



Santé psychique hébergement et logement

3^{ème} Rencontre Inter-Dispositifs, 27 juin 2017

Enjeux et pratiques de coopération autour des personnes en souffrance psychique

Synthèse des interventions et des échanges

Avertissement :

Cette synthèse a été réalisée par Elise PICON, du cabinet ITINERE-CONSEIL, prestataire en charge d'une mission d'assistance à maîtrise d'ouvrage auprès de la démarche SPHEL. Elle reflète les propos exprimés, soit à partir d'écrits communiqués par les intervenants, soit à partir d'une prise de notes lors de la rencontre. Nous espérons que ce document sera aussi fidèle que possible aux échanges.

Qui étaient les participants à cette rencontre ?

Institutions / structures	Nombre de participants	
Etat	3	
ARS	1	
Métropole	41	Au moins 15 MDM représentées
Associations	29	23 associations différentes
Centres hospitaliers	32	5 CH différents
Bailleurs sociaux	11	4 organismes différents
Villes / CCAS	37	20 communes différentes (+ 1 CC)
NC	4	
Total	155	

INTRODUCTION

Intervenant : Xavier ROBERT, Chef de service « Accueil et Maintien dans le Logement » - Direction de l'Habitat et du Logement, Métropole de Lyon

« J'adresse tout d'abord mes remerciements au nom de l'ensemble des parties prenantes de cette démarche Santé Psychique Hébergement et Logement d'être aussi nombreux ce matin et vous dire tout le plaisir que nous avons de vous accueillir dans ce lieu

La dynamique engagée dans le cadre de la démarche Santé Psychique Hébergement et Logement se poursuit avec cette nouvelle rencontre dite inter dispositifs, qui succède à la rencontre qui a eu lieu en novembre 2016.

Ce format répond bien à un besoin que la démarche SPHEL a largement inscrit dans ses intentions de départ, à savoir, informer, échanger sur les pratiques, les dispositifs, faire réseau. [...].

Nous sommes aussi dans ce moment où des projets et organisations sont appelés à se structurer, en prenant la forme des Projets Territoriaux de santé Mentale amenés à être adossés au Plan Régional de



Santé psychique hébergement et logement

Santé. Et si je me recentre sur la collectivité métropolitaine, je pense au Projet Métropolitain des Solidarités qui sera adopté à l'automne, sans compter la réflexion engagée sur « quel service social métropolitain pour demain ? », non sans lien avec la spécialisation du travail social.

Comment ces séquences d'élaboration prennent-elles en compte d'autres approches qui raisonnent de plus en plus fort autour du rétablissement, de la réhabilitation : quels espaces de coopération et de convergence entre ces différentes préoccupations... ?

Il y a aussi d'autres initiatives qui poussent, à l'instar du programme « un chez soi d'abord », dont l'appel à projet va constituer une belle opportunité pour les acteurs du territoire, programme qui est par ailleurs suivi dans le cadre de la démarche SPHEL.

Outre les liens entre acteurs, la démarche SPHEL propose de faire le point sur des expériences qui gagnent à être connues ou reconnues : nous avons aussi besoin d'y voir clair sur ce qui existe déjà, sur ce qui s'essaie déjà en pratique et de le donner à voir.

C'est ainsi que nous verrons à travers le dispositif porté par l'ALPIL comment la lutte contre l'incurie a des vertus mobilisatrices en terme de partenariat, de coopération ?

Nous discuterons lors de la première table ronde (animée par Katharina Rollet, coordinatrice du CLSM de Vénissieux Saint-Fons) de la manière dont s'organise le repérage et l'accompagnement des situations critiques, et comment aussi ces situations, c'est le pouvoir qui faut bien leur reconnaître, viennent aussi interroger nos manières de faire en matière de repérage et d'accompagnement. Comment travailler avec la personne lorsqu'elle est en retrait, qu'elle se réfugie dans une économie de la survie ? Comment composer avec la non-adhésion ? Avec ce paradoxe auquel ont affaire les intervenants, ce ne sont pas nécessairement ceux qui demandent le plus une aide qui en ont le plus besoin. [...]

Un autre focus sera proposé sur l'attention à l'entourage, à l'environnement de la personne. [...] Il s'agit notamment de questionner les modalités de coopération et la confiance entre professionnels et non-professionnels. Et quand il n'y a pas d'entourage ?

Ce sera l'objet de la deuxième table ronde animée par Muriel Passi-Pêtre directrice santé et développement social à la Métropole, direction qui, entre autres nombreuses choses, pilote la Cellule d'Observation des Personnes Adultes Vulnérables. [...]

Nous verrons aussi avec Mauricio Espinosa Barry (DRDJSCS), et Karine Zimerli-Bocaccio (Métropole) comment les projets qui émergent, les expérimentations qui frappent à la porte obligent aussi à actualiser la démarche SPHEL, démarche SPHEL qui s'est enrichie de la présence d'un certain nombre de partenaires qui participent désormais à nos côtés au comité de projet.

[...] C'est à Mathilde Sorba, sociologue à l'ORSPERE, que reviendra le soin de reprendre la substantifique moelle de nos échanges pour mieux ouvrir et mettre en perspective.

Un dernier mot donc pour remercier l'ensemble des intervenants, c'est une vraie richesse que d'avoir à proposer des intervenants d'horizons aussi divers, tous impliqués autour de ces questions qui nous réunissent. Je tiens à remercier aussi l'équipe projet qui a contribué à l'organisation de cette matinée, je pense plus particulièrement à François Lecouturier, Soizic Moine-Salem, et Karine Zimerli-Bocaccio.

J'ai assez parlé, place aux interventions et aux échanges. Bonne matinée. »



Santé psychique hébergement et logement

RETOUR D'EXPERIENCE : présentation du dispositif de prise en charge des situations d'incurie dans l'habitat porté par l'ALPIL

Intervenant : Sylvie M'HARRAK, Chargée de mission pour le logement indigne et Arien PICHON, Psychologue clinicien et doctorant en psychopathologie clinique, ALPIL

La typologie des situations d'incurie

Schématiquement, l'incurie recouvre deux profils de personnes :

- Des personnes qui procèdent par accumulation active d'objets (accumulateur actif) ;
- Des personnes qui adoptent un comportement passif, d'abandon. Non seulement la personne néglige son logement, mais elle ne prend plus soin d'elle-même (décrocheur passif).

