



---

**Master 2**

**Pilotage des politiques et actions en  
santé publique**

Promotion : **2012-2013**

---

**L'accès et le maintien dans le  
logement des personnes en souffrance  
psychique ou présentant des troubles  
psychiques**

---

Pauline Pettré

Juin 2013

---

# Remerciements

---

Je remercie mon maitre de stage, Monsieur Franck Lescroel, coordonnateur à l'Atelier Santé Ville Santé Mentale à Marseille, pour son accueil, les conseils qu'il m'a donné et le temps consacré.

Je remercie également Me Valéria Mantello, psychologue coordinatrice des réseaux santé mentale et logement à Marseille, pour son aide et son soutien dans l'écriture de ce mémoire.

Je remercie l'ensemble des professionnels qui ont accepté de me rencontrer et de partager leur expérience professionnelle.

Enfin je remercie mes parents, Paul et France Pettré, pour leur correction orthographique et grammaticale.

---

# Sommaire

---

Introduction.....	1
1 Présentation générale des Ateliers Santé Ville et du cadre dans lequel ils s’insèrent..	3
1.1 La politique de la ville .....	3
1.1.1 Définition.....	3
1.1.2 Historique.....	3
1.1.3 Les missions .....	5
1.1.4 Les enjeux .....	5
1.2 Le groupement d’intérêt public (GIP) .....	6
1.3 Le Contrat Urbain de Cohésion Sociale.....	6
1.4 Les Ateliers Santé Ville : contexte général.....	10
1.5 Les Ateliers Santé Ville à Marseille.....	12
1.6 L’Atelier Santé Ville Santé Mentale à Marseille.....	15
2 La Santé Mentale : définition, état des lieux .....	16
2.1 La santé mentale : définitions .....	16
2.1.1 Les trois dimensions de la santé mentale.....	16
2.1.2 La santé mentale en contexte de précarité : la clinique psychosociale.....	17
2.2 Epidémiologie des troubles mentaux .....	20
2.2.1 Un état des lieux au niveau mondial et en France.....	20
2.2.2 Un état des lieux à Marseille .....	21
3 L’organisation des soins psychiatriques .....	22
3.1 Les services publics de psychiatrie et la sectorisation .....	22
3.2 L’offre de soins en santé mentale .....	23
4 Présentation des activités réalisées au cours du stage .....	25
4.1 L’évaluation du dispositif « intermédiation locative et handicap psychique » à Marseille.....	25
4.1.1 Contexte général dans lequel s’insère le dispositif .....	25
4.1.2 L’intermédiation locative et handicap psychique à Marseille : un programme expérimental .....	27
4.1.3 L’évaluation du dispositif d’intermédiation locative .....	31
4.2 La réalisation d’une étude de préfiguration pour la mise en place d’un réseau « santé mentale et logement » à l’échelle d’un micro-territoire : le 11 <sup>e</sup> et 12 <sup>e</sup> arrondissement de Marseille .....	61
4.2.1 Les réseaux de professionnels en santé mentale : de quoi parle t’on ?.....	61

4.2.2	La démarche locale à Marseille .....	61
4.2.3	La création d'un nouveau réseau à l'échelle du 11 <sup>e</sup> et 12 <sup>e</sup> arrondissement de Marseille.....	70
5	Analyse réflexive .....	86
5.1	Les objectifs du stage et son évolution.....	87
5.2	Analyse réflexive sur le dispositif d'intermédiation locative et santé mentale.....	88
5.2.1	Son inscription dans les politiques publiques.....	88
5.2.2	En quoi le dispositif d'intermédiation locative est une démarche de Santé Publique ? .....	90
5.3	Analyse réflexive sur la création d'un nouveau réseau sur le 11 <sup>e</sup> et 12 <sup>e</sup> arrondissement de Marseille .....	98
5.3.1	L'inscription du travail de réseau dans les politiques publiques .....	99
5.3.2	Un état des lieux de l'articulation entre le sanitaire, le médical et le médico- social	101
5.3.3	Les avantages retirés dans la mise en place d'un réseau « santé mentale et logement » .....	102
5.3.4	Analyse critique du travail mené .....	104
5.3.5	Analyse critique par l'expérience des autres réseaux « santé mentale logement » de Marseille .....	108
5.4	Apport du stage / compétences acquises.....	110
	Conclusion .....	113
	Bibliographie .....	115
	Liste des annexes .....	I
	NOTE D'OBSERVATION .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

AAH : Allocation Adultes Handicapés  
ACSE : Agence nationale pour la Cohésion Sociale et l'Egalité des chances  
AEMO : Assistance Educative en Milieu Ouvert  
AP – HM : Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille  
ARS : Association Régionale de Santé / Agences Régionales de Santé  
ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation  
ASEP : Association Santé-Environnement Provence  
ASLL : Aide à l'Accompagnement Social Lié au Logement  
ASV : Atelier Santé Ville  
CAF : Caisse d'Allocation Familiale  
CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel  
CCAS : Centre Communal d'Action Sociale  
CESF : Conseiller en Economie Sociale et Familiale  
CG13 : Conseil Général des Bouches-du-Rhône  
CGS : Centre de Gestion Sociale  
CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale  
CMP : Centres Médico-Psychologiques  
COSM : Conseil d'Orientation en Santé Mentale  
CSMQ : Comité de la Santé Mentale du Québec  
CSP : Catégorie Socio Professionnelle  
CUCS : Contrat Urbain de Cohésion Sociale  
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales  
DRCS : Directions Régionales à la Cohésion Sociale  
GEM : Groupe d'Entraide Mutuelle  
GIP : Groupement d'Intérêt Public  
IML : Intermédiation Locative  
MASP : Mesure d'Accompagnement Social Personnalisé  
MDS : Maisons des Solidarités  
OMS : Organisation Mondiale de la Santé  
OQ : Observatoire des Quartiers  
ORS : Observatoire Régional de la Santé  
PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur  
PACT : Propagande et action contre les taudis  
PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé  
PLSP : Plan Local de Santé Publique  
PMI : Protection Maternelle et Infantile  
PPSM : Plan Psychiatrie et Santé mentale  
PRAPS : Programmes Régionaux pour l'Accès à la Prévention et aux Soins  
PRS : Plan Régional de Santé  
PRSP : Programme Régional de Santé Publique  
PSRS : Plan Stratégique Régional de Santé  
RSA : Revenu de Solidarité Active  
SAMSAH : Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés  
SAVS : Services d'Accompagnement à la Vie Sociale  
ZUS : Zone Urbaine Sensible

*Pauline PETTRE*



## Introduction

Dans le cadre du master 2 « pilotage des politiques et actions en santé publique » proposé par l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique de Rennes, j'ai choisi de réaliser mon stage de mise en situation professionnelle au sein de l'Atelier Santé Ville Santé Mentale de la Ville de Marseille.

La thématique de la santé mentale m'intéresse particulièrement. En effet, j'ai moi-même été confrontée à cette problématique en travaillant en tant qu'infirmière au sein de services de psychiatrie publique. Il m'a semblé intéressant d'aborder cette thématique sous un angle différent, en ayant une approche des politiques sociales et de santé menées dans la ville de Marseille.

Les « Ateliers Santé Ville », développés à partir de l'année 2000 dans le cadre des volets santé de la politique de la ville et de la loi de lutte contre les exclusions<sup>1</sup>, ont pour objet de fournir le cadre opérationnel d'une démarche territoriale pour le développement de projets locaux de santé publique. Ils constituent une démarche d'ingénierie de projets, de coordination d'acteurs et de programmations d'actions de santé au service de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Cette démarche s'applique dans un cadre partenarial au profit des habitants des quartiers prioritaires de la politique de la ville.

Le thème général du stage porte sur un des axes de travail inscrit dans le Plan Local de Santé Publique 2010-2012 de la ville de Marseille : favoriser l'insertion sociale par l'accès et le maintien dans le logement pour les personnes atteintes de troubles psychiques. Pour mener à bien cet objectif, le coordinateur de l'ASV Santé Mentale a cherché à optimiser la coordination et le travail en réseau des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, à travers la mise en place de deux actions spécifiques, adaptées aux contextes locaux :

- la création d'un dispositif partenarial nommé « intermédiation locative pour les personnes atteintes d'un trouble psychique » ;
- la mise en place de réseaux « santé mentale et logement » à l'échelle de micro territoires.

Lorsque l'on évoque la question de l'insertion des personnes en souffrance psychique dans la cité, le logement est, sans conteste, le problème majeur que rencontrent, à des degrés divers, patients, familles et professionnels des champs sanitaire et social. Ceci s'explique principalement par deux raisons : d'une part, par la pénurie globale et sévère de logements,

---

<sup>1</sup> Circulaire DIV/DGS du 13 Juin 2000 et DGS/SP2, PRAPS institués par l'article 71 de la loi d'orientation n°98-657 du 29 Juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions

et notamment de logements accessibles financièrement, et d'autre part par la vulnérabilité spécifique des personnes en souffrance psychique, celles-ci nécessitant des réponses diversifiées, en termes d'offre de logements et/ou d'hébergements adaptées aux besoins particuliers des personnes, comprenant, en outre, obligatoirement une dimension d'accompagnement social et/ou médical<sup>2</sup>.

Les missions que j'ai réalisées pendant le stage sont de deux ordres :

- la première porte sur une évaluation quantitative et qualitative du dispositif « intermédiation locative et handicap psychique », dispositif mis en place de manière expérimentale dans la ville de Marseille. Cette évaluation donne une meilleure lisibilité des situations individuelles des ménages logés. Elle apporte également un éclairage sur la qualité du partenariat établi ainsi que sur les outils mis en place pour assurer la coordination et propose des améliorations.
- La deuxième mission porte sur la réalisation d'une étude de préfiguration pour la mise en place d'un nouveau réseau « santé mentale et logement » à l'échelle du 11<sup>e</sup> et du 12<sup>e</sup> arrondissement de Marseille.

Dans un premier temps, je présenterai l'environnement de travail et le contexte dans lequel s'inscrit la démarche de l'Atelier Santé Ville. Dans un second temps, je présenterai les deux sujets traités dans le cadre de mes missions de stage. Enfin, j'apporterai une analyse réflexive des missions menées.

---

<sup>2</sup> Florence Chevallet-Clartes – Logement et santé mentale – Synthèse des deux réunions du groupe de travail issu du Conseil d'Orientation en Santé Mentale de Marseille, 25 mai et 25 juin 2007

# 1 Présentation générale des Ateliers Santé Ville et du cadre dans lequel ils s'insèrent

## 1.1 La politique de la ville

### 1.1.1 Définition

La politique de la ville désigne la politique mise en place par les pouvoirs publics afin de revaloriser les zones urbaines en difficulté et réduire les inégalités entre les territoires<sup>3</sup>.

### 1.1.2 Historique<sup>4</sup>

Cette politique a été initiée en France il y a une trentaine d'années, alors que le « problème des banlieues » émergeait. Dès le début des années 1970, les pouvoirs publics prennent conscience des difficultés des « grands ensembles » d'habitat social : en 1973, la circulaire « Guichard » limite la construction d'ensembles de plus de 2000 logements.

En 1977, le rapport « Peyrefitte » sur la violence est publié et le 7<sup>e</sup> Plan (1976-1980), avec la procédure dite « Habitat et vie sociale » (circulaire du 3 mars 1977), vise à améliorer une cinquantaine de grandes cités HLM déclassées. Le but de cette politique était de « de chercher à associer étroitement les investissements à réaliser pour améliorer la qualité du cadre bâti, le confort des logements et les actions concourant au développement de la vie des quartiers : aménagement des espaces extérieurs, implantation d'équipements collectifs, animation sociale » [Hubert Dubedout- Ensemble refaire la ville : rapport au 1<sup>er</sup> ministre, 1982].

A partir de quartiers de villes comme Grenoble, Marseille, Meaux et Roubaix, la politique de la ville a servi de « laboratoire » pour expérimenter des modes de gestion et apporter des réponses adaptées à des territoires en « crise » en reconnaissant les habitants comme des partenaires et interlocuteurs essentiels des institutions : c'est l'affirmation toujours difficile à tenir mais constamment renouvelée de la participation des habitants au cœur de la politique de la ville.

Du développement social des quartiers (DSQ) en 1984 à celui du développement social urbain (DSU) en 1988, des programmes territoriaux aux contrats de ville en 1992, du plan

---

<sup>3</sup> [www.polvillemarseille.fr/polville.htm](http://www.polvillemarseille.fr/polville.htm)

<sup>4</sup> [www.crpv-paca.org/2-politiqueville/niveau\\_national.php](http://www.crpv-paca.org/2-politiqueville/niveau_national.php)

d'urgence de 1993 au « Pacte de relance pour la ville » de 1996, elle multiplie les procédures sans changer vraiment de logique. Les ambitions sont fortes et les financements conséquents.

A partir de 1998, la politique de la ville intègre peu à peu d'autres dispositifs conçus dans la même logique contractuelle : plans locaux d'insertion par l'économique (PLIE) en 1993, contrats locaux de sécurité (CLS) en 2001, contrats éducatifs locaux (CEL) en 1998, plans de déplacements urbains (PDU) en 2001, programmes locaux de l'habitat (PLH), conventions de développement culturel, sont autant de réponses institutionnelles à des situations d'exclusion qu'aucune politique classique n'a pu véritablement régler. Dans le même temps, le nombre de villes concernées passe d'une vingtaine en 1977 à 247 en 2000.

Par ailleurs, la loi Solidarité et renouvellement urbain (SRU) du 13 décembre 2000 « positionne » la politique de la ville au niveau de l'agglomération et entend rénover les outils de la politique urbaine pour éviter la création de ghettos, le délabrement des centres villes et l'étalement urbain. Elle impose notamment 20% de logements sociaux par commune.

La politique de la ville a connu une évolution importante en 2003. La loi d'orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine du 1<sup>er</sup> Aout 2003 met en place un programme de rénovation urbaine à travers l'Agence nationale de rénovation urbaine (ANRU) dont la création date du 11 février 2004.

