative aux droits des personnes handicapées (Premier Rapport du Gouvernement suisse sur la mise en œuvre de ladite convention, du 26 juin 2016);
- et enfin les moyens publics supplémentaires importants qui ont pu être obtenus année après année pour rendre tangible et concrète cette politique par l'ouverture de places supplémentaires (présentation du 1^{er} novembre 2016).

Dès lors, le DEAS poursuivra son travail de mise à jour dudit plan dans ce sens.

Recommandation 2: Objectiver les modes de financement

(cf. constats 17-20)

Destinataire: DEAS

Objectifs: Mieux connaître les coûts des différentes prestations, accroître l'équité

Moyens possibles:

- Répartir analytiquement les **coûts complets** des EPH.
- Dans le cadre du projet intercantonal à venir, élaborer un **instrument de mesure** des besoins et des prestations incluant les prestations d'accompagnement à domicile et revoir en conséquence la nomenclature des places des EPH.
- Fixer les montants des subventions et des prix de pension en fonction de ces éléments.

Observations

Observations du DEAS

Le DEAS accepte sans réserve cette recommandation. Comme stipulé dans l'observation de la première recommandation, il s'engage à développer les moyens retenus par ses soins, qui ne sont pas forcément ceux proposés par la Cour.

Recommandation 3: Faciliter les synergies en matière de prise en charge

(cf. constats 4, 7)

Destinataires: DEAS, HUG, EPI, IMAD

Objectifs: Créer un cadre favorisant la réponse aux besoins de prise en charge conjointe sanitaire et socioéducative, limiter les hospitalisations

Moyens possibles:

- Développer des **conventions de partenariat** entre les EPH concernés (EPI, Trajets, Centre Espoir, Maison des Champs), le service d'addictologie des HUG et l'association ARGOS afin d'offrir des possibilités de prise en charge conjointe du handicap et des addictions.
- Développer des **conventions de partenariat** entre les EPH concernés et le département de santé mentale et de psychiatrie des HUG pour faciliter l'accès aux soins ambulatoires et hospitaliers des résidents et leur retour en EPH en cas d'hospitalisation.
- Établir et faire valider des **projets de transformations** de deux ou trois structures (petits EMS, résidences EPH) en établissements à encadrement mixte: socioéducatif et médico-social. Régler les modalités de facturation des soins et rattacher ces structures à la politique publique en matière de handicap afin d'en assurer la planification et le financement.
- Confier à un organisme de formation continue l'organisation d'une **journée de formation** sur le handicap psychique et sa prise en charge. Cette formation s'adresserait aux collaborateurs

des EPH concernés et pourrait également être suivie par des collaborateurs de l'aide et des soins à domicile (IMAD) et du service de protection de l'adulte.

Observations

1. Observations du DEAS

Le DEAS accepte cette recommandation qui fait par ailleurs partie intégrante des buts de la LIPH que la DGAS met précisément en œuvre. Comme stipulé dans l'observation de la première recommandation, il s'engage à développer les moyens retenus par ses soins, qui ne sont pas forcément ceux proposés par la Cour.

Le DEAS rappelle que des projets de collaboration de longue haleine ont pu précisément aboutir entre les institutions qui n'avaient pas une propension à collaborer, à savoir les HUG et les EPI. Il rappelle également que le Centre Espoir et les HUG disposent déjà d'une convention de partenariat. Dès lors et sur la base de cet objectif, le DEAS entend poursuivre et intensifier ces collaborations de manière "raisonnable" (sans pour autant accroître démesurément le nombre de conventions) et en lien avec un périmètre d'activité déterminé et précis.

Il conviendra également d'évaluer la nécessité absolue, comme le suggère la Cour, d'envisager des structures médicales et de soins intermédiaires entre le dispositif des HUG et celui existant dans le secteur des EPH pour ce type de personnes en fonction du nombre de situations qui seraient concernées par ce type de structures.

Enfin et s'agissant de la formation relative à la prise en charge des différentes typologies de handicap, dont celle du handicap psychique, le DEAS rappelle que celle-ci fait partie intégrante de la mission de chaque institution. Le DEAS retient cette proposition de journée de formation sur le handicap psychique.