Les premiers ont un lien aux objets très intense quelle que soit leur valeur effective. Ils représentent environ 1,5% de la population adulte. Les seconds sont peu attachés aux déchets mais ils font face à une perte majeure d'initiative et à un « oubli » des habiletés domestiques. Dans ce cas, les comorbidités (alcool, dépression, démence, psychoses...) sont fréquentes.

Au total, 2 à 6% de la population adulte souffrirait de ce trouble. Les personnes sont souvent âgées, sans emploi et sans conjoint.

Un accompagnement à différencier selon la situation

L'accompagnement des accumulateurs actifs sera long et difficile, nécessitant une négociation permanente compte tenu de l'attachement des personnes aux objets.

L'accompagnement des décrocheurs passifs est a priori plus rapide et simple mais la quantité de déchets et/ou d'objets accumulés pose souvent des problèmes pratiques. La prise en charge des comorbidités peut également être difficile. En revanche, si les personnes ne demandent pas d'aide, elles acceptent volontiers d'être accompagnées lorsqu'on va vers elles et qu'on leur propose.

Le dispositif ALPIL des situations d'incurie

Le dispositif est né du constat partagé d'un besoin avec l'ARS. Le traitement des situations d'incurie prend parfois la forme exclusive d'une injonction du préfet ou du maire pour débarrasser le logement. Cette solution est inefficace car la personne n'est pas suivie et récidive.

L'ALPIL a donc conçu une méthodologie d'intervention non-coercitive, expérimentée à partir de 2012 sur le territoire de la Métropole de Lyon et du département du Rhône, prioritairement dans les communes sans service d'hygiène et de santé ou sans CLSM. Ce dispositif fait l'objet d'une convention annuelle avec l'ARS.

Le soutien de la DIHAL obtenu en 2015, dans le cadre de son appel à projets « Innovation Sociale » a permis de créer un poste d'infirmier (0,5 ETP) et un poste de psychologue clinicien (0,2 ETP), auxquels s'ajoutent deux postes de travailleurs sociaux (0,9 ETP).



Santé psychique hébergement et logement

Le dispositif s'articule autour de deux axes :

- Le logement : aide au tri des objets et au nettoyage de l'habitat. Un accompagnement peut également être mis en œuvre si le logement nécessite des travaux. Si nécessaire, l'article L1311-4 du Code de la Santé publique est activé¹.
- La personne. Il s'agit d'éviter l'aggravation des difficultés sociales et sanitaires de la personne et de l'aider à accepter des interventions à domicile ou en dehors (services d'aide à domicile, SAVS, aide psychologique,...). Cela se traduit par la construction d'un accompagnement mobilisant les acteurs locaux compétents, un soutien psychologique, un accompagnement social et de la médiation auprès d'acteurs tels que les bailleurs, les voisins,...

L'hypothèse de travail de l'ALPIL est que l'action sur le logement a un effet dynamique au niveau du mode d'occupation : l'intervention soutient le rétablissement des capacités domestiques dans la durée et permet de contenir les effets d'un trouble souvent chronique.

Le dispositif prend la forme de visites à domicile en binôme (travailleur social et psychologue), ce qui permet de repérer d'éventuels autres besoins (aides budgétaires, accès aux soins) et de prévoir les accompagnements et actions utiles. Sont concernés les cas les plus complexes. Entre 2012 et 2016, 63 situations ont été signalées à l'ALPIL, dont 36 ont été clôturées. En 2016, 20 situations ont été accompagnées par l'équipe au domicile des personnes, dont 4 étaient déjà suivies avant 2015.

L'ALPIL intervient sur la base d'un signalement (qui peut être réalisé par les mairies, hôpitaux, bailleurs, associations, intervenants médico-sociaux,...) adressé à l'ARS (Service santé environnement), qui oriente vers l'ALPIL. L'association cherche alors auprès de différents professionnels les informations nécessaires à la prise de contact, ainsi qu'une personne médiatrice qui introduira l'équipe de l'ALPIL au domicile de la personne. Avant la première visite à domicile, une réunion de concertation est alors organisée sous l'égide du maire ou de son représentant. Les participants sont identifiés avec l'acteur qui a signalé la situation. Une première analyse de la situation est réalisée sur la base d'une grille de signalement qui permet d'objectiver le niveau d'encombrement et de saleté du logement

L'adhésion de la personne à la démarche est un préalable à toute intervention. Plusieurs visites sont parfois nécessaires. L'équipe de l'ALPIL prend le temps nécessaire pour que le dispositif soit enclenché au moment opportun. Avant de s'occuper du logement, un problème autre peut devoir être traité prioritairement.

L'équipe intervient jusqu'au passage de relais, qui peut concerner des acteurs très divers. Le schéma suivant représente les différents partenaires potentiels du dispositif.

¹ Mise en sécurité du logement : exécution immédiate ou d'office des mesures prescrites par les règles d'hygiène.



Santé psychique hébergement et logement



Durant l'intervention, des réunions de synthèse sont systématiquement organisées.

La mise en œuvre de ce dispositif a modifié l'approche de l'ALPIL vis-à-vis de ses usagers :

- Aller vers la personne sans attendre qu'elle verbalise une demande ;
- Prendre du temps avec la personne pour trouver la bonne solution tout en évaluant l'urgence sanitaire par rapport aux risques de décompensation et en tenant compte des contraintes sociales et légales ;
- Fabriquer des compromis. Les compromis peuvent être entre bailleur/occupant, environnement/personne, sécurité/respect de la vie privée, absence de demande/non-assistance à personne en danger, etc.

Au-delà de ces interventions directes auprès des personnes, l'ALPIL joue également un rôle de conseil et de sensibilisation des professionnels à la problématique et à la démarche à l'occasion de réunions partenariales ou d'instances de coordination ou à la suite de l'interpellation d'un partenaire pour une situation particulière (conseil individualisé sans intervention à domicile).