Les Projets de rénovation urbaine (PRU) bénéficient de crédits importants et ont pour objectif la restructuration urbaine des quartiers les plus enclavés et ayant le plus mal vieilli. Au premier février 2008, 247 conventions de rénovation urbaine ont été signées.

Le Comité interministériel des Villes lance en mars 2006 le Contrat urbain de cohésion sociale (CUCS) qui succède depuis le 1er janvier 2007 au Contrat de ville, avec un cadre et une géographie prioritaire renouvelés : à ce jour, 440 CUCS sont signés en France et 1900 quartiers concernés. Ces contrats sont conclus pour une durée de trois ans renouvelable. Les institutions signataires de ces contrats sont les communes, les départements, les régions, l'Etat, l'ACSE. Les Zones franches urbaines sont maintenues et de nouvelles sont même créées.

Les CUCS doivent aussi prendre en compte la lutte contre les discriminations. En effet, au delà de ces nouveaux cadres contractuels organisant localement la lutte contre les ségrégations spatiales et sociales, la France, suivant en cela les politiques européennes, a inscrit la lutte contre les discriminations comme une priorité. Une Haute Autorité de lutte contre les discriminations a été créée en 2004, et la loi sur l'égalité des chances du 31 mars 2006 prévoit notamment un certain nombre d'actions pour lutter contre les discriminations (cf. les violentes émeutes de l'automne 2005).

En parallèle, la loi du 31 mars 2006 crée une nouvelle agence : l'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances (ACSE)

En février 2008, le Plan Espoir Banlieue engage cette politique publique plus fortement dans quelques secteurs clés : la lutte contre l'échec scolaire, le renforcement de la sécurité, le désenclavement et les transports.

### **1.1.3 Les missions<sup>5</sup>**

La mission de la politique de la ville est de mobiliser, organiser et structurer les interventions publiques sur des territoires définis comme prioritaires en raison des difficultés que rencontrent leurs habitants (habitat dégradé, chômage, échec scolaire, délinquance, enclavement ...), et sur la base de diagnostics partagés élaborés par plusieurs partenaires.

Ces partenaires, liés par un cadre contractuel, s'engagent, à partir d'objectifs généraux et de programmes opérationnels, à intervenir sur un territoire et à mettre en œuvre un certain nombre d'interventions relevant à la fois de l'urbanisme et de l'aménagement urbain, de l'action sociale, de l'éducation, de la prévention de la délinquance et de la sécurité. Depuis plusieurs années, le développement économique, l'emploi et l'insertion professionnelle, la lutte contre les discriminations constituent une priorité particulière.

Il s'agit donc d'une politique transversale, globale, territorialisée, et interministérielle.

### **1.1.4 Les enjeux**

De nombreux quartiers d'habitat social sont aujourd'hui au cœur de la « crise des banlieues ». Ces « cités hors de la ville » regroupent plus de 5 millions d'habitants. L'accumulation de leurs difficultés - sociales, économiques et environnementales - met en cause la cohésion sociale du pays. C'est pour les aider à trouver toute leur place dans leurs agglomérations que la « politique de la ville » a été mise en place.

---

<sup>5</sup> [www.crpv-paca.org/2-politiqueville/niveau\\_national.php](http://www.crpv-paca.org/2-politiqueville/niveau_national.php)

En France, près de 2 200 quartiers sont concernés, dont 751 zones urbaines sensibles<sup>6</sup>.

## 1.2 Le groupement d'intérêt public (GIP)

Créé en 1998 par la Ville de Marseille et l'État, le Groupement d'Intérêt Public pour la Gestion de la Politique de la Ville constitue la structure juridique et financière d'animation et de gestion des programmes successifs mis en place à Marseille dans le cadre de la Politique de la Ville (Contrat de Ville 2000-2006, puis Contrat Urbain de Cohésion Sociale)<sup>7</sup>.

Le GIP Politique de la Ville est chargé :

- De l'animation et de la gestion administrative, logistique et matérielle des équipes opérationnelles du CUCS et de ses dispositifs connexes (Ateliers Santé Ville, Projet Éducatif Local, Programme de Réussite Éducative,...)
- De la mise en œuvre des programmes du CUCS à travers la Programmation annuelle et sa déclinaison administrative et financière, à partir des orientations et décisions arrêtées par le Comité de Pilotage du CUCS et de ses dispositifs connexes : appels à projets annuels, instruction et validation inter partenariale, contrôle et suivi associatif, versement des subventions pour le compte de la Ville de Marseille et de l'ACSÉ, évaluation.
- De la mise en œuvre des procédures d'évaluation et du financement d'études, diagnostics et expertises, nécessaires à la réalisation du CUCS, et notamment de l'Observatoire des Quartiers.

## 1.3 Le Contrat Urbain de Cohésion Sociale

Le CUCS succède aux contrats de ville qui ont articulé les politiques de développement social et urbain de 2000 à 2006. Il représente le 4<sup>ème</sup> programme à Marseille depuis 1991. Cela constitue un engagement commun de l'Etat et des collectivités territoriales à « lutter contre les ségrégations urbaines et sociales »<sup>8</sup>. Les principes constitutifs de la Politique de la Ville ont été réaffirmés dans ce nouveau contrat.

Un diagnostic conduit sur la ville de Marseille, croisé à l'analyse détaillée des dernières données socio-économiques, a notamment permis de redessiner les périmètres d'intervention prioritaire et le découpage des territoires opérationnels du CUCS. L'objectif principal du CUCS est de contribuer à une meilleure intégration de ces territoires dans le

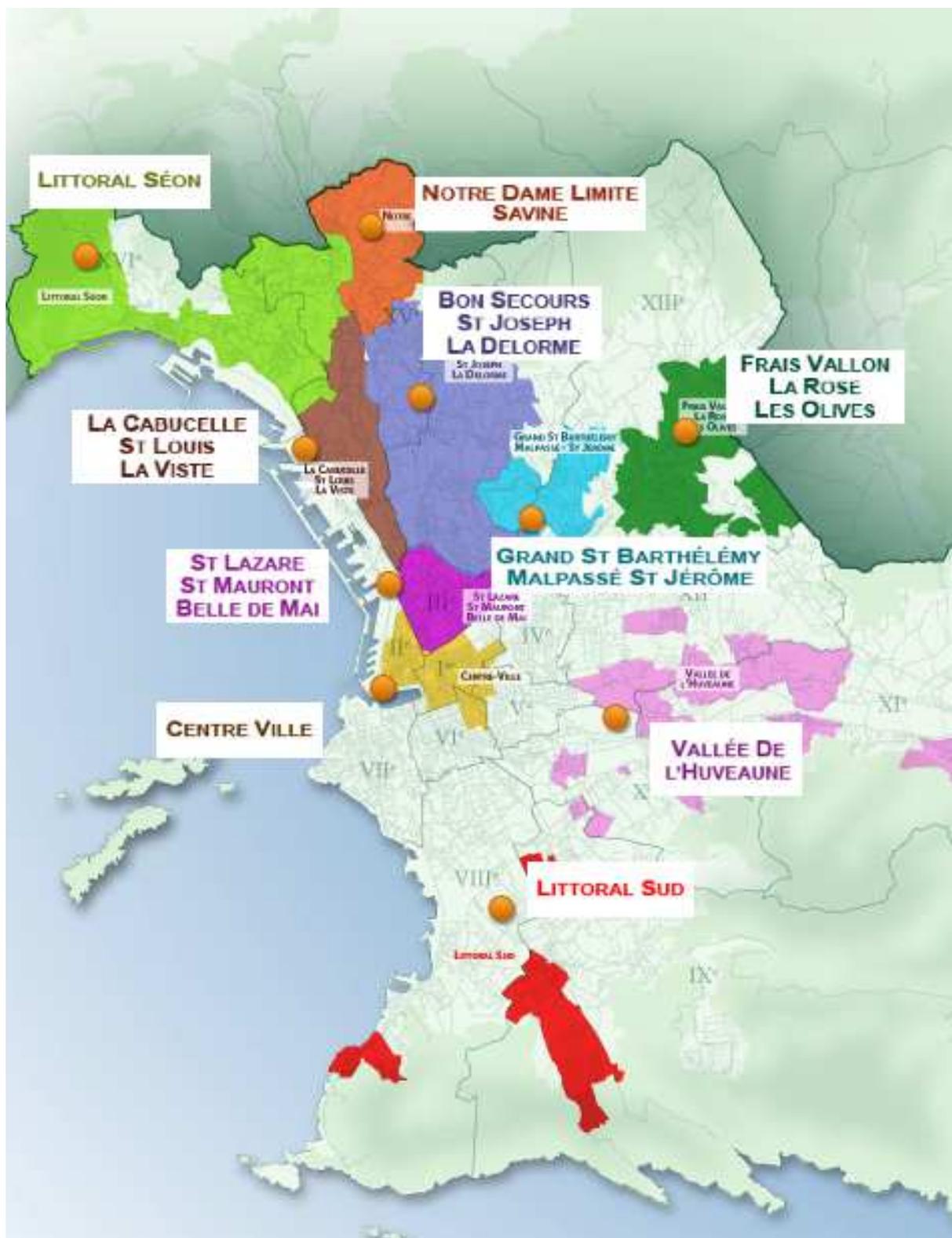
<sup>6</sup> [www.polvillemarseille.fr/polville.htm](http://www.polvillemarseille.fr/polville.htm)

<sup>7</sup> [www.polvillemarseille.fr/gip.htm](http://www.polvillemarseille.fr/gip.htm)

<sup>8</sup> [www.polvillemarseille.fr/cadrepourt.htm](http://www.polvillemarseille.fr/cadrepourt.htm)

fonctionnement de la ville et de l'agglomération. Il doit permettre l'amélioration de la vie quotidienne et du cadre de vie des marseillais habitant ces quartiers fragiles<sup>9</sup>.

### Cartographie présentant les territoires d'intervention du CUCS à Marseille



Source : [www.polvillemarseille.fr/geo-localisation.htm](http://www.polvillemarseille.fr/geo-localisation.htm)

<sup>9</sup> [www.polvillemarseille.fr/cadrepарт.htm](http://www.polvillemarseille.fr/cadrepарт.htm)

Les services signataires du CUCS (Etat, Ville de Marseille, Région PACA, Communauté Urbaine Marseille Provence Métropole, Caisse d'Allocations Familiales 13, Association Régionale des Organismes HLM) ont été invités à croiser leurs orientations et priorités avec les diagnostics territoriaux, en vue de dégager les axes convergents et les futures articulations des programmations dites de droit commun et de cohésion sociale<sup>10</sup>.

Le CUCS, conçu comme un contrat global et cohérent, intègre et met en lien l'ensemble des dispositifs concourant aux objectifs prioritaires fixés sur les territoires concernés, quelle que soit leur échelle d'intervention<sup>11</sup>.

Les CUCS sont d'une durée de trois ans (2007-2009, 2010-2012). Le programme d'actions qui en découle répond à des objectifs opérationnels se déclinant par thématiques.

La santé fait ainsi partie des 5 domaines définis lors du Comité Interministériel des Villes du 9 mars 2006 : l'habitat et le cadre de vie, l'accès à l'emploi et le développement économique, la réussite éducative, la santé, la citoyenneté et la prévention de la délinquance<sup>12</sup>.

Chaque année, un appel à projets est lancé auprès des associations pour construire et développer des actions dont les objectifs coïncident avec ceux du programme du CUCS. Les actions les plus structurantes peuvent donner lieu à un conventionnement pluriannuel avec les porteurs de projets<sup>13</sup>.

Le dispositif s'appuie sur les équipes opérationnelles territoriales et thématiques, ainsi que sur les services fonctionnels du GIP Politique de la Ville.

Trois échelles d'intervention territoriale sont référencées<sup>14</sup> :

- Les « Territoires de projet », au nombre de quatre, sont divisés en secteurs opérationnels ;
- A chaque « secteur opérationnel » correspond une équipe opérationnelle dirigée et animée par un Chef de projet, et composée d'Agents de Développement Territoriaux et d'un secrétariat. Ces équipes sont chargées d'identifier les problématiques

---

<sup>10</sup> [www.polvillemarseille.fr/cadrepert.htm](http://www.polvillemarseille.fr/cadrepert.htm)

<sup>11</sup> [www.polvillemarseille.fr/cadrepert.htm](http://www.polvillemarseille.fr/cadrepert.htm)

<sup>12</sup> Jakowleff A., Laneyrie J-M, Ateliers santé ville, Une démarche locale pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé – Les éditions de la DIV – Collection repères - septembre 2007 – page 14

<sup>13</sup> [www.polvillemarseille.fr/cadrepert.htm](http://www.polvillemarseille.fr/cadrepert.htm)

<sup>14</sup> [www.polvillemarseille.fr/cadrepert.htm](http://www.polvillemarseille.fr/cadrepert.htm)

territoriales et les besoins collectifs des habitants, puis de développer, susciter, animer ou fédérer les initiatives et les dispositifs mis en place au niveau local, en lien avec les acteurs locaux pour répondre à ces difficultés ;

- Les Agents de Développement Territoriaux ont en charge des « Territoires de proximité », sur lesquels ils assurent la mise en œuvre de programmes d'action et le suivi de projets de développement. Ils sont les interlocuteurs directs des associations, habitants et représentants des services publics sur ces territoires. Les territoires de proximité recouvrent des bassins de vie cohérents, ils constituent l'unité territoriale de base d'intervention pour le développement et le suivi des actions de proximité, les relations avec les acteurs locaux, éducatifs, sociaux, économiques ou culturels, la concertation et l'information des habitants.

Les « Pôles de développement thématiques », animés par des responsables de pôle, constituent le niveau de gestion des dispositifs particuliers ou de champs thématiques nécessitant un pilotage global, central et/ou expérimental<sup>15</sup>.