2. Observations du département de santé mentale et de psychiatrie des HUG

Le DSMP est en accord avec cette recommandation.

3. Observations des EPI

Les EPI ont convenu avec le DEAS que leurs remarques et commentaires soient intégrés dans les observations du DEAS.

4. Observations de l'IMAD

La recommandation est acceptée.

Recommandation 4: Créer et tester un concept d'accueil à bas seuil d'accès

(cf. constats 1, 2, 3, 5, 10)

Destinataires: DEAS, HG, HUG, IMAD, EPI

Objectifs: Répondre aux besoins de logement des personnes qui ne peuvent pas vivre dans un environnement collectif, réduire la saturation du dispositif EPH, limiter les hospitalisations

Moyens possibles:

- Développer et tester avec les partenaires concernés (EPH du domaine psychique, HG, HUG, IMAD) un **concept d'accueil à bas seuil** présentant les caractéristiques suivantes:
 - o Public-cible: personnes en situation de handicap pour lesquelles toutes les tentatives de prise en charge résidentielle ont échoué, la présence d'addictions est possible, mais pas requise.

- Accès simplifié sans condition préalable autre qu'un avis professionnel (socioéducatif et médical), s'inspirer du modèle «Housing First».
- Accompagnement socioéducatif minimal (présence partielle), supporté par un dispositif médical de réserve et d'urgence (HUG) pour promouvoir la prise en charge et prévenir les crises.
- Interventions domiciliaires permettant de favoriser l'autonomie en termes de santé et de gestion du quotidien (entretien, alimentation).
- Financement mixte des investissements et du fonctionnement: Fondations de droit public, Hospice général, prestations complémentaires AI, assurance-maladie.

Observations

1. Observations du DEAS

Le DEAS accepte volontiers cette recommandation qui est parfaitement en ligne avec ses projets en cours. Comme stipulé dans l'observation de la première recommandation, il s'engage à développer les moyens retenus par ses soins, qui ne sont pas forcément ceux proposés par la Cour.

2. Observations du département de santé mentale et de psychiatrie des HUG

Le DSMP est en accord avec cette recommandation.

3. Observations des EPI

Les EPI ont convenu avec le DEAS que leurs remarques et commentaires soient intégrés dans les observations du DEAS.

4. Observations de l'Hospice général

La recommandation est acceptée. L'Hospice général participera volontiers à une telle réflexion liée à la mise en place d'un tel projet.

5. Observations de l'IMAD

La recommandation est acceptée.

Recommandation 5: Faciliter l'accès et le maintien dans des logements indépendants

(cf. constats 3, 6, 9, 10, 13, 20)

Destinataires: DEAS, EPI, HUG, IMAD

Objectifs: Répondre aux besoins d'autonomisation d'une partie des résidents des EPH, limiter l'institutionnalisation

Moyens possibles:

- Établir, sous l'égide de la direction générale de la santé, un **concept global** des interventions à domicile des EPH (accompagnement à domicile), des HUG (équipe mobile de psychiatrie) et de l'IMAD (aide pratique et prestations de santé mentale à domicile) afin de faciliter les interventions à domicile. Ce concept global décrira les objectifs et le contenu des prestations des différents acteurs et règlera la collaboration entre ces derniers.
- Développer l'accompagnement à domicile, notamment par exemple sous l'angle d'une **augmentation des plafonds pris en compte par les prestations complémentaires**.
- Alternativement ou en complément et sans nécessité de modification légale, prévoir, dans le cadre de l'enveloppe «nouvelles places» des EPH, des **subventions pour l'accompagnement socioéducatif à domicile** et dans les structures AHE (pas uniquement un financement par les prix de pension). À cet effet, prendre en compte les enseignements du récent projet pilote créé dans le domaine du handicap mental.