Santé psychique hébergement et logement

Le schéma ci-dessous récapitule les modalités de mise en œuvre du dispositif :





Santé psychique hébergement et logement

TABLE RONDE N°1 : « du repérage des situations critiques dans le logement à l'accompagnement dans la durée, quelles pratiques de concertation et de coopération entre les acteurs ? »

Animation : Katharina ROLLET, coordonnatrice du CLSM de Vénissieux St- Fons

Intervenants :

- Catherine BRUGIERE, Directrice de l'AMAD - Association d'aide et de maintien à domicile du Pays Mornantais
- Marie COLLETTE, Responsable du CCAS, Rillieux La Pape
- Angélique DAVID, Conseillère sociale, Lyon Métropole Habitat
- Jacques THIBERT, Infirmier, équipe mobile du CATTP de réhabilitation Yves-Tanguy, Hôpital Saint-Jean de Dieu, ARHM
- Nordine ZAHI, Travailleur social, MDM Saint-Priest

La table ronde avait pour objectif d'apporter des témoignages et réflexions quant aux modalités et à la qualité du partenariat aux différents moments clés du processus : repérage et déclenchement de l'intervention, intervention au domicile et interaction avec la personne, évaluation médicale et accès aux soins, relais post-intervention et accompagnement de la personne.

Elle a ainsi pris la forme de retours d'expérience des différents intervenants.

Le premier témoignage est apporté par **Mme COLETTE, Responsable du CCAS de Rillieux-la-Pape** :

La situation concerne une dame habitant seule dans une maison et en conflit avec son voisinage depuis 10 ans car elle accumule une grande quantité d'objets dans sa maison et à l'extérieur. La quantité d'objets est telle qu'elle ne peut plus vivre dans son logement. Madame a donc installé une bâche dans son jardin, sous laquelle elle vit. La situation a fait l'objet de plusieurs plaintes et mises en demeure par la Ville. Elle a deux enfants, avec qui elle a conservé des liens mais qui se sentent démunis face à la situation.

En 2005, la Ville a procédé au déblaiement du jardin sans associer de partenaires. En 2015, la situation a récidivé et s'est aggravée.

En 2016, la Maison de la Métropole met en place des visites à domicile par un binôme assistante sociale / infirmière mais la porte reste fermée. Ces visites sont organisées à la suite d'une sollicitation des enfants.

Fin 2016, plusieurs facteurs facilitent le déclenchement d'une intervention dans le cadre du dispositif ALPIL de prise en charge des situations d'incurie : la Ville est autorisée par le juge à intervenir pour réaliser des travaux et les enfants sollicitent le 115 compte tenu du froid.

Au moment d'initier l'intervention, la dame ne bénéficie pas d'un accompagnement social car elle évite les assistants sociaux. En revanche, elle a un suivi médical (médecin traitant et cabinet infirmier auquel elle se rend).

Aussi, la responsable du CCAS s'est-elle interrogée sur la pertinence de l'intervention : Madame est-elle en danger, ce qui justifierait d'agir ? Quelle prise en considération, quel respect de son



Santé psychique hébergement et logement

mode de vie ? Quels sont les risques sanitaires encourus par Madame dans la situation actuelle, étant donné qu'elle bénéficie d'un suivi ?

Finalement la Ville et la Maison de la Métropole signale la situation à l'ARS pour une intervention de l'ALPIL. La réunion de synthèse a réuni différents services de la Ville (service logement, Police Municipale,...), le CCAS, des représentants de la Métropole (assistante sociale, infirmière,...), l'ALPIL et l'ARS. Un plan d'actions est élaboré précisant qui fait quoi, quand, comment et à quelle échéance.

Madame est orientée dans une structure d'hébergement d'urgence, puis elle est hospitalisée.

L'hospitalisation se poursuit à ce jour. Une place est recherchée dans une structure d'hébergement pour personnes âgées. Les enfants se sont chargés de déblayer le jardin. Ils sont toujours en contact avec leur mère. Une répartition des rôles entre eux facilite l'accompagnement : l'un est plutôt l'interlocuteur privilégié de sa mère, tandis que l'autre est en lien avec les institutions.

Mme DAVID représentant le bailleur Lyon Métropole Habitat, apporte un deuxième témoignage.

Il s'agit d'un homme célibataire de 68 ans, locataire de Lyon Métropole Habitat depuis 2000.

Rapidement après son entrée dans le logement, des problèmes d'impayés de loyer se posent. Le service social essaie d'intervenir pour régulariser la situation mais Monsieur refuse les visites à domicile. Les rendez-vous ont donc lieu en agence. Un partenariat est noué avec une assistante sociale du CCAS pour travailler sur la dette locative. Il souhaiterait mettre en place une mesure de protection. Celle-ci deviendra effective en 2006 (curatelle).

Parallèlement, en 2003, le bailleur est interpellé par le voisinage de Monsieur pour des problèmes d'odeurs (Monsieur a de nombreux chats).

La situation ne s'améliorant pas, une procédure d'expulsion est entamée.

En 2004, le bailleur constate une forte consommation d'eau, signe de l'existence d'une fuite. Il souhaite réaliser une réparation mais l'intervention à domicile est impossible. Le logement semble très dégradé et cette fuite a également un impact sur la dette de loyer de Monsieur.

Cette même année, le bailleur obtient le concours de la force publique.

Mais, avec la mesure de curatelle mise en place en 2006, la situation s'améliore. La dette peut être soldée. Un nouveau bail est donc signé avec Monsieur en 2007. Cependant, les relations entre le locataire et le mandataire du service de protection des majeurs sont difficiles.

En 2009, Monsieur est de nouveau endetté et apparaît une nouvelle fuite d'eau. Le bailleur ne peut intervenir pour réparation qu'en juin 2010, mais l'état du logement empêche tous travaux. Une réunion de concertation est organisée en présence du locataire. Ce dernier affirme alors qu'il va s'occuper de remettre son logement en ordre mais cela lui est impossible. Le bailleur propose de faire intervenir une entreprise de nettoyage, ce que Monsieur accepte, bien qu'il le vive très difficilement. De plus, un plan d'apurement de la dette est élaboré, prévoyant un financement par le bailleur, le CCAS et Monsieur. Un service d'aide à domicile est également mobilisé mais il est mis en échec. De multiples visites à domicile sont effectuées par la Conseillère sociale du bailleur, la curatelle. Afin d'aider Monsieur à l'appropriation de son logement, le bailleur fait appel à l'association des compagnons bâtisseurs, qui a pour principe d'intervention d'impliquer le locataire dans les travaux. A la suite de cette auto-réhabilitation accompagnée, Monsieur est fier de montrer son logement, l'entretien de nouveau effectué.