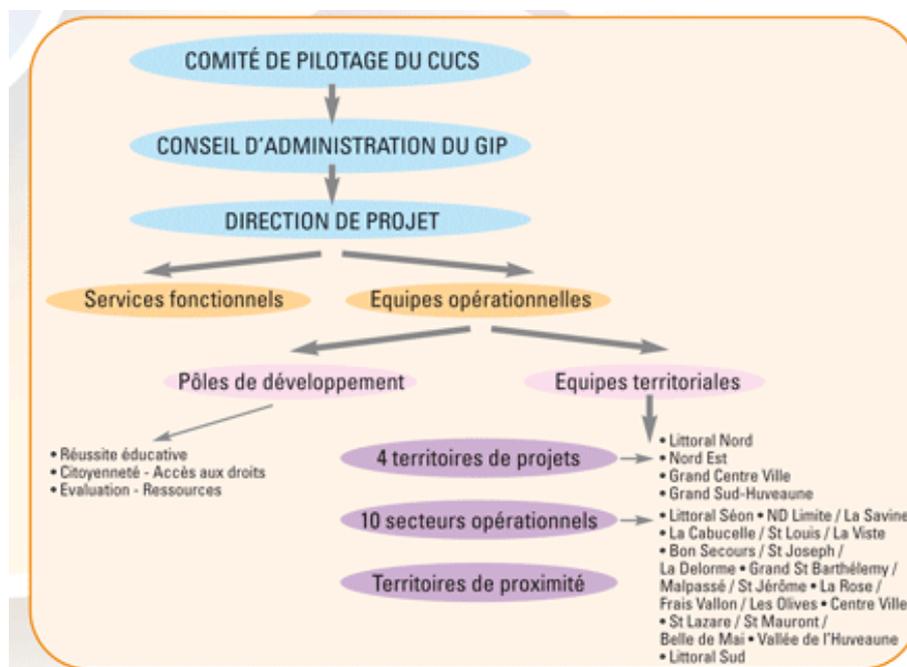
En 2007 sont constitués :

- Le pôle Réussite Educative ;
- Le pôle Citoyenneté – Accès aux droits ;
- Le pôle Evaluation – Ressources ;
- Les services fonctionnels du GIP concourent à la mise en œuvre administrative, logistique et financière du CUCS. Ils sont au nombre de quatre :
  - o Le Pôle Programmation et suivi associatif ;
  - o Le Pôle Administration et Finances ;
  - o Le Pôle Equipements et Aménagements urbains ;
  - o Le Pôle Communication.

---

<sup>15</sup> [www.polvillemarseille.fr/cadrepert.htm](http://www.polvillemarseille.fr/cadrepert.htm)

## Tableau récapitulatif



Source : [www.polvillemarseille.fr/cadrepart.htm](http://www.polvillemarseille.fr/cadrepart.htm)

### 1.4 Les Ateliers Santé Ville : contexte général

Les « Ateliers Santé Ville » (ASV) sont « le dispositif opérationnel du volet santé des contrats urbains de cohésion sociale (CUCS) »<sup>16</sup>.

Ils se sont développés à partir de l'année 2000 dans le cadre des volets santé de la politique de la ville et de la loi de lutte contre les exclusions<sup>17</sup> du 29 Juillet 1998. Ils ont pour objet de fournir le cadre opérationnel d'une démarche territoriale pour le développement de projets locaux de santé publique<sup>18</sup>. Les ASV constituent une démarche et un cadre d'ampleur nationale. Ils sont des outils de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

Articulés à l'ensemble des politiques de santé publique dans la perspective de favoriser l'accès au système de santé des plus démunis, les ASV ont pour ambition d'optimiser la coordination et le travail en réseau des acteurs sanitaires et sociaux, à travers la mise en place d'actions adaptées aux contextes locaux, dans une logique de proximité.

<sup>16</sup> Enquête annuelle de suivi des ateliers santé ville – Enquête 2012 – Rapport national – L'ACSÉ

<sup>17</sup> Circulaire DIV / DGS du 13 Juin 2000 et DGS / SP2, PRAPS institués par l'article 71 de la loi d'orientation n°98-657 du 29 Juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions

<sup>18</sup> Jakowleff A., Laneyrie J-M, Ateliers santé ville, Une démarche locale pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé – Les éditions de la DIV – Collection repères - septembre 2007 – page 8

L'ASV s'inspire de la démarche des PRAPS dans le sens où il vise à favoriser l'association des habitants des quartiers et des professionnels de terrain aux choix et aux décisions prises en terme d'actions pour améliorer l'accessibilité aux soins et à la prévention<sup>19</sup>.

La plupart des ASV sont portés par la commune. Ils peuvent aussi l'être par une intercommunalité, communauté d'agglomération, le CCAS, une association, le GIP, ... Il existe un lien manifeste (et assez logique) entre le périmètre d'intervention du porteur et celui de l'ASV. Par exemple, les ASV portés par les communes interviennent plus souvent à l'échelle communale.

Les principes généraux des Ateliers Santé Ville reposent sur trois fondements :

- Ils sont au croisement des politiques de santé et de la politique de la Ville<sup>20</sup> : ils s'inscrivent dans l'animation des dispositifs de contractualisation entre l'Etat et les collectivités territoriales dans le champ de la santé et de la politique de la Ville. Les ASV portent leur réflexion sur l'articulation entre les besoins locaux et la mise en place des projets régionaux de santé des ARS et des politiques locales de cohésion sociale de l'Etat. Les ASV permettent ainsi l'implémentation d'une politique de santé publique adaptée au contexte local, tout en considérant le plan régional de santé. Par conséquent, chaque contexte territorial étant spécifique, il n'y a pas d'action type<sup>21</sup> ;
- Cette démarche entre dans le cadre de la définition de la santé par l'OMS et dans une stratégie d'action définie dans la charte d'Ottawa (promotion de la santé) : la santé est « la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne et non comme le but de la vie... Ainsi donc la promotion de la santé ne relève par seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être »<sup>22</sup>. « Une bonne santé est une ressource majeure pour le progrès social, économique et individuel, tout en constituant un aspect important de la qualité de vie »<sup>23</sup> ;

---

<sup>19</sup> Jakowleff A., Laneyrie J-M, Ateliers santé ville, Une démarche locale pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé – Les éditions de la DIV – Collection repères - septembre 2007 – page 19

<sup>20</sup> [www.polvillemarseille.fr/asvmars.htm](http://www.polvillemarseille.fr/asvmars.htm)

<sup>21</sup> Enquête annuelle de suivi des ateliers santé ville – Enquête 2012 – Rapport national – L'ACSÉ – page 5

<sup>22</sup> Jakowleff A., Laneyrie J-M, Ateliers santé ville, Une démarche locale pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé – Les éditions de la DIV – Collection repères - septembre 2007 – page 24

<sup>23</sup> Ibid.

- Ils visent une « démarche participative, ascendante et locale »<sup>24</sup>, qui permet d'associer des groupes d'habitants au diagnostic local et d'adapter ainsi les projets de santé publique au plus près des besoins locaux. Ces dispositifs permettent d'identifier les problèmes en concertation avec les habitants et les professionnels, de définir des priorités, d'envisager des programmes d'intervention et de mettre en relation différents acteurs afin de créer des réseaux et des partenariats dans le champ sanitaire et social<sup>25</sup>.

Concernant le financement des ASV : l'ingénierie, ses moyens d'intervention, de diagnostic et d'évaluation sont cofinancés par l'ACSÉ et les collectivités territoriales. L'Acse peut contribuer au financement d'actions si celles ci contribuent au développement de projets locaux ou territoriaux de santé publique, élaborées dans le cadre de la démarche atelier santé ville sans se substituer aux crédits de droit commun, ceux des ARS en particulier<sup>26</sup>.

## 1.5 Les Ateliers Santé Ville à Marseille

Marseille a fait partie des villes pionnières dans la démarche des Ateliers Santé Ville, avec le lancement d'un ASV dès novembre 2002. Deux territoires ont été identifiés qui, selon des indices de précarité économique et sociale, étaient déjà prioritaires au sens de la politique de la ville. Il s'agit du centre ville et des quartiers Nord de Marseille, soit 7 des 16 arrondissements que compte la ville. Ces deux dispositifs recouvrent respectivement une population de 120 000 et 220 000 habitants. Ils sont, en nombre d'habitants, les plus importants des 243 Ateliers Santé Ville opérationnels en France en mars 2009 (source : Acse/Kynos)<sup>27</sup>. Les ASV Marseille sont portés par l'Etat, l'Assurance Maladie, la Ville de Marseille (Direction de la Santé Publique/ Politique de la Ville) et les collectivités territoriales (Région PACA).

Les ASV sont établis sur des territoires déterminés comme prioritaires au nom du CUCS. Chaque ASV est animé par un coordinateur. A Marseille, les coordinateurs sont employés par le GIP pour la Politique de la Ville. Le périmètre d'intervention se situe au niveau infra

---

<sup>24</sup> [www.polvillemarseille.fr/asvmars.htm](http://www.polvillemarseille.fr/asvmars.htm)

<sup>25</sup> Enquête annuelle de suivi des ateliers santé ville – Enquête 2012 – Rapport national – L'ACSÉ – page 5

<sup>26</sup> Enquête annuelle de suivi des ateliers santé ville – Enquête 2012 – Rapport national – L'ACSÉ – page 6

<sup>27</sup> <http://www.polvillemarseille.fr/asvgeneral.htm>

communal : celui des quartiers prioritaires de la politique de la ville. Cette décision est notamment liée à la grandeur et aux inégalités importantes au sein de la ville.

Parmi les 260 Ateliers Santé Ville existants, ceux de Marseille ont certaines spécificités en terme de public concerné et de thématique abordées. Selon l'audit du Conseil National des Villes de juillet 2007, et son avis du 26/09/2007<sup>28</sup>, les ASV de Marseille traitent de situations particulièrement précaires (publics primo arrivants, personnes SDF, en errance, en exclusion sociale et psychique). Avec quelques autres ASV comme ceux d'Aubervilliers en Seine St Denis, Marseille s'est par ailleurs particulièrement intéressée aux problématiques de santé mentale dans la cité, et s'est doté depuis 2008 d'un atelier santé ville spécifiquement consacré à la santé mentale, portant à quatre le nombre de coordinateurs ASV. Les ASV de Marseille mobilisent plus de 300 partenaires et professionnels de santé libéraux, l'Assurance Maladie, l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille, ainsi que différentes « collectivités locales ». Ce sont autant de leviers qui permettent de mettre en place des collaborations locales, notamment dans le domaine de l'accès à la prévention et aux soins.

Depuis début 2009, il existe 243 ASV en France, dont 12 dans les Bouches-du-Rhône.

Parmi ces 12 ASV, 4 sont à Marseille :

- Centre depuis 2002 ;
- Nord depuis 2004 (territoires Nord scindés en 2 coordinations depuis 2008) ;
- Santé Mentale depuis 2008.

Chaque Atelier Santé Ville est conduit par un coordinateur. Son travail comporte deux phases : l'une d'analyse, l'autre opérationnelle. Ainsi, il réalise dans un premier temps un diagnostic de santé partagé. Cette étude menée en collaboration avec les acteurs de proximité, est ensuite présentée lors d'un comité de pilotage institutionnel, qui pourra le valider. Ce document sert alors de base à l'élaboration d'un Plan Local de Santé Publique (PLSP) établi pour les trois années à suivre. Tout au long de cette période, le rôle du coordinateur ASV est d'assurer la mise en œuvre et l'animation du PLSP.

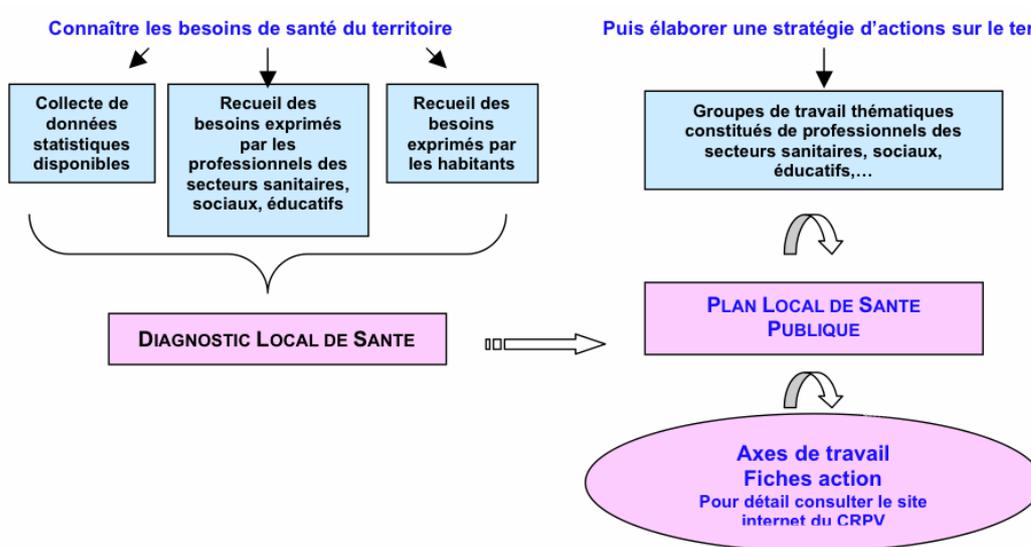
Le Plan Local de Santé Publique, intégré au Contrat Urbain de Cohésion Sociale dans son volet santé, fait suite à un diagnostic local de santé, construit avec les habitants et les

---

<sup>28</sup> <http://www.polvillemarseille.fr/asvgeneral.htm>

acteurs de proximité. Il est mis en œuvre pour une période de trois ans (2010-2012). Structuré autour d'objectifs, il propose une trentaine de fiches actions qui constituent autant de cahiers des charges pour des promoteurs de projets en santé, qui peuvent se référer à ces fiches pour répondre à des appels à projet du Programme Régional de Santé Publique, du Contrat Urbain de Cohésion Sociale, ou de la Ville de Marseille. Ce plan local prévoit l'évaluation des actions entreprises, ainsi qu'une actualisation du diagnostic local.