- Évaluer les **besoins budgétaires domiciliaires** supplémentaires pour faire face à un éventuel accroissement des prestations d'aide et de soins à domicile et prévoir le cas échéant un budget.
- Développer et tester des structures d'accueil alternatives à l'institutionnalisation classique, telles que celles développées dans le domaine des personnes âgées (p. ex. IEPA).
- Charger le groupe interdépartemental pour une politique transversale du handicap ou un groupe ad hoc d'étudier dans un **rapport** les meilleurs moyens de faciliter l'accès aux logements sociaux des personnes en situation de handicap.
- Publier dans différents médias lus par les acteurs de l'immobilier un **article** décrivant des expériences positives d'intégration de personnes en situation de handicap mental, psychique et physique dans des logements indépendants, afin de sensibiliser les détenteurs du parc immobilier à la question du handicap. Cet article pourrait notamment présenter le système des baux glissants.
- Assurer une **représentation du DEAS dans les comités de projet** des futurs grands projets immobiliers publics, afin de promouvoir la réalisation de logements spécifiques rattachés à de petites unités centrales exploitées par les EPH intéressés en partenariat avec les prestataires de soins (conventions).

Observations

1. Observations du DEAS

Le DEAS ne peut qu'être d'accord avec cet objectif qui est également au cœur de la politique du handicap dans le sens où l'institutionnalisation, même transitoire, d'une personne handicapée doit se faire uniquement lorsque toutes les solutions en amont ont été éprouvées (prise en charge à domicile, logement indépendant (y compris AHE), logement encadré (centres de jour, ateliers). Il accepte volontiers cette recommandation qui est parfaitement en ligne avec ses projets en cours, tels que la création "d'IEPH" qui se basera sur le même modèle que celui mis en œuvre dans le domaine des personnes âgées (IEPA) et qui a fait ses preuves comme alternative à l'institutionnalisation.

Comme stipulé dans l'observation de la première recommandation, le DEAS s'engage à développer les moyens retenus par ses soins, qui ne sont pas forcément ceux proposés par la Cour.

Une analyse des raisons d'arrêt du projet pilote prestations de santé mentale à domicile (HUG-Imad-AMG-EPI) pourra également nourrir la réflexion.

En ce qui concerne le dernier moyen proposé par la Cour, le DEAS est systématiquement sollicité par les départements compétents (DALE, DF) dans le cadre d'un "réflexe social" que ceux-ci ont à satisfaction afin de s'assurer des besoins sociaux au sens large (y.c. pour le domaine handicap) lorsqu'il s'agit de préparer un plan localisé de quartier (PLQ) ou d'autres projets d'urbanisation.

2. Observations du département de santé mentale et de psychiatrie des HUG

Le DSMP est en accord avec cette recommandation

3. Observations des EPI

Les EPI ont convenu avec le DEAS que leurs remarques et commentaires soient intégrés dans les observations du DEAS.

4. Observations de l'IMAD

La recommandation est acceptée.

Recommandation 6: Développer des places temporaires dans le dispositif existant

(cf. constats 8, 9, 10)

Destinataires: DEAS, EPI

Objectifs: Répondre aux besoins de répit des proches et des foyers, limiter les hospitalisations, éviter l'institutionnalisation

Moyens possibles:

- Prévoir dans le mémento EPH la **possibilité de séjours temporaires** (max 1 mois par année).
- Créer, au sein des établissements existants, des possibilités d'accueil permettant une prise en charge temporaire pour soulager les familles des personnes en situation de handicap concernées et permettre l'accueil temporaire de résidents d'autres EPH rencontrant des difficultés psychiques liées au cadre de vie et pour lesquels ce changement temporaire pourrait éviter une hospitalisation.
- Créer une **plateforme informatique** permettant de centraliser les offres et les demandes. Accès sur simple réservation pour les personnes invalides. Priorité aux personnes occupant un logement indépendant. Accès en deuxième priorité aux résidents EPH pour lesquels un changement de cadre permettrait d'éviter une hospitalisation.

Observations

1. Observations du DEAS

Le DEAS accepte cette recommandation. Comme stipulé dans l'observation de la première recommandation, il s'engage à développer les moyens retenus par ses soins, qui ne sont pas forcément ceux proposés par la Cour.