Santé psychique hébergement et logement

En mars 2015, de nouveaux problèmes d'odeurs sont signalés. Vu l'évolution de la situation, le bailleur en lien avec les partenaires, exige alors du locataire qu'il garde uniquement un chat et qu'il accepte une aide-ménagère, sans quoi une procédure liée au défaut d'entretien sera engagée, au vu des désagréments subis par le voisinage. Monsieur est reçu par le bailleur, le CCAS, le mandataire judiciaire pour lui exposer les éléments. Monsieur accepte mais la bonne gestion du logement ne dure qu'un temps, malgré le travail inter partenarial mis en place.

Aujourd'hui, une mesure d'expulsion est en cours pour défaut d'entretien.

La situation a été présentée à la Maison de la Métropole et en groupe Santé Psychique pour tenter d'avoir une autre approche de la situation.

M. ZAHl, travailleur social à la Maison de la Métropole de Saint-Priest, évoque quant à lui la situation d'une famille.

Il a été sollicité en février 2015 par un bailleur sur la base de clichés d'un F5 envahis de déchets. En effet, un huissier s'est rendu au domicile où il a rencontré 2 enfants mineurs mais n'a pas vu les parents.

La famille est inconnue du service social.

M. ZAHl saisit alors l'Aide Sociale à l'Enfance puis se rend avec une puéricultrice de l'ASE au domicile concerné. La visite est saisissante tant le volume d'affaires entassées est important.

Une semaine plus tard, la famille vient à la Maison de la Métropole. Il s'agit d'une mère avec ses quatre enfants. Elle vient demander que sa famille ne soit pas éclatée suite à la saisine de l'ASE.

Un devis est demandé pour évaluer le coût du débarrassage du logement : l'estimation atteint 15 000€ pour 90m³.

Le dispositif ALPIL est requis. Une réunion de synthèse est organisée avec la Mairie, la Maison de la Métropole, l'ARS et l'ALPIL.

La famille ne donne cependant pas suite au premier rendez-vous fixé. Pour se mobiliser, la mère a besoin d'être beaucoup sollicitée et relancée. Il existe aussi une dette locative mais le ménage ne souhaite pas d'aide financière. M. ZAHl a réussi à établir un lien de confiance avec elle, mais cela passe surtout par des courriers manuscrits.

Le débarrassage du logement a finalement pu être réalisé mais face aux difficultés de la famille à supporter cet événement, il a fallu ralentir l'intervention, que ce soit au niveau du bailleur, des travailleurs sociaux ou de la Maison de la Métropole.

Aujourd'hui, l'appartement est vide -grâce à une intervention très concrète de l'ALPIL- mais pas encore rénové et la famille ne répond plus aux sollicitations. M. ZAHl s'interroge sur le suivi qui est nécessaire et l'inquiétude qui ressurgit quant au manque de lien et à l'isolement de cette personne.

Mme BRUGIERE, responsable de l'AMAD, témoigne également d'une situation, qui a nécessité l'intervention de l'ALPIL.

La situation concerne un monsieur que le service d'aide à domicile accompagne depuis longtemps. Face aux difficultés rencontrées dans le logement, le service a dû mobiliser de



Santé psychique hébergement et logement

nombreuses intervenantes et les professionnelles refusent désormais de se rendre à ce domicile.

En effet, Monsieur ne prend plus ni soin de lui, ni de ses vêtements. Lorsque les aides ménagères se présentent, il préfère être accompagné pour faire les courses plutôt qu'une aide au ménage ou aux gestions de la vie quotidienne.

Etant démuné et ne sachant que faire face à une telle situation, le service a sollicité l'ALPIL, qui a été très efficace pour remobiliser l'équipe et trouver des solutions avec la personne.

Le dernier témoignage est apporté par **M. THIBERT, infirmier au sein de l'équipe mobile du CATTTP de réhabilitation Yves-Tanguy**. Il expose le rôle de cette équipe mobile.

Il s'agit d'un dispositif visant, en lien avec le bailleur social, à permettre à des personnes longuement hospitalisées de sortir.

L'équipe se rend à domicile 1 à 2 fois par semaine en fonction de l'état de la personne et demande, si besoin, l'intervention d'une aide-ménagère.

Elle a un rôle de coordination, de tête de réseau pour articuler les interventions des différents partenaires.

L'accompagnement dure entre 2 et 3 ans. La difficulté est de travailler sur le passage de relais. Celui-ci peut être pris par différents acteurs en fonction du lien de confiance établi avec la personne : une infirmière à domicile, une conseillère sociale, une aide à domicile, ... Cependant, ces professionnels ne sont pas toujours prêts à accepter d'être le coordonnateur.

Concernant les situations d'incurie, M. THIBERT constate que le niveau d'acceptabilité d'une situation n'est pas le même pour tous les acteurs. Aussi, est-il utile d'être plusieurs à évaluer une situation et les risques qu'elle fait encourir à la personne et/ou à son environnement. Selon M. THIBERT, s'il n'y a pas de plainte de l'environnement, c'est que cela reste acceptable et il n'y a pas lieu d'intervenir.

Ces différentes interventions ont suscité les réactions suivantes :

- La Présidente de l'association AMAHC (Association pour une Meilleure autonomie des personnes handicapées psychiques dans la cité), Marie-Christine PILLON, souligne l'importance d'impliquer les personnes dans les actions conduites (comme dans le cas des Compagnons Bâtisseurs).

Le Président de la SACOVIV, Pierre-Alain MILLET, abonde dans ce sens en soulignant que « l'aller vers » et la bienveillance sont primordiaux.

Sophie JULLIEN, travailleur social à GRIM (service logement) insiste sur le temps de l'accompagnement, qui s'étale sur des années et la nécessité parfois de « faire des pas de fourmis ». Cela peut aboutir à un essoufflement des professionnels. Le passage de relais est, par conséquent, essentiel.

- Sous l'angle du travail partenarial, la Présidente de l'AMAHC regrette le manque de liens entre les services de soins et les services médico-sociaux, tels que SAMSAH et SAVS.

A l'inverse, Catherine REMBOWSKI, assistante sociale au CMP de Lyon 7^{ème}, constate l'intérêt du CLSM et de l'instance « Coordination et accès aux soins », qui réunissent les différents



Santé psychique hébergement et logement

partenaires, permettent la mise en commun de situations difficiles et l'identification de pistes d'actions.