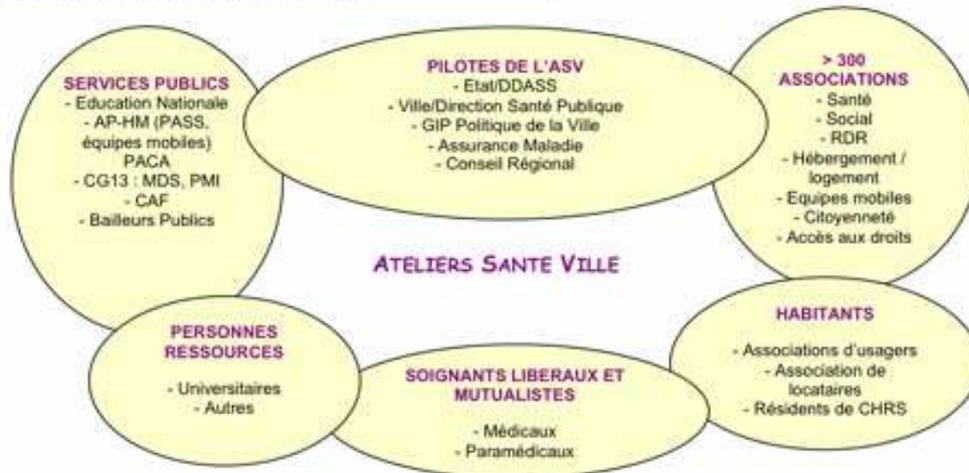
Schéma explicatif de la méthode utilisée pour établir ces fiches d'action :



Source : [www.polvillemarseille.fr/asvmars.htm](http://www.polvillemarseille.fr/asvmars.htm)

En terme de gouvernance, le contrat qui lie la Ville et l'Etat est symbolisé par la présence au comité de pilotage, au moins une fois par an, du préfet délégué à l'égalité des chances et de l'adjointe au maire pour la santé. Employés par le Groupement d'Intérêt Public pour la Politique de la Ville à Marseille, les quatre coordinateurs peuvent également compter sur le soutien de la Direction Santé Publique de la Ville et des services déconcentrés de l'Etat (les Agences Régionales de Santé et les Directions Régionales à la Cohésion Sociale).

En 2008, un réseau constitué de :



Source : [www.polvillemarseille.fr/asvmars.htm](http://www.polvillemarseille.fr/asvmars.htm)

## 1.6 L'Atelier Santé Ville Santé Mentale à Marseille

L'ASV SM, initié en décembre 2007, s'inscrit dans la continuité de l'ASV Marseille démarré en 2002. Il constitue une démarche de santé publique visant à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé des populations en situation de précarité.

Concernant la Santé Mentale, les axes et objectifs définis dans le PLSP 2010-2012<sup>29</sup> sont les suivants :

- Améliorer la prévention, le repérage et la prise en charge de la souffrance psychosociale :
  - o Optimiser la capacité des travailleurs sociaux à repérer, comprendre, appréhender et gérer les situations relatives à l'accueil d'un public en souffrance psychosociale ;
  - o Permettre que les compétences psychosociales acquises soient de nouveau utilisées. Permettre que les compétences psychosociales dont l'apprentissage a été défaillant puissent être apprises et utilisées ;
  - o A partir des besoins repérés en terme d'orientation (écoute psychosociale, suivi social,...), développer des dynamiques de travail territorialisées associant les travailleurs sociaux, les EMPP, les secteurs, la PASS Psychiatrie. Soutenir et consolider les partenariats existants entre le sanitaire et le social ;

<sup>29</sup> Plan Local de Santé Publique Santé Mentale 2010-2012 – Ateliers Santé Ville de Marseille – Document de travail élaboré et rédigé par Franck Lescroel, coordinateur de l'atelier santé ville Santé Mentale - [Internet] – Available from: <http://www.polvillemarseille.fr/asvplsp.htm>

- Favoriser l'insertion sociale des personnes en situation de handicap psychique en développant notamment des mesures d'accès et de maintien au logement/hébergement accompagné :
  - o Constituer des modalités de collaboration pour la gestion des situations sensibles dans le domaine de la santé mentale et du logement ;
  - o Articuler l'ASV santé mentale et le dispositif d'intermédiation locative développé par la DDASS :
- Améliorer le repérage des troubles et la continuité des soins des personnes en situation de précarité et d'exclusion souffrant de troubles psychiques :
  - o Soutenir / développer les réseaux entre le sanitaire et le social pour assurer la continuité du suivi, éviter les ruptures dans le parcours de soin, et permettre aux publics de renouer avec le soin ;
  - o Former les professionnels de l'urgence sociale à la problématique santé mentale, précarité et exclusion ;
  - o Favoriser l'accès/la continuité des soins des personnes souffrant de troubles psychiques en agissant sur l'offre de logements/hébergements accompagnés.

## **2 La Santé Mentale : définition, état des lieux**

### **2.1 La santé mentale : définitions**

Pour l'OMS, la santé mentale se conçoit de façon positive comme « un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté ».

« Une personne en bonne santé mentale est capable de s'adapter aux diverses situations de la vie, faites de frustrations et de joies, de moments difficiles à traverser ou de problèmes à résoudre. C'est quelqu'un qui se sent suffisamment en confiance pour s'adapter à une situation à laquelle elle ne peut rien changer ou pour travailler à la modifier si c'est possible. Posséder une bonne santé mentale, c'est parvenir à établir un équilibre entre tous les aspects de sa vie : physique, psychologique, social et économique<sup>30</sup> ».

#### **2.1.1 Les trois dimensions de la santé mentale**

La santé mentale comporte trois dimensions :

- La santé mentale positive : bien-être, épanouissement personnel ;

---

<sup>30</sup> Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie. Rapport Couty. 2009

- La détresse psychologique (ou souffrance psychique) qui peut correspondre à des situations éprouvantes et à des difficultés existentielles ;
- Les troubles psychiatriques (maladies), qui se réfèrent à des classifications diagnostiques, renvoient à des critères, à des actions thérapeutiques ciblées et correspondent à des troubles de durée variable plus ou moins sévères et handicapants<sup>31</sup>.

Selon le Comité de la santé mentale du Québec (CSMQ), la santé mentale est liée tant aux valeurs collectives dominantes dans un milieu donné qu'aux valeurs propres à chaque personne. Elle est influencée par des conditions multiples et interdépendantes telles que les conditions économiques, sociales, culturelles, environnementales et politiques. Toute condition qui nuit à l'adaptation réciproque entre la personne et son milieu, comme par exemple la pauvreté, la pollution ou la discrimination, constitue un obstacle à la santé mentale. A l'inverse, toute condition qui facilite cette adaptation réciproque, comme par exemple, la distribution équitable de la richesse collective, l'accès à une éducation de qualité ou à un environnement sain, favorise et soutient la santé mentale.

Dans cette perspective, la santé mentale peut également être considérée comme une ressource collective, à laquelle contribuent tout autant les institutions sociales et la communauté entière que les personnes considérées individuellement.

### **2.1.2 La santé mentale en contexte de précarité : la clinique psychosociale**

La question d'une souffrance psychique d'origine sociale est apparue depuis la fin des années 80, face au malaise des intervenants dans le travail social et psychique. C'est dans le cadre de l'ORSPERE-ONSMP<sup>32</sup> que Jean Furtos a proposé de parler de la clinique psychosociale pour rendre compte d'une réalité clinique qui s'imposait suite à un certain nombre de travaux et de réflexions collectives.

Les travaux de l'ORSPERE proposent de légitimer le champ d'une clinique psychosociale définie comme la prise en compte par les professionnels d'une souffrance psychique qui apparaît sur les lieux du travail social (au sens large), avec ses caractéristiques propres.

Jean Furtos définit en premier lieu le contexte, qui est celui de la précarité sociale : « c'est la perte possible ou avérée de ce que nous appelons les objets sociaux. Qu'est ce qu'un objet social ? C'est quelque chose de concret comme l'emploi, l'argent, la retraite, le

<sup>31</sup> Rapport de l'ORS Rhône Alpes : les méthodes d'observation en santé mentale. 2006

<sup>32</sup> Observatoire régional sur la souffrance psychique en rapport avec l'exclusion – Observatoire national des pratiques en santé mentale : lieu de confrontation d'idées à partir de regards croisés, sociologique, psychologique et psychiatrique.

logement, la formation, les diplômes, les troupes, les biens »<sup>33</sup>. Un objet social, c'est une forme de sécurité, qui est quelque chose d'idéalisé dans une société donnée, en rapport avec un système de valeurs qui fait à la fois statut et lien. Il permet une reconnaissance d'existence, il autorise des relations<sup>34</sup>. La peur de le perdre une fois installée draine la perte de confiance en soi-même et en autrui, en l'avenir et dans la société. L'individu d'une société précaire a perdu confiance.

Jean Furtos distingue trois degrés de souffrance psychique d'origine sociale chez l'individu en contexte de précarité :

- Premièrement la souffrance psychique qui aide à vivre. Elle a un rôle important car elle maintient le lien avec soi-même et les autres. Ici, « nous sommes dans une zone de bonne santé mentale où souffrir n'empêche pas d'agir »<sup>35</sup>
- Deuxièmement, la souffrance qui empêche de vivre. La personne concernée n'a pas perdu ses objets sociaux, cependant elle a extrêmement peur de les perdre. On parle alors de « pré-pathologies, voire de pathologies avérées de type somatique, dépressives ou pseudo dépressives »<sup>36</sup>. Dans ces cas le problème est qu'aucune aide ne sera proposée avant que « quelque chose ne casse ». Il y a donc tout un travail social à faire pour permettre de renverser la situation avant qu'elle ne se dégrade. Jean Furtos explique ce manque d'anticipation par le fait que l'assistance est dévalorisée.
- Troisièmement, le **syndrome d'auto exclusion** ou encore de désocialisation. « Il s'agit d'une souffrance psychique qui va jusqu'à empêcher de souffrir, c'est-à-dire de ressentir »<sup>37</sup>. L'individu se retrouve alors dans une situation paradoxale où il s'empêche de vivre pour vivre. On retrouve alors plusieurs signes : « l'inhibition de la pensée et des émotions », « l'anesthésie partielle du corps, cliniquement vérifiable », « des troubles du comportement avec violence », « une rupture active avec la famille et les proches », « une diminution ou abolition de la honte humanisante », l'incurie (qui est un signe important), « la diminution de la capacité de demande, voire l'abolition de cette capacité »...

---

<sup>33</sup> Jean Furtos, « les effets cliniques de la souffrance psychique d'origine sociale », *mental'idées* n°11, 09/2007, page 26

<sup>34</sup> Ibid, page 26

<sup>35</sup> « Souffrir sans disparaître (pour définir la santé mentale au-delà de la psychose) » in FURTOS, Jean (dir.), LAVAL, Christian (dir.), *La santé mentale en actes*, Eres, 2005 (p.18)

<sup>36</sup> Ibid, (p.19)

<sup>37</sup> Ibid, (p.21)

Les invariants de l'expression de la souffrance psychique dans la relation, éléments récurrents dans les parcours, sont les suivants<sup>38</sup> :

- « La souffrance psychique apparaît dans les lieux du travail social : lieux avec des travailleurs sociaux en relation avec des objets sociaux (logement, emploi, minimas sociaux) ». « Par conséquent, ce sont les professionnels « du social » qui se retrouvent en première ligne, au front, face aux manifestations de souffrance multiples qui rendent ce « travail social » complexe, voire l'empêchent. »
- La souffrance psychique apparaît liée à la précarité. La précarité, dans ses effets psychiques, se lit dans le désinvestissement des actes de la vie ordinaire<sup>39</sup> : non paiement du loyer, mauvaise hygiène corporelle, endettement, etc.
- La problématique de la déliaison sociale, qu'elle soit nommée désaffiliation (R. Castel, 1995), désocialisation (P. Declerck, 2000) ou désinsertion (V. De Gaulejac, 1997) reste constante.
- Si les « usagers » expriment leur souffrance à un non-psy, ce n'est pas une erreur d'orientation, mais un fait à reconnaître, à comprendre, qui pose la question concrète des pratiques.
- La souffrance psychique est différenciée de la maladie mentale mais la maladie mentale fait partie de ce champ.

Dans l'espace de la clinique psychosociale, c'est à dire dans la zone du travail social, les pathologies sont on ne peut plus variées, et leurs qualifications variables :

- Il y a d'un côté les patients traités par la psychiatrie de secteur : bien traités ou perdus de vue, ils sont authentifiés comme tels ;
- Il y a d'un autre côté les « publics » de la filière sociale, les « cas sociaux », pour lesquels il semble qu'un traitement psychiatrique serait approprié, voire impératif, tandis que les demandes de soins se heurtent au refus des personnes, voire aux réticences des soignants. Des hospitalisations d'office ou à la demande d'un tiers émaillent ces parcours ;
- Il y a enfin un grand nombre de personnes présentant des signes ou des symptômes difficiles à qualifier et non moins inquiétants : alcoolisation chronique,

---

<sup>38</sup> Valérie Colin et Jean Furtos, « la clinique psychosociale au regard de la souffrance psychique contemporaine », in Michel Joubert et Claude Louzoun, Répondre à la souffrance sociale, ERES, 2005, page 110

<sup>39</sup> J.-B. Pommier, V. Colin, « Présentation de l'élaboration d'une sémiologie implicite de la souffrance psychique par les travailleurs sociaux d'un réseau de santé mentale », *Séminaire résidentiel ORSPERE*, l'Arbresle, 2002.

polytoxicomanie, manie subaiguë ou chronique, prostration, découragement ou dépression, incurie majeure, troubles du comportement,...