À l'instar de ce que le DEAS fera s'agissant de la création d'IEPH, celui-ci entend également par symétrie créer des UATR pour personnes handicapées comme il en existe pour les personnes âgées afin précisément de soulager les familles qui maintiennent une personne handicapée à domicile. Les places UATR seront créées dans les EPH, non pas en substitution des places de longs séjours, mais en fonction des capacités résidentielles supplémentaires existantes dans lesdits EPH.

2. Observations des EPI

Les EPI ont convenu avec le DEAS que leurs remarques et commentaires soient intégrés dans les observations du DEAS.

Recommandation 7: Faciliter l'information, l'orientation et le suivi

(cf. constats 1, 2, 8)

Destinataire: DEAS

Objectifs: Faciliter les transitions des personnes concernées entre les différents types de prise en charge, aider les personnes qui ne bénéficient pas d'un soutien extérieur à accomplir les démarches d'accès aux prestations

Moyens possibles:

- Mettre en place un **portail d'information** (en ligne + téléphone) pour professionnels, proches et personnes concernées: présentation des prestations avec si nécessaire des petits films permettant aux personnes de visualiser les prestations avant de déposer une demande. Ce

portail pourrait être réalisé dans le cadre du projet de la DGS de créer en 2017 une structure similaire pour l'ensemble des proches aidants.

- Indiquer sur le **site internet** <http://www.ge.ch/handicap/indication/welcome.asp> les possibilités d'obtenir un soutien pour remplir le formulaire d'indication et suivre la procédure (associations, de proches, Pro-Infirmis, etc.).
- Simplifier les **demandes d'indication** en collaboration avec la CCI (moins de contrôles a priori [la reconnaissance AI doit être contrôlée à l'entrée en EPH], formulaire allégé [sans le parcours scolaire et professionnel]) et permettre les demandes en ligne (alternativement prévoir des formulaires comportant des zones de saisie à compléter informatiquement et demander l'envoi par courriel du dossier d'indication).
- Élargir le **champ de prescription de la CCI** (en tous cas les EMS spécialisés et les structures à bas seuil).

Observations

1. Observations du DEAS

Le DEAS souscrit également à cet objectif général de bon sens qui fait partie intégrante de la mission de l'État de Genève envers ses concitoyens, qui plus est envers les personnes les plus fragilisées que sont les personnes handicapées. Comme stipulé dans l'observation de la première recommandation, il s'engage à développer les moyens retenus par ses soins, qui ne sont pas forcément ceux proposés par la Cour.

Dans ce sens, le DEAS a une tradition historique d'interactions avec les associations de défense des personnes handicapées (p. ex. Pro Mente Sana, Pro Infirmis, Insieme, etc.) pour s'assurer que les informations, provenant notamment du SPC, soient suffisamment claires et compréhensibles vis-à-vis des personnes (entourage, familles, curateurs) qui doivent gérer les questions administratives si la personne n'est pas en mesure de le faire directement.

2. Observations des EPI

Les EPI ont convenu avec le DEAS que leurs remarques et commentaires soient intégrés dans les observations du DEAS.

Recommandation 8: Améliorer la qualité des informations et indicateurs

(cf. constats 14, 15)

Destinataires: DEAS, EPI

Objectifs: Disposer d'instruments fiables permettant de suivre les réponses apportées aux différents besoins et d'ajuster si nécessaire les interventions

Moyens possibles:

- Partager de manière régulière avec les EPH les données et informations globales du dispositif contenues dans la base de données «handicap». À cette occasion, vérifier avec eux l'exactitude des données figurant dans la base de données «handicap».
- Étudier avec la CCI la possibilité d'accès distants à la base de données pour une mise à jour directe lors des séances de la commission.
- Ne saisir dans la **base de données** que les informations utiles et exploitables statistiquement, éviter par exemple les changements de taux d'activité des personnes en atelier).
- Contacter après un certain délai (par exemple 6 mois) les **personnes ne donnant pas suite à leur indication** de manière à tenir la base de données à jour et, le cas échéant, faciliter l'accès à des solutions adaptées. Cette tâche pourrait être accomplie par le secrétariat de la

CCI lorsque les demandes d'inscriptions auront été simplifiées (cf. recommandation 7) et la procédure de saisie et de contrôle optimisée (cf. les moyens précédents).