Marc LAFRONTIERE du Service Hygiène et Santé de la Ville de Vénissieux insiste quant à lui sur la nécessité d'associer la dimension soins à la dimension travaux, pour rechercher l'adhésion de la personne à cette dernière et rendre l'intervention sur le logement plus acceptable. En effet, les techniciens de l'habitat interviennent dans le cadre du pouvoir de police du maire. Lorsque la situation représente un danger, des travaux d'office peuvent être requis et doivent débiter immédiatement. Ces situations sont difficiles pour la personne en souffrance mais aussi pour les techniciens. Par conséquent, le SCHS a essayé de mettre en place des visites à domicile en binôme infirmier – technicien de l'habitat.

- La faible disponibilité des services sociaux comme sanitaires, en raison d'un manque criant de moyens, est soulignée par M. Pierre-Alain MILLET, conseiller métropolitain et adjoint au logement, développement durable et énergies de la ville de Vénissieux : « *Il y a des milliers de situations à suivre. Or, on est à la rue en termes de moyens. Il faut des mois pour avoir un rendez-vous à la Maison de la Métropole* » sauf en cas de danger ou de risques avérés. Toutefois, M. ZAHI, travailleur social à la Maison de la Métropole de Saint-Priest, rappelle que les travailleurs sociaux se rendent disponibles lorsque les situations présentent un risque et/ou un danger.
- Le Service Hygiène et de Santé (Direction Écologie Urbaine) de la Ville de Lyon a, en outre, rappelé qu'en plus des interventions déjà citées, la contribution des SCHS était importante car ils incarnent le pouvoir de police du maire et ont, à ce titre, la capacité et la légitimité pour entamer rapidement des travaux, étape qui peut être difficile à franchir pour les personnes et pour les intervenants. Le SCHS de Lyon a ainsi testé la mise en place de visites à domicile associant un technicien de l'habitat et un infirmier pour réunir la dimension soin et la dimension travaux de la prise en compte des situations.



Santé psychique hébergement et logement

TABLE RONDE N°2 : « entourage et professionnels, en relais mutuel autour de la personne en souffrance psychique »

Animation : Muriel PASSI-PETRE, Directrice santé et développement social, Métropole de Lyon.

Intervenants :

- Aleth HENRY, Vice-présidente UNAFAM Rhône
- Agnès MONCEL, Coordinatrice - responsable de service au SAMSAH Paul BALVET, Association Santé Mentale et Communautés
- Cédric RAMAGE, Responsable du service protection des majeurs, Association GRIM
- Dr Maëvah ROSINE, Médecin psychiatre, Responsable de l'Unité Magallon III, Hôpital Saint-Jean de Dieu, ARHM
- Daniel SEP, Adjoint au chef de service social sur le territoire Givors / Irigny / Oullins / Saint-Genis-Laval, Métropole de Lyon

Cette table ronde avait pour objectif d'aborder les interactions souhaitables, bien que parfois délicates, entre l'entourage de la personne et les différents professionnels ayant à connaître la situation.

Les échanges se sont articulés autour de différents thèmes :

- **La définition de l'accompagnement** :
 - « de quel accompagnement parle-t-on ? » : accompagnement social, médical, ... ?
Accompagnement ou soutien ?;
 - « comment j'accompagne ? »,
 - « qui j'accompagne ? » : l'usager/patient ? la famille ? le voisinage ? le travailleur social ? le médecin ?»

Le représentant de la Métropole de Lyon estime que la question de l'approche de l'usager est fondamentale : comment va-t-on se rendre chez la personne sans être dans l'injonction dans le but de trouver un semblant d'adhésion ? Le but de la démarche est de « *convaincre sans vaincre* ».

Trois freins majeurs sont exposés :

- La non-demande ;
- L'absence d'information des personnes. Il est très difficile d'entrer en contact lorsque ces dernières n'ont pas été informées qu'un signalement de leur situation avait été réalisé ;
- La rupture des liens familiaux et sociaux, qui limitent les relais possibles.

M. SEP, adjoint au chef de service social au sein de Maisons de la Métropole, indique que les familles sont souvent accompagnées. Elles placent beaucoup d'espoir dans l'intervention des acteurs. Il faut alors faire comprendre l'importance du temps.

Pour la représentante du SAMSAH, la pair-aidance n'est pas assez reconnue et développée, elle se fait trop souvent « à bas bruit ». Or, les personnes en souffrance psychique apprennent entre elles.



Santé psychique hébergement et logement

▪ Le ressenti et la compréhension de l'accompagnement par la personne en souffrance et par son entourage :

- « L'accompagnement est-il ou non souhaité ? »
- « Comment est-il perçu par la personne concernée et par son entourage ? »

La représentante de l'UNAFAM, Mme HENRY, souligne l'importance pour les familles de bien comprendre le système d'acteurs dans lequel elles s'inscrivent pour trouver la juste distance non seulement avec leur proche mais aussi avec les accompagnants.

Dans ce contexte, l'UNAFAM peut utilement être mobilisée en tant que médiateur, d'autant que l'association est convaincue qu'un parent qui s'appuie sur des professionnels tout en gardant sa place vis-à-vis de son proche est un meilleur accompagnateur que s'il reste seul.

Illustration :

Un homme de 40 ans, accompagné par un SAMSAH vit seul chez lui. Il ne sait pas gérer seul son logement. Sa mère est très présente. Elle fait le ménage chez son fils malgré l'intervention du SAMSAH. L'UNAFAM l'a aidée à prendre conscience de la nécessité de s'éloigner de son fils. Dès lors, l'homme a pu être accompagné par une équipe mobile. Il a trouvé un emploi, alors qu'il avait été hospitalisé pendant de longues périodes.

Le témoignage de Mme MONCEL conforte cette première intervention. La chef de service au SAMSAH Paul Balvet constate que les notifications ont d'autant plus de chance de se concrétiser que les personnes sont accompagnées dans le processus par un tiers professionnel ou un proche. Les familles sont souvent peu informées sur l'objet et les missions d'un SAMSAH. Elles ne sont pas toujours informées qu'une demande d'intervention a été formalisée.

▪ Le partage du sens de l'accompagnement :

- « Avons-nous tous les mêmes objectifs ? »
- « Pouvons-nous les partager, même s'ils sont différents et ainsi mettre en place des passerelles de travail (par exemple entre l'éducatif et le soin) ? »

Sous l'angle social, le représentant de la Métropole de Lyon, M. SEP, qui recueille et traite les données relatives aux situations préoccupantes, souligne l'importance de partager un diagnostic avec les partenaires.