L'authentification de ce champ de la clinique psychosociale a fait avancer trois points, considérés maintenant comme des acquis :

- une clinique des signes et des processus plutôt qu'une clinique exclusivement nosographique ;
- la possibilité qu'une demande d'aide difficile à formuler pour des personnes en situation de précarité exacerbée soit portée par des non-soignants, en qualité de tiers<sup>40</sup>, sans pour autant instituer d'emprise sur l'autre ;
- la nécessité du travail en partenariat et en réseau, qui n'est pas un mot-valise, mais une pratique effective en de nombreux lieux.

## 2.2 Epidémiologie des troubles mentaux

### 2.2.1 Un état des lieux au niveau mondial et en France

Dans une étude menée conjointement par l'Ecole de Santé Publique d'Harvard, la Banque Mondiale et l'Organisation Mondiale de la Santé portant sur les 10 pathologies jugées les plus préoccupantes, on trouve cinq pathologies psychiatriques : schizophrénie, trouble bipolaire, addiction, dépression et trouble obsessionnel compulsif<sup>41</sup>.

Selon l'OMS, les maladies mentales se classent au troisième rang des maladies en terme de prévalence et sont responsables du quart des invalidités. Elles affectent une personne sur cinq chaque année et une sur trois si l'on se réfère à la prévalence sur la vie entière.

De plus, les troubles psychiatriques sont généralement associés à une forte mortalité. Ils sont responsables de la majeure partie de la mortalité par suicide (10 500 morts en France par an en 2006), de handicaps et d'incapacités lourds ainsi que d'une qualité de vie détériorée pour les personnes atteintes et leurs proches<sup>42</sup>.

Selon le Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2005-2010<sup>43</sup>, « bien que les connaissances épidémiologiques en santé mentale soient insuffisantes en France, comparé à d'autres pays européens, la France affiche souvent des indicateurs de santé mentale moins favorables : la santé mentale positive se situe à un niveau bas (9<sup>e</sup> rang sur 11), tandis que le taux de

---

<sup>40</sup> J. Furtos, « Que signifie une demande de soin par un tiers social ? », dans A. Pidolle et C. Thiry-Bour (sous la direction de), *Droit au soin, droit des soignés, droit des soignants*, Toulouse, ères, 2003, p. 177.

<sup>41</sup> Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2005-2010 – Page 8

<sup>42</sup> Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015 – Page 5

<sup>43</sup> Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2005-2010 – Page 4 (étude européenne de 2004)

détresse psychologique est élevé (3<sup>e</sup> rang sur 11) et qu'on observe une fréquence des troubles dépressifs et anxieux particulièrement élevé qui met le pays au dernier rang des pays comparés».

Les troubles mentaux génèrent des coûts économiques importants, en raison par exemple d'une moindre productivité des entreprises, d'une participation à l'emploi plus réduite, à une qualité de vie altérée, etc.<sup>44</sup>

Selon le rapport de la Cour des Comptes<sup>45</sup>, les soins donnent lieu, chaque année, à plus d'un million de prises en charge, dont le coût pour le seul régime général d'assurance maladie atteint environ, en 2010, 13Md€, soit de l'ordre de 7% de ses dépenses. S'y ajoute un montant indéterminé supporté par d'autres régimes sociaux, et, au titre notamment de la prise en charge sociale et médico-sociale, par l'Etat et par les collectivités territoriales. Au total, le coût économique et social de ces pathologies est évalué à quelque 107 Md€ par an en France, soit un montant analogue à ceux constatés dans des pays comparables, en Angleterre par exemple.

### **2.2.2 Un état des lieux à Marseille**

La ville de Marseille a confié à l'ORS PACA la réalisation de plusieurs études, notamment la réalisation d'un tableau de bord sur la santé mentale<sup>46</sup>. Elles permettent d'évaluer l'importance des problèmes de santé mentale à Marseille :

- Près d'une personne sur 10 souffre d'un trouble dépressif majeur (enquête ASEP, quartiers nord) ;
- 1 personne sur 4 a consommé des psychotropes en 2005 ;
- 15 000 patients sont pris en charge par la psychiatrie publique en 2003 ;
- Les populations précaires sont très touchées.

Il existe des indicateurs plus élevés que dans d'autres villes :

- Les troubles dépressifs sont plus fréquents dans les quartiers nord que dans d'autres villes françaises ;
- Le recours aux psychotropes et aux psychiatres libéraux est plus fréquent que dans d'autres villes de la région.

---

<sup>44</sup> Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011–2015 – Page 5

<sup>45</sup> Rapport de la Cour des Comptes – L'organisation des soins psychiatriques – 20/12/2011 – page 5

<sup>46</sup> Tableau de bord sur la santé mentale à Marseille – ORS - Edition 2007

### 3 L'organisation des soins psychiatriques

#### 3.1 Les services publics de psychiatrie et la sectorisation

Le territoire national est découpé en aires géographiques appelées « secteurs ». Le secteur se définit par la mise à disposition d'une communauté géo-démographique d'un service public de protection mentale. Le principe fondamental du secteur est le refus de la ségrégation du malade mental. Cela implique de la part de l'équipe soignante une volonté d'intégration, de maintien ou de réintégration du patient dans son milieu familial social. Le second principe est la continuité des soins, la responsabilité en continu de la même équipe soignante pour toutes les phases de l'itinéraire thérapeutique<sup>47</sup>.

Le principe de sectorisation a été mis en place par la circulaire du 15 Mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales.

L'arrêté du 14 Mars 1972 fixe les modalités du règlement départemental de la lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies. La division en secteurs de psychiatrie adulte et infanto-juvénile est fixée par arrêté préfectoral.

Cependant, si les activités de secteur se sont vues attribuer en 1960 et 1972 un cadre réglementaire, le problème de leur base juridique n'a été réglé qu'au cours du second semestre de l'année 1985.

Trois lois ont été adoptées :

- Elles définissent le secteur dans sa double dimension intra et extrahospitalière ;
- Elles intègrent les secteurs dans la carte sanitaire générale ;
- Les dépenses de lutte contre les maladies mentales sont à la charge de l'assurance maladie à compter de 1<sup>er</sup> Janvier 1986. Ce nouveau financement est assuré sous forme de dotation globale.

En France, il existe 830 secteurs de psychiatrie pour adultes, soit en moyenne un secteur pour 54 000 habitants de plus de 20 ans, et 320 secteurs de psychiatrie pour enfants et adolescents, soit en moyenne un secteur pour 49 000 habitants de moins de 20 ans<sup>48</sup>. Chaque secteur de psychiatrie peut disposer de plusieurs lieux de soins, répartis sur son territoire : centre médico-psychologique (consultations, orientation), centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), hôpital de jour, centre de crise, centre de postcure, appartement thérapeutique, consultation spécialisée et unité d'hospitalisation. Il existe

---

<sup>47</sup> Cours – Psychiatrie – Les références législatives et réglementaires en matière de santé mentale - [Internet] – Available from : <http://www.infirmiers.com/etudiants-en-ifsu/cours/psychiatrie-les-references-legislatives-et-reglementaires-en-matiere-de-sante-mentale.html>

<sup>48</sup> Référence : DREES, Etudes n°32, mai 2003 et n°42 mars 2004

aussi des lieux de soins non sectorisés, c'est-à-dire ne dépendant pas du lieu d'habitation (ex : lieux de soins associatifs ou privés, participant au service public hospitalier).

Les soins sont assurés par une équipe pluridisciplinaire : psychiatres, pédopsychiatres, psychologues, infirmiers, orthophonistes, psychomotriciens, assistants de travail social, ergothérapeutes... □ Les équipes pluridisciplinaires de psychiatrie comprennent également des secrétaires médicales, des aides-soignants et des agents de service hospitalier, qui contribuent à l'accueil des personnes, à la coordination et la continuité des soins au quotidien. Chaque secteur de psychiatrie est rattaché administrativement à un centre hospitalier (général ou spécialisé).

Rappelons qu'environ 75% des adultes et 97% des enfants et adolescents soignés par les services publics de psychiatrie ne sont jamais hospitalisés, mais suivis en ambulatoire (dans les centres-médico-psychologiques, les CATTP, les hôpitaux de jour,...)<sup>49</sup>.

### **3.2 L'offre de soins en santé mentale**

L'offre de soins en santé mentale se répartit entre l'hospitalisation complète, les alternatives à l'hospitalisation et les prises en charge ambulatoires assurées par des structures extrahospitalières installées en ville auxquelles s'ajoutent les consultations en ville.

Selon le rapport Couty<sup>50</sup>, la psychiatrie, comme spécialité médicale, ne peut aussi simplement être renvoyée à une organisation commune de l'offre de soins. Elle conserve une part de spécificité inhérente aux caractéristiques des pathologies qu'elle prend en charge et qu'elle traite :

- Dans de nombreux cas, les malades mentaux n'ont pas, pendant une longue période, la conscience de leur maladie. Ils perçoivent leur souffrance mais ne peuvent l'exprimer dans un contexte rationalisé d'offre de soins accessibles, financièrement et géographiquement. A l'opposé des personnes atteintes d'autres pathologies, ces personnes ne peuvent aussi simplement exprimer un besoin de diagnostic, de prise en charge et d'accompagnement. En conséquence, attendre la demande de soins par le malade lui-même, ne peut que retarder le diagnostic et la mise en œuvre d'un projet thérapeutique personnalisé ;

---

<sup>49</sup> [www.psycom75.org/Soins-et-accompagnement/Organisation-des-soins-psychiatriques/Les-services-publics-de-psychiatrie-et-la-sectorisation](http://www.psycom75.org/Soins-et-accompagnement/Organisation-des-soins-psychiatriques/Les-services-publics-de-psychiatrie-et-la-sectorisation)

<sup>50</sup> Rapport Couty – Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie – page 17  
Pauline PETTRE

- La maladie mentale peut conduire la personne malade à « troubler l'ordre public ». Aussi toute organisation de l'offre de santé doit proposer des dispositifs prenant en compte cette dimension ;
- La qualité et la sécurité des actions de préventions, de la prise en charge et de l'accompagnement sont garantis par l'action de proximité, pérenne et permanente.

Selon le Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2005-2010, en France, comme dans les autres pays d'Europe, ce sont les médecins généralistes vers lesquels se tournent le plus souvent les patients. On note cependant que par rapport à d'autres pays, les médecins généralistes adressent moins fréquemment leurs patients aux psychiatres ou aux psychologues quelle que soit la pathologie rencontrée. Les professionnels non médicaux, en particulier les psychologues, sont globalement peu impliqués dans la prise en charge des problèmes de santé mentale.

En termes de structures, les centres médico-psychologiques (CMP), qui sont la porte d'entrée naturelle dans le dispositif de soins psychiatriques ne sont pas toujours suffisamment repérés par la population. Les délais pour obtenir un rendez-vous ou une prise en charge sont souvent importants et témoignent d'un fonctionnement parfois inadapté.

Le Plan fait aussi le constat d'un fonctionnement cloisonné de l'offre : des cloisonnements au sein du dispositif de soins mais aussi entre les acteurs sanitaires et les acteurs sociaux, médico-sociaux, éducatifs et judiciaires alors que la prise en charge globale des personnes présentant un trouble mental et/ou en souffrance psychique suppose une bonne coordination de ces interventions. Pour les patients et leurs proches, il en résulte une absence de lisibilité du dispositif, une prise en compte insuffisante des besoins dans leur globalité, des ruptures voire des inadéquations de prises en charge.

## 4 Présentation des activités réalisées au cours du stage

### 4.1 L'évaluation du dispositif « intermédiation locative et handicap psychique » à Marseille

#### 4.1.1 Contexte général dans lequel s'insère le dispositif

- A) Les besoins en logement pour les personnes atteintes d'un trouble psychique en région PACA

L'accès ou le maintien dans un logement, pour lesquels l'accompagnement est essentiel, sont des difficultés majeures à la sortie de l'hospitalisation des patients stabilisés. D'après les enquêtes réalisées (Enquêtes ARH 2005 et 2008 sur les patients hospitalisés en séjours longs en Paca), 20% des patients sont maintenus en hospitalisation par défaut d'une solution en aval. Les patients maintenus en hospitalisation par défaut d'une possibilité de sortie, embolisent les capacités d'accueil et réduisent donc l'accès à une hospitalisation en psychiatrie dans des conditions adéquates.

En 2008, une étude confiée au Pact-13 a mesuré les besoins en dispositifs en aval de l'hospitalisation auprès des secteurs de psychiatrie générale. Outre les dispositifs de logement et d'hébergement, il est nécessaire d'élaborer des mesures pour faciliter l'accès de ce public au logement ordinaire. Le besoin est estimé à une centaine de places/an rien que pour les patients suivis en unités d'hospitalisation temps plein.

Une enquête effectuée à Marseille en Janvier 2011 sur les patients hospitalisés en psychiatrie dans le service public met en évidence que 1 patient sur 3 n'a pas de lieu où habiter.

D'ors et déjà il est important de noter deux objectifs essentiels :

- L'accès ou le maintien dans un logement ;
- L'accompagnement approprié au maintien dans ce logement.

- B) Les objectifs de l'intermédiation locative

Au niveau national, l'objectif de l'intermédiation locative est de mobiliser 5000 logements du parc locatif privé en 2009 pour des ménages en difficulté, en ciblant les territoires où ce dispositif répond le plus aux besoins<sup>51</sup>.

---

<sup>51</sup> Circulaire du 5 mars 2009 pour la relance relative à l'hébergement – page 205  
Pauline PETTRE

Ce dispositif permet :

- La mise en place d'une alternative à l'hébergement hôtelier ;
- Le relogement de ménages sortants de CHRS, ou de centres de stabilisation ;
- La lutte contre l'habitat indigne ;
- La prévention des expulsions locatives ;
- Le développement de formes d'habitats adaptés.

Six régions ont été priorisées pour ce projet, dont la région PACA, où l'objectif est la mobilisation de 500 logements en intermédiation locative<sup>52</sup>.