- Développer un **indicateur OGPE** relatif à la satisfaction des besoins plus compréhensible que le l'actuel indicateur 1.1 et relativiser l'importance donnée au taux d'occupation qui varie fortement selon le type de handicap des personnes accueillies.
- Spécifier davantage les **indicateurs des contrats de prestations** de chaque EPH en fonction du public accueilli (flux, hospitalisations, activités, etc.).

Observations

1. Observations du DEAS

Le DEAS approuve cette recommandation. Comme stipulé dans l'observation de la première recommandation, il s'engage à développer les moyens retenus par ses soins, qui ne sont pas forcément ceux proposés par la Cour.

La base de données, qui sera enrichie et améliorée année après année, permettra de disposer d'informations pertinentes pour l'aide à la décision dans le cadre de cette politique publique importante. Dans ce cadre, le DEAS veillera à s'assurer de la mise à jour du parcours de la personne handicapée dont le dossier a fait l'objet d'une indication.

S'agissant de l'accessibilité à cette base de données, le DEAS a minutieusement évalué le cercle des utilisateurs et ne saurait en l'état l'étendre en vertu notamment des dispositions de la LIPAD régissant la protection des données personnelles, notamment des données personnelles sensibles.

2. Observations des EPI

Les EPI ont convenu avec le DEAS que leurs remarques et commentaires soient intégrés dans les observations du DEAS.

9. TABLEAU DE SUIVI DES RECOMMANDATIONS ET ACTIONS

Réf	Recommandation/Action	Mise en place (selon indications des entités)		
		Responsable	Délai à	Fait le
R1	Planifier les interventions en fonction de priorités partagées	DGAS	31.12.18	
R2	Objectiver les modes de financement	DGAS	31.12.18	
R3	Faciliter les synergies en matière de prise en charge	DGAS	31.12.19	
R4	Créer et tester un concept d'accueil à bas seuil d'accès	DGAS	30.06.19	
R5	Faciliter l'accès et le maintien dans des logements indépendants	DGAS	31.12.18	
R6	Développer des places temporaires dans le dispositif existant	DGAS	31.12.19	
R7	Faciliter l'information, l'orientation et le suivi	DGAS	31.12.17	
R8	Améliorer la qualité des informations et indicateurs	DGAS	31.12.18	

10. REMERCIEMENTS

La Cour remercie l'ensemble des acteurs publics et privés concernés par la politique évaluée qui lui ont consacré du temps, tout particulièrement les membres du groupe d'accompagnement. La liste des personnes rencontrées figure au point 11 de ce rapport. Elle remercie également ses mandataires de l'Institut de démographie et socioéconomie de l'Université de Genève, Messieurs Matthias Studer et Dan Orsholits, et du bureau d'études et de conseil socialdesign, Mesdames Ricarda Ettlin et Marion Beetschen.

L'évaluation a été terminée le 2 février 2017. Le rapport complet a été transmis au département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé, aux établissements publics pour l'intégration, au département de santé mentale et de psychiatrie des HUG, à l'IMAD et à l'Hospice général dont les observations remises entre le 24 février et le 28 mars 2017 ont été dûment reproduites dans le rapport.

La synthèse a été rédigée après réception des observations des entités concernées par l'évaluation.