Pour donner un sens à l'accompagnement d'une personne donnée, les équipes ont besoin de recul. Dans ce contexte, la cellule d'observation des personnes adultes vulnérables est un soutien important.

En outre, sur le secteur de Givors / Irigny / Saint-Genis-Laval, un groupe d'aide technique a été constitué à l'initiative de la MDM pour co-construire une prise en charge et élaborer une solution adaptée.

Pour autant, les intervenants sociaux continuent à se sentir seuls avec les situations de souffrance psychique : « parfois, on se sent bien seul, seul avec le signalement, seul avec la situation. Parfois, même SOS Médecins n'intervient plus » (M. SEP, Métropole de Lyon).



Santé psychique hébergement et logement

Sous l'angle médico-social, Mme MONCEL constate qu'en fonction de la manière d'appréhender la notion d'autonomie, les modalités d'accompagnement vont différer.

Sous l'angle médical, le Dr ROSINE distingue les situations de crise et les situations de suivi :

- Dans un cas d'urgence, priorité est donnée à présenter la pathologie à la personne et à sa famille.
- Une fois la situation stabilisée, la préoccupation est d'identifier les moyens de (re)nouer les liens pour organiser les soins à l'extérieur (avec le CMP, la médecine de ville,...).

Les liens entre les acteurs du social et les acteurs du soin font l'objet d'une question de la salle. Si pour le Dr ROSINE, les travailleurs sociaux des CMP sont les ponts entre les intervenants sociaux extérieurs et les professionnels de santé du centre, une travailleuse sociale remarque que la dimension partenariale ne peut pas reposer exclusivement sur l'assistante sociale.

A ce sujet, les CLSM apparaissent être des outils opportuns pour développer les partenariats et permettre la prise en charge de situations plus en amont.

Au-delà des professionnels, la prise en compte de l'utilisateur apparaît essentielle pour que l'accompagnement soit approprié. Olivier PAUL, Président de l'UNAFAM de Lyon, rappelle qu'il est primordial de questionner ce qui fait sens dans la vie de la personne, où elle se situe dans son parcours (ex : phase de déni, d'acceptation, de rejet,...). Il ne s'agit pas simplement d'organiser un parcours à partir de dispositifs mais de comprendre la situation. Ce sujet a d'ailleurs fait l'objet de recherches à partir de l'étude de récits de vie dans les pays anglo-saxons. Ces récits ont fortement souligné l'importance de la posture des services et des accompagnateurs. Ils ont permis d'identifier des bonnes pratiques (en cours) telles que l'aptitude à restaurer de l'espoir pour les personnes, à s'appuyer sur leur capacité d'agir, à redéfinir leur identité ...

L'assemblée se questionne sur la pérennité et la solidité des partenariats : le traitement de situations concrètes, factuelles, telles que les situations d'incurie ne serait-il pas plus propice à la coopération (car contraignant compte tenu des incidences sur l'environnement), tandis que le suivi à long terme serait plus compliqué à maintenir dans le temps ?

- **Les limites de l'accompagnement et la question du « qui fait quoi ? »**, afin de ne pas créer des zones de ruptures de prise en charge ou, au contraire, des zones de chevauchements entraînant de la confusion et une perte de lisibilité pour le patient-usager mais également pour la famille ou le voisinage.

M. RAMAGE, représentant du service de protection des majeurs de l'association GRIM, rappelle les limites de l'intervention d'un service de tutelle. Celui-ci n'a ni pour mission, ni les moyens d'accompagner. Le cœur de son métier est de favoriser l'autonomie de la personne, ce qui exclut de « faire à la place de ».

Une mesure de protection vise à protéger les biens d'une part, la personne d'autre part. Mais, les mandataires judiciaires peuvent parfois être confrontés à des injonctions contradictoires. Ils doivent conserver, à travers des actes, le plus longtemps possible le logement et les meubles meublants, cependant, c'est, parfois, incompatible avec la nécessité de protéger la personne.



Santé psychique hébergement et logement

De plus, dans le cas d'une curatelle, le professionnel assiste, il ne s'agit donc pas d'une représentation au sens où la personne prend seule les décisions la concernant. Dans le cas d'une tutelle, le mandataire représente l'intérêt de la personne et non des parties prenantes. Cela peut générer des conflits avec les partenaires.

Au-delà du « qui fait quoi », c'est la disponibilité de l'offre qui est interrogée par la salle. En effet, actuellement, les délais d'accès aux services de soins psychiatriques sont extrêmement longs, la priorité semble donnée aux sorties d'hospitalisation et aux urgences.

Cependant, la construction et la continuité de liens étroits entre professionnels et partenaires peut, selon les participants, pallier ce manque de moyens et de temps, constat général pour de très nombreux services et établissements. La question du maillage partenariat suite à une hospitalisation a été posée par l'assemblée : comment inventer des partenariats autour du séquentiel ? Comment inventer des formes d'alliance sur-mesure ?

- **La temporalité de l'accompagnement**, c'est-à-dire du moment où il s'engage (au regard de la situation de la personne, mais aussi, des rythmes administratifs), mais également du rythme et de la pérennité de l'accompagnement, du risque d'essoufflement (en fonction du niveau d'adhésion de la personne). Il est souligné que l'évolution du soin a une incidence sur le médico-social.

M. SEP constate que les professionnels ne sont pas toujours en capacité d'agir au moment où les personnes sont prêtes à accepter une intervention (ex : le soir).



Santé psychique hébergement et logement

PERSPECTIVES : Présentation de la fiche action 3 de la convention SPHEL «accès et maintien dans le logement »

Intervenants : Karine ZIMERLI-BOCACCI, Chargée de mission « Accès au logement des publics prioritaires » - Direction de l'Habitat et du Logement, Métropole de Lyon et Mauricio ESPINOSA-BARRY, Chargé de mission PDALHPD – Pôle Hébergement / Logement et Accompagnement social, DRDJSCS Auvergne Rhône-Alpes

Deux points d'actualité ont été portés à connaissance des participants :

- La démarche Santé Psychique et Logement a été intégrée dans le Plan Local d'Action pour le Logement et l'Hébergement des Personnes Défavorisées 2016-2020, ce qui induit la prise en compte des questions d'hébergement des personnes en souffrance psychique.