La volonté de mettre en place un tel dispositif revêt plusieurs finalités :

- Surmonter les réticences des acteurs impliqués dans le logement (bailleurs publics et privés, les communes, ...)
- Surmonter les propres difficultés des publics ;
- Favoriser les sorties réussies des structures d'hébergement et de logement temporaire ;
- Redonner de la fluidité à l'ensemble du dispositif Accueil, Hébergement, Insertion ;
- Proposer un accompagnement adapté à des personnes passant directement de la rue au logement.

### C) Le public visé

Ce dispositif est destiné à accueillir les ménages en capacité d'avoir un logement en autonomie, mais qui nécessitent toutefois un étayage et un accompagnement social pour finaliser l'autonomie.

Les ménages sont identifiés par les équipes<sup>53</sup> :

- de travail de rue ;
- d'accueil de jour ;
- des structures d'hébergement ;
- des gestionnaires de logements temporaires.

Il s'agit de ménages susceptibles d'accéder à un logement, à savoir<sup>54</sup> :

- étant en situation de résider sur le territoire ;
- disposant ou étant susceptible d'ouvrir les droits aux prestations ;

---

<sup>52</sup> Circulaire du 5 mars 2009 pour la relance relative à l'hébergement – page 209

<sup>53</sup> Appel à projet pour la mise en œuvre d'un dispositif d'accompagnement dans et vers le logement dans le département des Bouches du Rhône – page 1

<sup>54</sup> Ibid

- disposant de ressources.

Ce sont des ménages identifiés comme ayant des difficultés importantes rendant problématique leur relogement sans un accompagnement social approprié.

Sont particulièrement concernés dans ce dispositif, les personnes et les familles devant être relogés dans le cadre du DALO (Droit Au Logement Opposable)

#### **4.1.2 L'intermédiation locative et handicap psychique à Marseille : un programme expérimental**

##### A) Les étapes depuis la création du dispositif

Tout d'abord, un appel à projet a été lancé par le préfet de la DDASS des Bouches du Rhône début 2009 pour mettre en place un dispositif d'intermédiation locative, avec deux grands axes :

- La location/sous location dans l'idée d'aboutir à un bail glissant ;
- Le mandat de gestion.

En Juillet 2009, 2 candidats ont été retenus : l'association ADRIM et LA CARAVELLE (aujourd'hui GALILE). Une convention a été établie au 1<sup>er</sup> Octobre 2009 et a pris effet pour une durée de trois ans.

Ces deux associations sont chargées respectivement de capter 100 logements sur un mode de sous-location et 200 logements (100 sur un mode sous-location et 100 en mandat de gestion)

L'objectif poursuivi est de proposer des grands logements (T3, T4 et T5) adaptés aux besoins des grandes familles reconnues prioritaires par la commission de médiation de la loi DALO.

A titre expérimental, l'Etat et la ville ont ciblé 15 logements du programme (5 pour Galilé, 10 pour Adrim) pour des personnes ayant des troubles psychiques, sans logement ou mal logées et suivies en psychiatrie générale du centre-ville.

Le programme démarre en mai 2010 sous la coordination du responsable Atelier Santé Ville Santé mentale de la ville de Marseille.

##### B) Le public visé

Les pilotes ont finalement orienté le programme au profit du public « psy », notamment vers les personnes seules. Cette décision est liée à une constatation : une forte prévalence

parmi les personnes en situation d'exclusion sociale, des pathologies psychiatriques lourdes (entre 30 et 40%), notamment des pathologies schizophréniques et la dépression. Elle fait aussi suite à un diagnostic mené par le PACT 13 en 2009, qui montre qu'une partie des personnes en soin psychiatriques sont exclues de l'accès à un logement ordinaire.

Il s'agit principalement d'hommes seuls, connus des services depuis plusieurs années, en hébergement ou en hôtel meublé, bénéficiaires de l'AAH (Allocation Adulte handicapés), et qui, malgré des tentatives répétées, se retrouvent exclus de l'accession à un logement ordinaire.

Les critères relevés pour accéder à un logement dans ce dispositif sont :

- l'aptitude de la personne à intégrer un logement ordinaire ;
- l'état psychique de la personne ;
- l'antériorité dans un logement ordinaire ;
- le soutien familial ;
- les contraintes financières imposées par les logeurs.

Pour chaque ménage validé, un professionnel référent est désigné.

### C) Les objectifs du dispositif

Ce programme a pour objectif principal d'éviter l'exclusion des personnes suivies en psychiatrie publique, mal logées ou à la rue, de l'offre en logement ordinaire, alors que ces personnes sont en capacité de vivre dans ce type d'habitat sous réserve d'un accompagnement adapté.

Ainsi, ce dispositif permet d'éviter :

- l'allongement d'hospitalisation sans nécessité thérapeutique ;
- le renvoi de patients après hospitalisation dans des domiciles inadaptés (insalubrité, conflits familiaux,...) ;
- le recours à l'hôtel meublé ;
- l'hébergement en CHR...

Toutes ces situations inadaptées peuvent mettre en péril la stabilité de l'état de santé des patients.

De plus, l'intérêt du dispositif est de construire des passerelles entre les différents objectifs des plans nationaux, régionaux et locaux et de développer des partenariats entre la psychiatrie publique et les associations d'aide au logement.

D) En pratique, comment ça marche ?

Le principe d'action est une aide à la gestion locative ainsi qu'un accompagnement social et sanitaire adapté au cas par cas, selon les besoins réels.

La convention passée en 2009 entre l'Etat et les opérateurs fixe les conditions d'application du dispositif :

- Les opérateurs du dispositif disposent d'un contrat de location auprès du propriétaire ;
- Les opérateurs du dispositif concluent un contrat de sous-location avec les ménages ;
- Le ménage peut percevoir une allocation logement CAF ;
- L'opérateur fixe la redevance due par le ménage occupant, charges comprises et après aide au logement, à 30% de ses ressources ;
- La durée du contrat de sous-location est d'un an renouvelable.

E) Les secteurs géographiques concernés

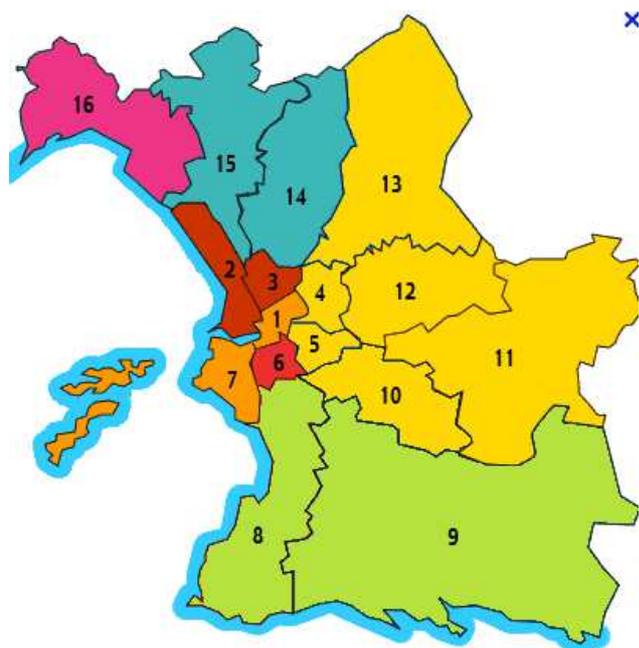
Les secteurs de psychiatrie générale mobilisés sur ce projet couvrent un territoire particulièrement marqué par la précarité : pauvreté massive, difficultés d'insertion professionnelle, rupture du lien social, habitat déqualifié, situation critique des jeunes ménages, etc.

Le projet concerne donc le secteur 11 et le secteur 12 de psychiatrie générale.

Le secteur 11 comprend le 1<sup>er</sup> arrondissement et une partie du 2<sup>e</sup> arrondissement.

Le secteur 12 comprend l'autre partie du 2<sup>e</sup> arrondissement ainsi que le 3<sup>e</sup> arrondissement.

## Représentation géographique :



Source : <http://www.aismt13.fr/index.php?page=centres-marseille>

### F) Le pilotage du programme

Localement, ce dispositif est piloté par la Direction Départementale de la Cohésion Sociale 13 en collaboration avec le service logement de la Préfecture, le service habitat de la Direction Départementale de l'Équipement (DDE) et le Conseil Général 13.

### G) Le financement

Le financement est obtenu par un appel à projet initié dans le cadre du Plan de relance de l'économie et du volet relatif à l'hébergement.

L'aide financière apportée par l'Etat a été fixée pour l'exercice 2009 à 52.022 euros. Cette aide permettra de prendre en charge tout ou partie des frais suivants : prospection, gestion locative, accompagnement social, ainsi que, pour le propriétaire, garantie contre la vacance et les impayés de loyer.

### H) L'animation

L'action a mobilisé plusieurs services :

- Les deux opérateurs en charge de l'intermédiation locative : le GCS GALILE et l'association ADRIM ;
- Les deux secteurs de psychiatrie générale du centre ville CHS Edouard Toulouse : secteurs 11 et 12 ;
- Le SAMSAH Antonin Artaud CHS Edouard Toulouse ;

- Le SAVS association Espoir Provence.

La coordination est assurée par le coordinateur ASV santé mentale.

#### l) Les moyens humains mis en œuvre

Au total, 24 professionnels œuvrent autour du projet expérimental :

- 7 assistantes sociales ;
- 3 psychiatres ;
- 4 éducateurs spécialisés ;
- 2 infirmières ;
- 2 CESF (conseillers en économie sociale et familiale) ;
- 1 responsable intermédiation locative (CGS Galilé) ;
- 1 responsable suivi social (ADRM)
- 1 responsable SAMSAH ;
- 1 chargé d'opération (ADRM) ;
- 1 coordinateur ASV Marseille ;
- 1 secrétaire.

### **4.1.3 L'évaluation du dispositif d'intermédiation locative**

#### A) Méthodologie

Quatre ans après sa mise en place, une évaluation du dispositif est nécessaire. Dans ce but, la ville a mandaté le laboratoire de santé publique de Marseille pour réaliser une évaluation de l'action. Cette étude n'a finalement pas vu le jour.

J'ai donc été chargée de réaliser cette évaluation, qui comporte trois volets :

- Une évaluation de l'organisation et des outils de fonctionnement du dispositif ;
- Une évaluation du travail de partenariat engagé par les différents acteurs ;
- Une évaluation qualitative et quantitative des ménages logés dans le dispositif, qui permet de donner une meilleure lisibilité des situations individuelles.

Concernant les deux premiers volets, il m'a semblé nécessaire de développer mes connaissances concernant :

- L'utilisation réelle des outils de fonctionnement ;
- Les besoins des équipes pour le développement de nouveaux outils de coordination ;
- La méthode de travail pour le suivi des ménages ;
- Les liens des acteurs du projet entre eux ;

*Pauline PETTRE*

- L'état des lieux de la coordination, et le recueil du ressenti de chacun par rapport au dispositif.

Concernant l'évaluation qualitative et quantitative des ménages logés, j'ai réalisé un bilan des parcours individuels par la création d'un tableau récapitulatif. Ce travail m'a permis d'établir un état des lieux des différentes prises en charge.

Pour chaque personne, j'ai recueilli les données suivantes :

- Données de situation individuelle :
  - o Eléments contextuels : âge, revenus, protection juridique, situation familiale, nature du soutien familial et amical, situation professionnelle ;
  - o Modalités d'accompagnement : secteur de prise en charge, parcours de soins, suivi médical / social / médico-social ;
  - o Capacités / Aptitudes de la personne ;
  - o Difficultés / Contraintes de la personne ;
  - o Les différents projets (actuels ou futurs) de la personne.
- Données concernant le logement :
  - o Parcours logement ;
  - o Logement actuel : date d'entrée dans le logement, adresse, opérateur logement, prix du loyer, taux d'effort des ménages, nombre de pièces, type de location, avantages et inconvénients repérés du logement ;
  - o Vécu dans le logement ;
  - o Problèmes rencontrés.

J'ai réuni l'ensemble des données à travers les comptes rendus des réunions de commission, les fiches d'analyse de situations et la réalisation d'entretiens auprès des professionnels de terrain.

J'ai réalisé mes entretiens avec les personnes suivantes :

Structure	Nom des personnes rencontrées	Date
CMP Secteur 11	Farida Agoudjil (assistante sociale)	Mercredi 27 Mars 15h30 – 17h30
	Constance Dalli (assistante sociale)	
	Gaelle Nayette (infirmière)	
CMP	Marielle Chevalier (Educatrice spécialisée)	Jeudi 14 Mars 14h-15h et

Secteur 12	Stéphane Quilichini (médecin psychiatre)	Lundi 18 Mars 9h30-10h30 Jeudi 28 Mars 18h-19h
Opérateur Galilé	Marie-Hélène Da Lomba (CESF) Coralie Martel (CESF) Capucine Milhau (CESF)	Vendredi 29 Mars 13h30-15h30 Lundi 8 Avril 14h-16h
Opérateur Adrim	Sam Benhamed (référent social)	Vendredi 5 Avril 11h30-12h
SAMSAH	Equipe au complet: Frédéric Beddeleem (éducateur spécialisé), Marie Boughdiri (assistante sociale), Djawad Gerroudj (médecin psychiatre), Jeanne Sanchez (infirmière)	Mercredi 3 Avril 11h-12h30
SAVS	Philippe Delannoy (éducateur spécialisé) Frédéric Bcasco (éducateur spécialisé)	Mercredi 27 Mars 9h30-10h30

## B) Présentation des résultats

### a) Une évaluation de l'organisation et des outils de fonctionnement

Pour que ce dispositif fonctionne, il nécessite une **coordination** entre les différents acteurs (ARS, services du Conseil Général, service de la santé publique de la mairie, médecins responsables de secteur, ...). Ainsi, des réunions entre le coordinateur de l'Atelier Santé Ville (ASV) Santé Mentale et les professionnels en charge du programme « Intermédiation Locative des Bouches du Rhône » sont mises en place chaque année afin de faire un bilan des actions mises en œuvre.