Genève, le 4 avril 2017

Stanislas Zuin
Président

François Paychère
Magistrat titulaire

Hans Isler
Magistrat suppléant

11. BIBLIOGRAPHIE

- Backer, T. E., Howard, E. A., & Moran, G. E. (2007). The role of effective discharge planning in preventing homelessness. *Journal of Primary Prevention*, 28(3-4), 229–243.
- Beaudoin, I. (2016). Efficacité de l'approche «logement d'abord»: une revue systématique. *Drogues, santé et société*, 14(2), 43–69.
- Browne, G., & Courtney, M. (2005). Housing, social support and people with schizophrenia: a grounded theory study. *Issues in Mental Health Nursing*, 26, 311–26.
- Bürli, C., Amstad, F., Duetz Schmucki, M. & Schibli, D. (2015). *Santé psychique en Suisse - état des lieux et champs d'actions*, Berne: Office fédéral de la santé publique. <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/14149/14714/index.html?lang=de>
- Chapireau, F. (2014). Quel handicap psychique peut-on mesurer? *L'information psychiatrique*, 2014/4 (90), 243–246.
- DFI (2016). *Avenir de la psychiatrie en Suisse*. Rapport en réponse au postulat de Philipp Stähelin (10.3255), Berne: Département fédéral de l'intérieur.
- DOK (2009). *Cinq ans d'existence de la loi sur l'égalité des personnes handicapées. Analyse d'impact et exigences*, Berne: Conférences des organisations faïtières de l'aide privée aux personnes handicapées (DOK), Conseil à l'égalité et Centre Égalité Handicap. https://www.edi.admin.ch/dam/edi/fr/dokumente/fuenf_jahre_behindertengleichstellungs-gesetz-zentraleerkenntnis.pdf.download.pdf/cinq_ans_d_existencedelaloisurlegalitedespersonneshandicapees-et.pdf
- Dorvil, H. (2009). Introduction. Dans J.F. Pelletier, M. Piat, S. Côté, & H. Dorvil (sous la direction de) *Hébergement, logement et rétablissement en santé mentale* (101–121). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Dorvil, H., Morin, P. L., Beaulieu, A., & Robert, D. (2002). Le logement comme facteur d'intégration sociale pour les personnes classées malades mentales. *Déviance et société*, 26(4), 497–515.
- Ducoq, A., Thiron, F. (2013). *Handicap psychique: parcours de soins, parcours de vie*, Cahier CCAH N° 5, Paris: Comité national coordination action handicap. <http://www.ccah.fr/wp-content/uploads/2013/04/cahier-ccah-handicap-psychique.pdf>
- Egger, T., Stutz, H., Jäggi, J., Bannwart, L., Oesch, T., Tarek Naguib, T. & Kurt Pärli K. (2015), *Évaluation de la loi fédérale sur l'élimination des inégalités frappant les personnes handicapées – Lhand, Version abrégée*, Rapport élaboré sur mandat du Secrétariat général du Département fédéral de l'intérieur SG-DFI / Bureau fédéral de l'égalité pour les personnes handicapées BFEH. Berne: Bureau BASS & ZHAW
- Ettlin, R. & Rüfflin, R. (2016). *Évaluation de la politique en faveur du logement des personnes en situation de handicap psychique: Enquête qualitative*. Rapport de mandat à l'attention de la Cour des comptes de Genève, Lausanne: socialdesign.
- Ferrari, P. & al., (2015), *Se rétablir d'un trouble psychiatrique - Favoriser la transition vers l'hébergement au sortir de l'hôpital*, Lausanne: RSRL, https://www.reseau-sante-region-lausanne.ch/system/files/2015/12/publication_10_se_retablir_dun_trouble_psychiatrique_0.pdf
- Flynn, P. M. & Brown, B. S. (2008). Co-occurring disorders in substance abuse treatment: issues and prospects. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34(1), 36–47.
- Fuller-Thompson, E., Hulchanski, J. D., & Hwang, S. (2000). Housing and health relationship: What do we know? *Environmental Health*, 15(1-2), 109–133.
- Garcia Gonzalez de Ara, C. & Bonsack, C. (2015). Stigmatisation et logement. *Swiss Archives of Neurology And Psychiatry*, 166(1), 17–22.
- Gothuey, D. (2012) Addictions et psychose: état des lieux, intervention au *troisième colloque international francophone sur le traitement de la dépendance aux opioïdes*, Genève, 18-19 octobre 2012, http://www.tdo3.ch/pdf/presentation/Symposiums/T5/T5_Gothuey.pdf
- Grasset F., Favrod J., Giuliani F, Pernier S., Navarro Chafloque M. & Besson J. (2008). Handicap Mental et Psychiatrie. *Revue Médicale Suisse*, 4(171), 1976-8, 1980-1.
- Grasset, F., & Therianos-Spagnoli, D. (2003). *Évaluation des moyens d'hébergement à visée sociothérapeutique ou réhabilitative mis en œuvre dans le canton de Vaud à l'intention des patients psychiatriques adultes*. Programme de recherche. Lausanne: Université de Lausanne.