La démarche SPEL devient donc la démarche SPHEL (Santé Psychique Hébergement et Logement).

- Le comité de projet SPHEL est désormais co-piloté par La Métropole de Lyon, l'ARS et la DDCS. Il est par ailleurs élargi à de nouveaux acteurs :
 - UNAFAM
 - Maison de la Veille Sociale
 - La Direction Santé développement social de la Métropole
 - Association tutélaire GRIM
 - Bailleurs sociaux volontaires

D'autres acteurs peuvent être invités, plus ponctuellement, à participer au comité en fonction des ordres du jour.

Pour rappel, le rôle de cette instance est d'impulser des actions / démarches, de programmer un plan d'actions et de suivre des initiatives et « chantiers » en lien avec la démarche.

Pour l'année 2016, le bilan de la démarche est le suivant :

Fiche action n°1 : Déploiement des formations – actions

- Rappel des objectifs fixés dans la convention de partenariat (avril 2013) :
 - Déploiement du travail en réseau des partenaires ;
 - Aide au développement des dispositifs de coordination pérennes entre partenaires sur les territoires volontaires.
- Bilan 2016 :
 - Création de 17 instances de coordinations sur le territoire métropolitain ;
 - Fin du marché de formation de nouvelles instances (Pas de nouvelles demandes de création d'instances).
- Perspectives 2017 :
 - Appui aux instances locales existantes ;



Santé psychique

hébergement et logement

- Contact prioritaire avec celles manifestant des besoins d'appui ;
- Identification des projets éventuels de nouvelles instances ;
- Réponses de premier niveau (appui méthodologique, mise en relation,...) ou définition de l'appui à apporter.

Fiche action n°2 : Partage et essaimage d'outils et de dispositifs de coordination

- Rappel des objectifs fixés dans la convention de partenariat (avril 2013) :
 - Assurer la capitalisation et la communication des outils et dispositifs existants ;
 - Conforter les dispositifs de coordination actifs et favoriser le partage d'expériences entre territoires ;
 - Renforcer les CLSM et les ASV et en faire partager l'intérêt aux acteurs locaux.
- Bilan 2016 :

Rencontre inter-dispositifs le 3 novembre 2016 ayant porté sur :

 - L'action de sensibilisation des collaborateurs de proximité des bailleurs sociaux sur la santé psychique ;
 - La coopération entre hôpitaux et bailleurs sociaux.
- Perspectives 2017 :
 - Rencontre inter-dispositifs annuelle (juin 2017) ;
 - Alimentation du Blog SPHEL dans l'attente de la création d'un espace collaboratif sur le PLALHPD qui intégrera cette thématique.

Fiche action n°3 : Accès et maintien dans les logements

- Rappel des objectifs fixés dans la convention de partenariat (avril 2013) :
 - Améliorer les circuits de la demande et de l'accès ;
 - Sécuriser les parcours des personnes en souffrance psychique.
- Bilan 2016 :
 - Prise en compte du public en souffrance psychique dans l'accord collectif d'attributions qui deviendra effectif au 1er juillet 2017 ;
 - Soutien au développement d'une offre d'habitat spécifique.
- Perspectives 2017 :
 - Qualification des besoins en accompagnement social et médico-social, hébergement et logement des personnes en souffrance psychique ;
 - Articulation de la démarche avec le Plan Territorial de Santé Mentale ;
 - Définition des processus d'accès de ce public au sein de l'accord collectif ;
 - Développement des projets d'habitat spécifique en lien avec l'Instance Partenariale de l'Habitat Spécifique et notamment sur la programmation des pensions de famille ;
 - Coordination des acteurs pour répondre à l'appel à projet « Un chez-soi d'abord ».



Santé psychique hébergement et logement

PROPOS CONCLUSIF

Intervenante : Mathilde SORBA, Sociologue, ORSPERE

A l'issue de la matinée de réflexion, Mathilde SORBA a identifié plusieurs niveaux de réflexion quant aux enjeux de coopération autour des personnes en souffrance psychiques :

- Le premier niveau de réflexion est issu de l'exemple pratico-pratique d'un mode opératoire de coopération porté par l'ALPIL, autour d'un problème spécifique de santé mentale et de logement: l'incurie dans l'habitat. Il semble que l'enjeu de ce travail partenarial, de ce mode de coopération autour de la prise en charge de l'incurie dans l'habitat, c'est de parvenir à imbriquer les règles qui régissent le logement et le vivre ensemble, avec les règles qui régissent l'individu et le respect de sa liberté individuelle.

La plus-value apportée par l'ALPIL pour atteindre cet objectif réside en deux points :

- Premièrement, le travail de coordination entre les différents acteurs concernés par la problématique de l'incurie dans l'habitat. Concrètement, ce travail de coordination consiste à créer des espaces d'échanges entre les professionnels dans lequel on peut tenir compte des objectifs, des contraintes, des limites temporelles de chacun.
 - Deuxièmement, la place de la personne dans cet accompagnement. Elle permet une prise en compte de la subjectivité de la personne en situation d'incurie. Autrement dit, dans le type d'accompagnement proposé par l'ALPIL, il y a une prise en considération de la temporalité et des normes de la personne qui vit dans ce logement en incurie, une prise en considération de certaines de ses normes en matière d'habiter, et il y a également le souci de ce qu'une intervention sur le logement pourrait occasionner en terme de souffrance. Non pas que ce souci de la personne ne soit pas porté par un service d'hygiène ou un service d'accompagnement social, mais dans ce que propose l'Alpil, la prise en compte de la subjectivité de la personne est un principe de l'intervention.
- La question qu'on peut se poser en second lieu, c'est : comment modéliser ce type d'intervention et l'appliquer à d'autres problématiques de souffrances psychiques en lien avec le logement ?

En effet, concernant l'incurie dans l'habitat, la plupart du temps, il s'agit de situations de crises dans le sens où la problématique de la souffrance psychique se manifeste parce qu'elle déborde sur l'environnement. Comment travailler ensemble lorsqu'on n'est pas dans ces situations de crises, mais dans le temps de la prévention, dans celui du suivi ou dans celui du maintien dans le logement ? Il y a sans doute un enjeu à imaginer et modéliser différents modes de coopération en fonction de la façon dont cette souffrance psychique se manifeste.