Tous les mois sont mises en place des **réunions de commission** (1/2 journée) dont l'objectif est de rendre opérationnelle l'articulation entre les opérateurs du logement et les professionnels du champ sanitaire et médico-social en développant un cadre de référence commun : interconnaissance mutuelle, outils d'analyse pour évaluer conjointement la capacité d'un ménage à accéder à un logement autonome, élaboration d'outils pour le partage de l'information et la coordination,...

Elles ont pour objet de :

- Connaître les besoins en logement ordinaire pour le public cible (typologie, prix, situation, indications particulières...);

- Présenter et valider des ménages (besoin, composition du ménage, situation sociale, ressources...). Il s'agit de retenir des ménages capables d'habiter un logement ordinaire ;
- Positionner des ménages. Il y a positionnement lorsqu'un logement est proposé à un ménage préalablement validé par les membres de la commission ;
- Pour le suivi des ménages bénéficiaires :
  - ✓ S'assurer du bon déroulement de la gestion locative et de l'accompagnement social, médico-social et sanitaire ;
  - ✓ Présenter de manière synthétique les événements importants et aborder les principales difficultés rencontrées. Il s'agit de donner des éléments utiles, d'établir des liens entre les partenaires et d'évaluer l'impact des actions sur la personne ;
  - ✓ Pour les problèmes non résolus, proposer un plan d'actions à mettre en place auprès du ménage et partager les tâches entre les différents intervenants ;
- Partager des expériences avec les autres équipes (connaissances sur la pathologie,...), instance de réflexion.

Un bilan écrit est rédigé par le coordinateur ASV à chaque réunion et envoyé par mail aux différents membres de la commission.

Lors de mes observations au cours des réunions de commission et selon les dires des professionnels, j'ai pu relever les points suivants :

- Les CMP ne préparent pas en amont la réunion de commission de manière systématique. Cette préparation se fait plus de manière informelle, sans être programmée. Ceci peut fonctionner si le CMP est suffisamment représenté lors de la réunion. Par contre, cela pose problème lorsque par exemple il n'y a qu'une seule personne qui représente la structure. Par exemple, pour un patient, nous voyons que les informations entre l'opérateur Galilé et le CMP diffèrent (pour un il a été hospitalisé, pour l'autre il n'y a rien à signaler) ;
- Parfois il n'y a aucune personne représentative d'une structure, ce qui entraîne une absence de réponses à certaines difficultés rencontrées.

Des outils ont également été mis en place pour faciliter la coordination :

- Un **protocole de fonctionnement** (présentation/validation/positionnement des ménages) qui récapitule les différentes étapes pour l'entrée d'un ménage dans le dispositif ;
- Une **liste des membres de la commission** pour les prises de contact en dehors des réunions. Au vu d'un turn-over important des professionnels, celle-ci est réactualisée systématiquement tous les deux mois ;
- Un **outil d'analyse des situations** commun aux acteurs du logement et les professionnels de secteur, avec des informations de nature administrative (Nom du ménage, composition familiale, ressources financières), sociales (suivi), sanitaires, ainsi que des observations faites sur la capacité du ménage à gérer l'appartement de manière autonome, la capacité à gérer les ressources financières et la capacité d'intégration dans le quartier.

Cet outil d'analyse est concrétisé par un document généralement rempli par les assistantes sociales de secteur, en présence ou non des patients. Il doit être utilisé pour la présentation des ménages susceptibles de rentrer dans le dispositif, lors des commissions mensuelles. Ce document est principalement utilisé par le CMP et les opérateurs logement et il est rempli systématiquement. Les professionnels sont satisfaits de l'outil, le trouvent fonctionnel, complet et synthétique. Il leur permet une meilleure connaissance de la personne (capacités d'autonomie ou d'adaptation, par exemple, pour le médecin).

Cependant, ce document n'est rempli dans les CMP que par les assistantes sociales. Certains professionnels en ont connaissance mais ne l'utilisent pas. De plus, cet outil n'est pas toujours utilisé pour présenter les ménages lors des réunions de commission. Il existe un risque d'oublier de donner certaines informations importantes. C'est aussi un manque pour les opérateurs qui ne peuvent pas s'aider de cet outil pour leur entretien diagnostic.

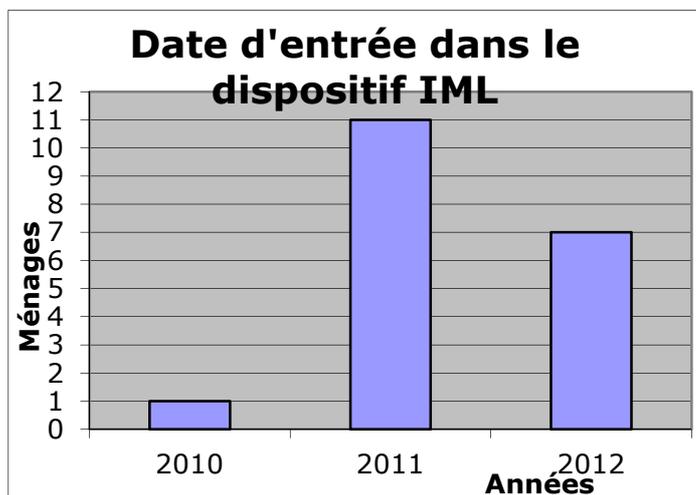
Concernant l'avis des assistantes sociales : certaines cases sont parfois difficiles à remplir face à des patients qui ont des difficultés à s'exprimer.

b) Une évaluation de la situation des ménages

**Caractérisation du public logé**

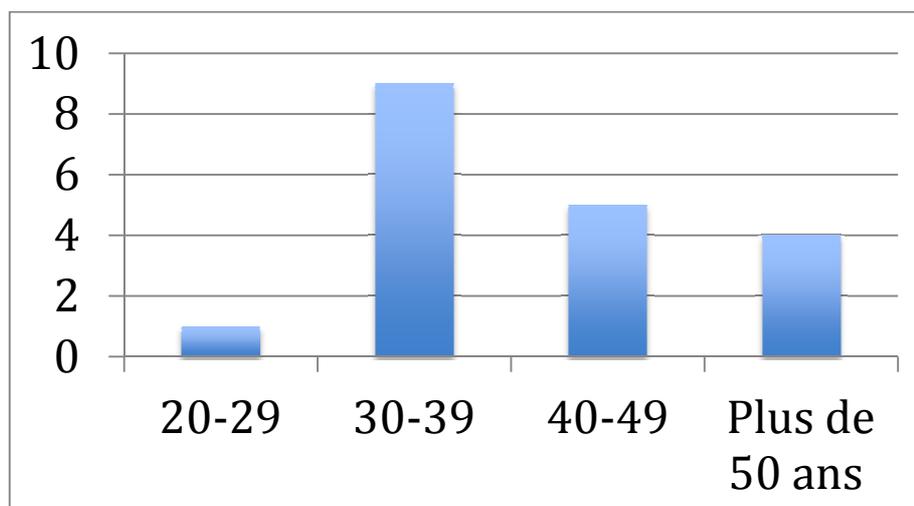
*Nombre de personnes logées*

En date de la commission du 4 Mars 2013, le programme a permis à 19 ménages présentés et accompagnés par la psychiatrie de secteur d'accéder à un logement ordinaire.



Neuf ménages sont logés par l'opérateur ADRIM, dont sept en sous-location et deux en bail direct. Ce sont uniquement des personnes seules (8 hommes, 1 femme). Dix ménages sont logés par l'opérateur GALILE en sous-location : 7 hommes seuls, 1 femme seule et 2 familles (femme seule + deux adolescents / Couple + 2 enfants en bas âge).

*L'âge des bénéficiaires*



### *La situation professionnelle*

Aucun ménage n'a une activité professionnelle rémunérée à temps plein.

Néanmoins, quatre ménages réalisent ou ont réalisé, depuis leur entrée dans le dispositif, des formations professionnelles et des stages (menuiserie, boulangerie, espaces verts, maçonnerie, etc.) au sein d'établissements ou services d'aide par le travail (ESAT).

Trois autres ménages suivent régulièrement des activités dans des lieux de soins (cafétéria de l'hôpital Edouard Toulouse, Atelier Thérapeutique du CMP Belle-de-Mai), dont un qui soutient une activité rétribuée depuis plus de 6 mois.

### *La situation familiale*

Parmi les 19 ménages, 16 sont des personnes célibataires et 3 vivent en concubinage. Un ménage connaît une situation problématique : M. S. connaît de nombreux conflits avec sa compagne comportant des épisodes de violences ; Mme est décrite par les équipes comme étant instable (agressivité, refus du soin, ...).

Sept ménages ont des enfants :

- Deux ménages vivent avec leurs enfants (parmi ces deux ménages, une famille connaît des difficultés dans l'éducation des enfants, d'où la mise en place d'une AEMO) ;
- Un ménage a une fille placée en famille d'accueil : Me T. rencontre sa fille à la Maison Départementale des Solidarités une fois par semaine en visite médiatisée. Elle la reçoit aussi parfois directement à son domicile ;
- Un ménage a un enfant de 18 ans placé en foyer : M. n'avait plus de liens avec son fils. Il a tenté d'en recréer avec l'aide des professionnels du CMP et de la MDS. Des visites médiatisées ont été mises en place. Celles-ci ont été stoppées car M. ne venait plus aux visites suite à un épisode de décompensation (rupture de traitement). Les équipes ont tenté de proposer de nouveaux rdv, mais son fils ne souhaite plus le revoir. Le CMP joue sur la carte temps pour l'aider à accepter la situation ;
- Deux ménages où les enfants sont restés au pays avec le reste de la famille (Guyane et Mali) ;
- Un ménage où les enfants sont restés avec la mère (divorce).

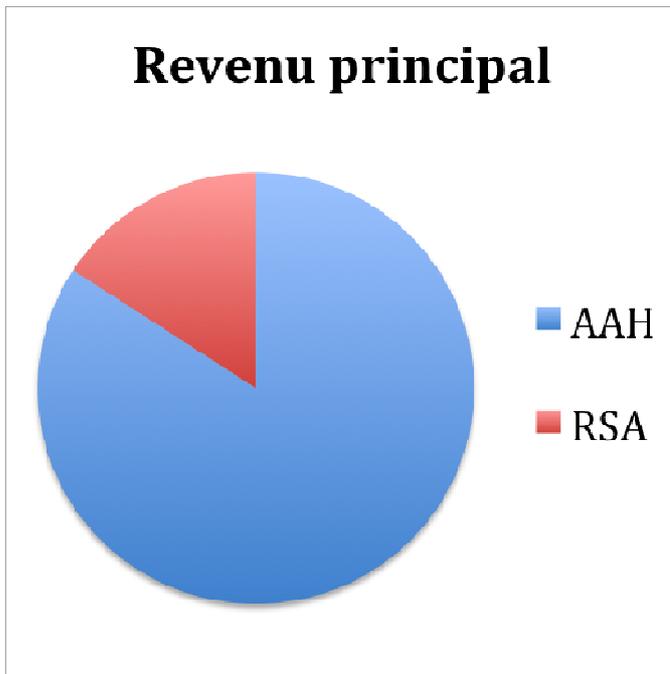
Treize ménages ont de la famille présente sur Marseille : le soutien apporté par les familles comporte à la fois des aspects positifs (aide au maintien dans la réalité, lien social, aide pour les tâches ménagères,...) et négatifs (pressions, conflits familiaux), selon la qualité de leurs relations et la compréhension de la famille vis à vis de la pathologie.

Pour plusieurs ménages, la qualité des relations fluctue en fonction de leur état psychique avec des périodes de rupture.

Six ménages n'ont aucune famille présente sur Marseille. Parmi eux :

- Trois ménages sont en situation d'isolement social (Ex. M. P. : sort peu de chez lui, dort toute la journée) ;
- Deux ménages sont inclus dans des GEM ;
- Un ménage avec un bon réseau social.

### Les revenus des ménages

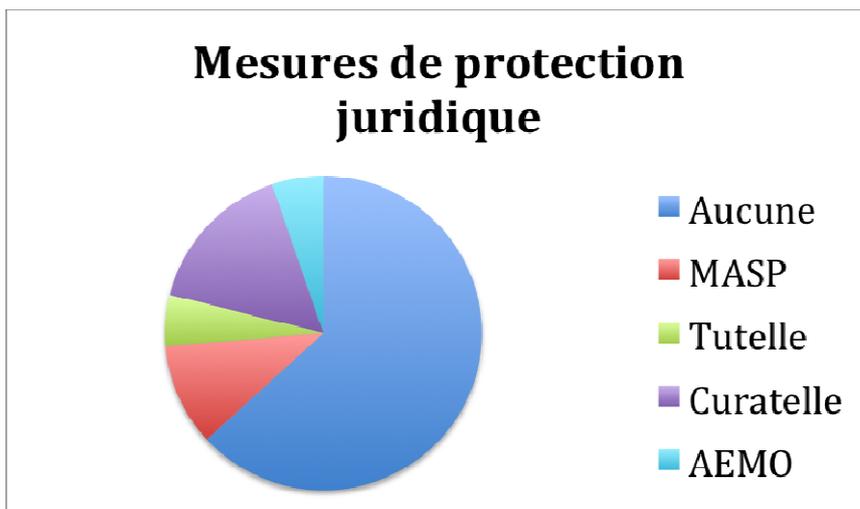


Concernant les revenus, tous les ménages sont bénéficiaires des allocations pour le logement.

Parmi les 19 ménages, 16 bénéficient de l'Allocation Adulte Handicapé (AAH) et 3 bénéficient du Revenu de Solidarité Active (RSA).

Par ailleurs, 11 ménages bénéficient de revenus supplémentaires : Fond Solidarité Logement (5 ménages), Prestation de Compensatoire de Handicap (1), Allocations familiales (1), Prestation d'Accueil du Jeune Enfant (1), Pension d'invalidité (1) et Pension alimentaire (1). Un seul ménage bénéficie d'un salaire lié à une activité salariée.