- Huguelet, P., Koellner, V., Boulguy, S., Nagalingum, K., Amani, S., Borrás, L., & Perroud, N. (2012). Effects of an assertive community program in patients with severe mental disorders and impact on their families. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 66(4), 328–336.
- Julien, P.-A., Lamonde, P. & Latouche D. (1975.) La méthode des scénarios en prospective. *L'Actualité économique*, 51 (2), 253–281.
- Keck, J. (1990). Responding to consumer housing preferences: The Toledo experience. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 13(4), 51–58.
- Krafft, M. (2012). *Évaluation de la Commission cantonale d'indication (CCI)*, Rapport à l'intention de la Direction générale de l'action sociale (DGAS), Lausanne: Maud Krafft Consulting.
- Lauber, C., Nordt, C. & Rossler, W. (2005). Lay beliefs about treatments for people with mental illness and their implications for anti-stigma strategies. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50, 745–752.
- Libois, J. & Loser, F. (2010). *Travailler en réseau. Analyse de l'activité en partenariat dans les domaines du social, de la santé et de la petite enfance*, Genève: Éditions IES.
- Maercker, A., Perkonig, A., Preisig, M., Schaller, K. & Weller, M. (2013), The cost of disorders of the brain in Switzerland: an update from the European Brain Council Study for 2010, *Swiss Medical Weekly*, 2013;143:w13751
- Nelson, G., Sylvestre, J., Aubry, T., George, L., & Trainor, J. (2007). Housing choice and control, housing quality and control over professional support as contributors to the subjective quality of life and community adaptation of people with severe mental illness. *Administration and Policy in Mental Health*, 34(2), 89–100.
- Nordt, C., Rossler, W. & Lauber, C. (2006). Attitudes of mental health professionals towards people with schizophrenia and major depression. *Schizophrenia Bulletin*, 32, 709–714.
- Piat, M., Lesage, A., Dorvil, H., Boyer, R., Couture, A., & Bloom, D. (2008). Les préférences résidentielles des personnes souffrant de troubles mentaux graves: une étude descriptive. *Santé mentale au Québec*, 33(2), 247–269. <https://www.erudit.org/revue/smq/2008/v33/n2/019677ar.pdf>
- Pleace, N. (2011). Découverte du potentiel du modèle Housing First: le logement d'abord. In Houard N. (Dir), *Loger l'Europe: Le logement social dans tous ses États*, (232–245), Paris: La Documentation française.
- Priebe, S., Saidi, M., Want, A., Mangalore, R., & Knapp, M. (2009). Housing services for people with mental disorders in England: patient characteristics, care, provision and costs. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(10), 805–814.
- Riesen, A. (1997). *Mission relative à l'hébergement de personnes majeures souffrant de handicaps psychiques et psychosociaux*, Rapport final, Genève.
- Riondel, G. (2015). *Réflexion sur les politiques publiques en matière de logement pour les personnes en souffrance psychique à Genève: «problème public» en construction?* Master of Arts HES SO en Travail social.
- Srebnik, D., Livingston, J., Gordon, L., & King, D. (1995). Housing choice and community success for individuals with serious and persistent mental illness. *Community Mental Health Journal*, 31(2), 139–51.
- Storni, M., Kaeser, M. & Lieberherr, R. (2013). *Enquête suisse sur la santé 2012. Vue d'ensemble*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- Studer, M. & Orsholits, D. (2016). *Rapport du module quantitatif de l'évaluation de la politique en faveur du logement des personnes en situation de handicap psychique*- Rapport final à l'attention de la Cour des comptes de Genève, Genève: Université de Genève.
- Trieu, M. (2010). *Groupe de travail dans le domaine du handicap psychique: personnes marginalisées*. Genève: Commission cantonale d'indication.
- Velche, D., & Roussel, P. (2011). La participation sociale des personnes présentant un handicap psychique: effet de rhétorique ou perspective nouvelle? Paris: Maison des Sciences Sociales du Handicap. http://mssh.ehesp.fr/wp-content/uploads/2013/06/HandPsy_rapp_Velche_Roussel.pdf