En outre, on peut s'interroger sur les modalités d'application de ce mode opératoire à d'autres territoires : tous les territoires ne sont pas dotés des mêmes moyens pour gérer les situations d'incurie. Alors qu'ici l'ALPIL assure un rôle de tête de réseau, comment faire dans les territoires qui ne sont pas dotés de dispositifs comme celui-ci ? Qui assure cette position de tête de réseau?

Plus largement, sur la question de la coopération entre le sanitaire et le social autour de la problématique de la souffrance psychique, on remarque que la qualité des liens entre ces deux secteurs diffère. Cette diversité des liens tient au fait qu'il n'y a pas de vision homogène sur la



Santé psychique

hébergement et logement

façon dont la psychiatrie doit s'impliquer en dehors de l'institution sur des problématiques de souffrance psychique. Il s'agit de postures qui dépendent des courants de pensées dans lesquelles les professionnels s'inscrivent et des politiques de secteurs.

- La deuxième table ronde a mis en évidence un troisième axe de réflexion : la modélisation de la coopération inter-dispositifs autour des personnes en souffrance psychique. Cet axe a été abordé à l'appui de deux questions :

- Qui accompagne-t-on ? Un patient, un usager, un proche, une personne... ?

A priori la personne que l'on accompagne ne change pas en tant que telle, mais on ne valorise pas et on ne vise pas les mêmes objectifs pour le patient que l'on soigne, l'usager qu'on accompagne, notre parent ou notre voisin. Ce n'est donc pas la personne qui change, mais les différentes conceptions que l'on a de l'individu selon les régimes, les cadres d'actions dans lesquels on intervient.

Un des enjeux du travail en coopération c'est donc de prévoir, dans le temps de l'accompagnement, des espaces où l'on peut travailler cette question du « Qui accompagne-t-on ». Celle-ci peut être abordée selon deux dimensions :

1. D'une part, à travers la question du partage des informations : qu'autorisons nous à dire de cette personne dans ces espaces de coopération ? C'est la question du secret partagé.
2. D'autre part, à travers la question de la place que l'on accorde à la personne : comment des dispositifs de protection des personnes, qui doivent agir exclusivement dans l'intérêt de la personne protégée peuvent coopérer et coexister avec des dispositifs qui doivent agir au nom des règles collectives d'intérêt général (un service d'hygiène par exemple) ?

- Comment accompagne-t-on ?

Derrière cette question se cache celle du sens : quel sens mettons-nous derrière cet accompagnement que nous faisons ensemble ? Quel est l'objectif de chacun, il y a-t-il un objectif commun et auquel cas, comment le définir ? Comment travaillons-nous ensemble ? Qu'est-ce qui nous relie ? Qu'y a-t-il de commun ? Comment faire équipe lorsque, a priori, on n'est pas dans / de la même équipe ? Comment est-on complémentaire ? Comment travaille-t-on en relais ?

Face à ces questions, deux types de modèles se diffusent actuellement :

1. Le premier modèle est illustré par le dispositif ALPIL autour de la prise en charge des personnes en situation d'incurie. Il s'agit d'un modèle de partenariat, où chaque dispositif garde sa spécificité, ses propres objectifs et où les compétences de chacun sont complémentaires. L'enjeu de ce modèle de coopération réside dans la prévention des ruptures dans le parcours de personnes. Pour que le relai entre les différents intervenants soit opérationnel, pour éviter ces ruptures, il faut être au clair sur les limites de chaque accompagnement : quand est-ce qu'il débute, et quand est-ce qu'il prend fin. Autrement dit, pour bien se détacher, il faut savoir comment on est attaché. L'autre enjeu de ce mode opératoire, c'est également la désignation d'une tête de réseau qui coordonne l'ensemble des interventions. Comment la désigner ?
2. Le deuxième modèle de coopération est a priori diffusé à travers des programmes comme « Un chez soi d'abord ». Ce modèle repose sur un objectif commun et une finalité commune. Il s'appuie sur une équipe dédiée qui



Santé psychique hébergement et logement

accompagne dans le logement un public spécifique : des personnes sortant de la rue ayant des troubles psychiatriques. Ce type de modèle vient bousculer fondamentalement les pratiques professionnelles, puisque l'un des principes est celui de l'interchangeabilité entre les professionnels. De plus, il remet en cause notre conception du logement, celui-ci n'est plus un objectif à atteindre, mais devient un outil et un moyen de l'accompagnement de la personne.

- Le quatrième niveau de réflexion est à mettre en lien avec le contexte politique actuel. Ce dernier n'est pas sans effet sur les modalités de coopération. Pour rappel, il y a encore 50 ans, en psychiatrie, le modèle de soin, était l'asile. Cet affaiblissement de l'institution se justifie par des raisons économiques (rationalisation des dépenses publiques), mais également par des raisons idéologiques : dans une logique de plus en plus libérale, des accompagnements de plus en plus individuels et individualisés sont privilégiés. Le « liant » assuré auparavant par l'institution doit donc être repensé :
 - Autour du parcours de la personne : on organise l'accompagnement autour de la personne pour éviter les ruptures dans le parcours
 - Autour du logement au sein duquel s'organisent le soin et l'accompagnement. Cela demande un changement de paradigme sur le logement qui dès lors n'est plus un objectif à atteindre, mais un outil et un moyen de l'accompagnement.

C'est ainsi que l'on sort de la question des pratiques professionnelles pour en arriver aux cadres institutionnels qui calibrent les interventions. Or, des démarches, telles que la démarche Santé Psychique Hébergement et Logement, offrent des espaces de rencontres permettant de discuter des expérimentations comme celle de l'ALPIL ou des modèles comme celui du programme « Un chez soi d'abord ». Dans une logique inductive, ces expériences de terrain ont peut-être la capacité d'influencer et de faire évoluer les cadres des interventions.

- Enfin, les différentes interventions de la matinée amènent à suggérer une réflexion sur le sens de notions comme la « souffrance psychique » ou la « santé mentale ». Il semble que selon la façon dont la souffrance psychique se manifeste, les lieux où elle se manifeste, et la façon dont y sont confrontés tant les professionnels du sanitaire, du social, que les proches ou les usagers, ces notions ne revêtent pas le même sens. Un espace tel que celui proposé par la démarche SPHEL peut être le lieu d'une réflexion sur ces termes, notamment lorsqu'ils viennent désigner des modes d'action ou des publics auprès desquels les acteurs locaux sont amenés à intervenir.