12. PERSONNES RENCONTRÉES

Personnes interviewées selon leur fonction

Les rencontres avec les acteurs suivants ont fait l'objet de compte-rendus validés par les personnes concernées.

Département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé

Directeur général, direction générale de l'action sociale

Directeur du secteur handicap, direction générale de l'action sociale

Adjoint de direction, secteur handicap, direction générale de l'action sociale

Cheffe du réseau de soins, direction générale de la santé

Intervenante en protection de l'adulte, service de protection de l'adulte

Intervenant en protection de l'adulte, service de protection de l'adulte

Hôpitaux universitaires de Genève

Directeur médical

Médecin adjoint, responsable de secteur, département de santé mentale et psychiatrie

Responsable des soins, département de santé mentale et psychiatrie

Assistant de la responsable des soins, département de santé mentale et psychiatrie

Responsable du service social,

Responsable d'équipe sociale

Établissements pour personnes handicapées

Directeur général, établissement publics pour l'intégration

Directeur des services socio-éducatifs, établissement publics pour l'intégration

Chef de service socio-éducatif, établissement publics pour l'intégration

Cheffe de secteur, services socio-éducatifs, établissement publics pour l'intégration

Directeur général, fondation Trajets

Directeur des secteurs hébergement et loisirs, fondation Trajets

Directeur adjoint, Centre Espoir

Ancien directeur, Arcade 84

Hospice général

Responsable du pôle insertion intégration, Hospice général

Coordinatrice santé-social, Hospice général

Responsable d'unité information sociale et prévention, Hospice général

Imad

Directrice habitat et autonomie, IMAD

Associations

Président, Association le Relais

Membre du comité, Association le Relais

Présidente de la commission cantonale d'indication & directrice, Pro Infirmis Genève

Secrétaire général, Pro Mente Sana Genève

Module qualitatif

Dans le cadre de son mandat, l'institut socialdesign a réalisé

- 15 entretiens téléphoniques avec des personnes en situation de handicap psychique ayant déposé une demande à la CCI entre 2014 et 2016
- 2 entretiens de groupe avec un total de 14 proches de personnes en situation de handicap psychique ayant déposé une demande à la CCI entre 2014 et 2016

Rencontres de discussion

Pour approfondir certaines thématiques, l'équipe d'évaluation a également profité d'échanges (non-retranscrits dans des comptes rendus) avec les acteurs suivants:

- La commission cantonale d'indication
- 5 membres du comité de l'association le Relais
- 3 membres de l'association Insieme
- 3 collaborateurs socio-éducatifs des EPH suivants: Centre Espoir, Maison des champs, Trajets.

Vous pouvez participer à l'amélioration de la gestion de l'État en prenant contact avec la Cour des comptes.

Toute personne, de même que les entités comprises dans son périmètre d'action, peut communiquer à la Cour des comptes des faits ou des pratiques qui pourraient être utiles à l'accomplissement des tâches de cette autorité.

La confidentialité est garantie à l'auteur d'une communication, sauf ordonnance de séquestre rendue par l'autorité judiciaire compétente. La Cour n'accepte pas de communication anonyme.

Vous pouvez prendre contact avec la Cour des comptes par téléphone, courrier postal ou courrier électronique.

Cour des comptes — Route de Chêne 54 — 1208 Genève
tél. 022 388 77 90
<http://www.cdc-ge.ch>



Cour des comptes – Route de Chêne 54 - 1208 Genève
tél. 022 388 77 90

<http://www.cdc-ge.ch>