### La protection juridique



12 ménages n'ont aucune protection juridique.

Pour les autres :

MASP : 2 ménages

Tutelle : 1 ménage

Curatelle : 3 ménages

AEMO : 1 ménage

## Les personnes et leur logement

### *Nombre de logements occupés*

En date de la dernière commission du 4 Mars 2013, 17 logements sont occupés.

Parmi les 19 bénéficiaires, trois ménages (hommes seuls) ont mis fin au contrat de sous-location et sont sortis du dispositif. Tous trois n'avaient jamais occupé de logement autonome.

Selon les dires des professionnels, les raisons évoquées sont les suivantes :

- Pour M. BH :
  - o Difficultés à investir le logement : investit très peu en terme d'argent pour l'immobilier ;
  - o Sentiment de solitude ;
  - o Monsieur se plaint des conditions du logement (petit, vis à vis, bruyant) et peu adapté à ses besoins (éloigné du centre-ville).
- Pour M. G :
  - o Projet logement insuffisamment travaillé : un essai suite à une hospitalisation ;
  - o Etat psychique trop instable entraînant un manque de confiance ; le suivi est difficile (hermétique à la discussion) ; refus des aides qui lui sont proposées ;
  - o Le patient n'arrive pas à tirer bénéfice du logement et le voit plus comme une source de complications.
- Pour M. I : mauvaises conditions de logement :
  - o Logement insalubre (rempli de cafards,...) ;
  - o Environnement difficile : conflits de voisinage, bagarres au couteau au sein de la résidence, piratage EDF ;
  - o Réel impact sur sa santé, ce qui a nécessité une hospitalisation ;
  - o Doit donc retourner à la résidence accueil de l'Armée du Salut.

Pour des raisons relativement équivalentes à celles de M. I, un quatrième ménage souhaite quitter le logement. Ce monsieur se plaint de l'environnement dégradé (trafic d'armes et de drogues) et du bruit (trafic de voitures, cloisons fines).

Par ailleurs, pour des raisons liées à des problèmes techniques, 2 personnes ont été relogées.

Pour M. S, le relogement a été une étape difficile car des travaux de peinture se sont avérés nécessaires. Monsieur a montré des capacités de résistance et d'engagement en participant aux travaux tout en étant la journée à un stage au centre Phocée. Enfin, un ménage risque

de devoir quitter le logement (mise en vente de l'appartement par le propriétaire) et les professionnels redoutent des conséquences néfastes pour sa santé psychique.

Les personnes actuellement logées dans les appartements sont majoritairement satisfaits de leur logement et s'y investissent. En plus de la qualité de l'appartement en lui-même, l'environnement semble être un élément important de leur appréciation : qualité des relations avec le voisinage, quartier agréable, etc.

Pour un ménage (homme seul), alors que les équipes étaient plutôt pessimistes, le maintien durable dans son logement a été possible grâce à un accompagnement soutenu par le Samsah.

Les équipes évaluent le degré d'investissement selon divers critères : l'appropriation de l'espace, l'achat de mobilier, la façon de décorer l'appartement (degré de personnalisation de l'appartement), les opérations de bricolage, etc.

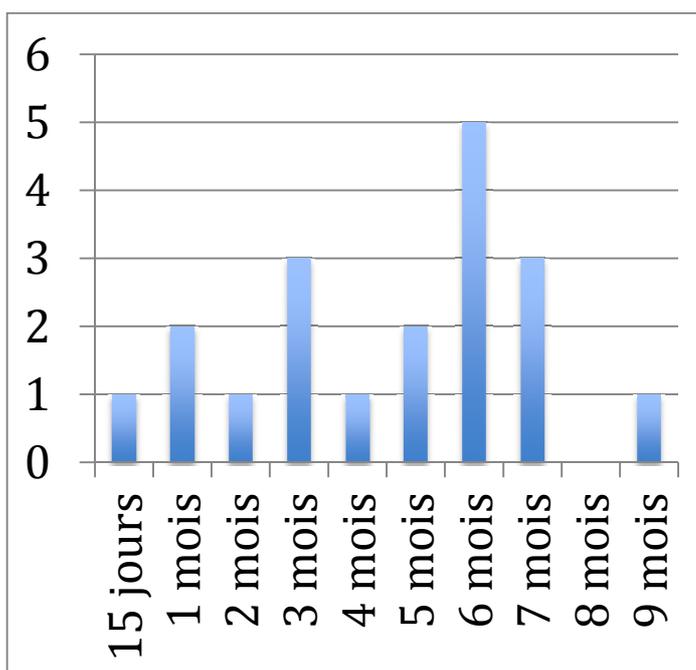
Notons néanmoins quatre situations problématiques :

- La Famille B. : problèmes de relations avec le voisinage (nuisances sonores réelles, mais dramatisées par la famille) ;
- Monsieur S. : problème d'investissement dans le logement (vit chez sa compagne, garde le logement comme une sécurité) ;
- Monsieur P. : contrariété lié à des problèmes techniques récurrents dans le logement ;
- Madame D.B. : lors d'un épisode de décompensation, Me a eu des relations conflictuelles avec ses voisins. Actuellement hospitalisée, Me éprouve un sentiment de honte à retourner vivre chez elle.

### *Le temps d'attente pour l'accès à un logement*

Le temps d'attente entre la demande effective et l'entrée dans le logement peut aller de 15 jours à 9 mois. La moyenne d'attente est d'environ 4,6 mois.

Le graphique ci-dessous présente le nombre de ménages (en ordonnée) et le nombre de mois attendus (en abscisse) entre la demande et l'accès au logement :



#### *Le taux d'effort des ménages*

Pour les ménages suivis par l'ADRIIM, les données n'ont pas pu m'être transmises. Pour les ménages suivis par GALILE, la participation au financement du loyer ne dépasse jamais les 30%, allant de 12,5 à 29%. La moyenne est de 17,8%.

#### *La taille des logements*

Ce dispositif permet surtout de répondre aux besoins de logements de petite taille, avec 15 logements de type studio. Deux autres sont de type T2 et deux de type T3.

La proposition de logements de type T2 est problématique car demande un taux d'effort trop élevé pour les ménages.

Les opérateurs du logement ont également choisi de ne pas proposer davantage de logement de grande taille pour les publics santé mentale, par souci des risques locatifs encourus, l'étayage d'une famille étant plus important que pour une personne seule. Il y a pourtant une demande d'accès à ce type de logement comme l'ont régulièrement souligné les équipes de psychiatrie.

#### *Le parcours logement*

Parmi les 19 ménages, 14 d'entre eux ont déjà vécu au moins une fois dans leur vie en logement autonome, dont 4 en appartement associatif.

Malgré ce constat, la plupart des ménages ont connu un parcours chaotique :

- Neuf ménages sont passés par des structures d'hébergements spécialisés (CHRS, foyer) ;
- 7 ont déjà vécu en hôtel meublé ;
- 6 ont été hébergés chez un ou des membres de leurs familles ;
- 6 ont vécu des moments d'errance dans la rue ;
- 6 ont été hospitalisés pendant plusieurs années, et ont donc généralement perdu leur logement.

Dans plusieurs cas, les personnes entrent dans le dispositif d'intermédiation locative à cause des mauvaises conditions d'habitat : insalubrité du logement, travaux nécessaires qui ne sont pas réalisés, logement trop petit, douche et cuisine hors du logement. Dans d'autres cas, la problématique est l'impossibilité d'accéder à un logement : refus des propriétaires ou des agences de locations, sortie d'hospitalisation sans solution en aval, etc.

### *Les difficultés rencontrées au sein du logement*

Plusieurs ménages ont rencontré des difficultés dans leur logement :

- Problèmes techniques (problèmes de plomberie, perte des clés, humidité, nécessité de travaux de réparation et de rénovation) : 13 ménages
  - Par exemple M. P. a rencontré beaucoup de problèmes avec l'appartement (pas de chauffage pendant les mois d'hiver, salle de bains bouchée,...). Les différents interlocuteurs lui ont donné des explications contradictoires, ce qui a contribué à renforcer son sentiment de persécution et à dégrader son état de santé psychique ;
- Problème d'hygiène dans l'immeuble (cafards, rats) : 1 ménage ;
- Vol / Vandalisme : 2 ménages (piratage compteur électrique, etc.).

Avec l'opérateur ADRIM, plusieurs difficultés ont été rencontrées :

- RDV ratés, parfois appartements sales au moment de la visite, état des lieux dans un autre appartement,... ce qui entraîne une angoisse supplémentaire pour le patient : manque de confiance en l'Adrim, sentiment de dépendance et d'absence de maîtrise des événements ;
- 2 cas particuliers :
  - ✓ Melle T. : entrée dans l'appartement retardé (appartement squatté et dégradé avec nécessité de travaux de réparation), informations contradictoires données, avis d'expulsion du SIRES à tort, mise en

- vente du logement, trop perçu de la part du SIRES,... Cette multiplication d'erreurs ont aggravé son sentiment de persécution ;
- ✓ M. L. : n'est pas rentré dans le bon appartement et a du déménager

Par ailleurs, 4 ménages n'ont pas réussi à bien gérer leur budget et ont présenté des dettes locatives auprès des bailleurs.

Les opérateurs du logement ont également rencontré des problèmes éthiques concernant la garde du double des clefs : pour un ménage, le service technique est apparemment rentré dans son appartement pour réparer le tuyau de la salle de bains sans informer M.

### **L'accompagnement des ménages**

Pour certains patients présentant des pathologies sévères, l'accompagnement conditionne le maintien dans le logement. Différentes expériences mettent en évidence que même avec des pathologies assez importantes, les personnes peuvent vivre dans la Cité si un soutien conséquent est organisé.

Développer l'accompagnement améliore la qualité de vie de ces personnes.

Pour le dispositif d'intermédiation locative, l'accompagnement proposé est à la fois médical, social et médico-social.

### *L'offre de soins psychiatriques*

**L'offre de soins psychiatrique** est réalisée par deux secteurs de psychiatrie générale de Marseille (secteur 11 et 12). Quinze ménages sont suivis par le secteur 12 et 4 ménages par le secteur 11. L'ensemble des professionnels du soin accordent de l'importance à l'instauration d'un lien de confiance pour une meilleure adhésion aux soins. Dans la mesure du possible, les décisions sont prises avec l'accord de la personne, afin de favoriser l'alliance thérapeutique.

Les ménages inclus dans le dispositif IML sont généralement connus des services de soins depuis de nombreuses années, avec 11 ménages suivis depuis plus de 7 ans. Pour 4 autres ménages, le suivi a débuté depuis 2 à 7 ans, pour 4 autres depuis moins de deux ans. Le suivi débute le plus souvent par une hospitalisation au sein de l'hôpital Edouard Toulouse.

Lors de l'entrée du ménage dans le logement, un rendez vous tripartite CMP/bailleur/ménage est obligatoire. Par la suite, le suivi est ambulatoire pour l'ensemble

des ménages avec la mise en place de consultations régulières avec un médecin psychiatre, allant de une fois par mois à une fois tous les trois mois. Pour certains nécessitant un suivi plus rapproché, des consultations avec un psychologue et/ou un infirmier sont proposées. Des visites à domicile peuvent également avoir lieu, notamment lorsque l'état psychique de la personne est instable et/ou que l'adhésion aux soins reste fragile.

Les professionnels du sanitaire (CMP + SAMSAH) orientent leur travail avec les personnes autour des axes suivants :

- L'acceptation de la maladie ;
- La compréhension des symptômes ;
- L'observance du traitement ;
- Le lien entre la personne et son environnement, notamment familial et social ;
- L'évaluation de l'état psychique ;
- Les projets de vie ;
- L'Accompagnement et le suivi pour les soins somatiques ;
- L'aide à la régulation des problématiques d'addiction.

### *Le suivi social*

Concernant **le suivi social**, celui-ci est assuré par les assistantes sociales du CMP ainsi que par les CESF travaillant au sein du GCS Galilé.

Les assistantes sociales du CMP régulent le suivi en fonction des besoins de la personne : pour les ménages nécessitant un suivi régulier, des rendez-vous sont fixés de façon hebdomadaire ou mensuelle au sein du CMP. Pour d'autres ménages, le RDV avec une assistante sociale est fixé à la demande de la personne. La régulation du suivi social est déterminée par l'adhésion de la personne au suivi proposé par le CMP et ses capacités dans la gestion des tâches administratives.

Le suivi des CESF est réalisé à la fois par des visites à domicile et des entretiens téléphoniques. Les ménages ont également la possibilité de se rendre à leur bureau pour toute question concernant le logement ou pour régler des démarches administratives (paiement du loyer, etc.).

Les opérateurs de l'ADRIAM ne réalisent pas ou peu de suivi social régulier.

Pour les personnes nécessitant un accompagnement supplémentaire, une aide du SAMSAH ou du SAVS peut être engagée à la demande du médecin référent. La personne doit adhérer au projet de suivi. Celui-ci permet de fournir un étayage plus important auprès des

ménages. S'adressant à des adultes en situation de handicap, cet accompagnement adapté les aide à réaliser leur projet de vie et favorise ainsi leur insertion en milieu ordinaire.

Deux ménages ont bénéficié d'un suivi par le SAVS, interrompu à leur demande dans les deux cas.

Quatre ménages bénéficient ou ont bénéficié d'un suivi par le SAMSAH. Pour un ménage, le suivi a été stoppé fin Décembre 2012.

Les SAMSAH et SAVS sont beaucoup plus présents au niveau de l'accompagnement de la personne au quotidien. Ils se rendent régulièrement au domicile, généralement une fois par semaine.

Concernant le SAVS Espoir Provence, un outil est utilisé pour mieux cibler les besoins : « le descripteur de compétences sociales ». Il permet d'observer les compétences des personnes pour ensuite améliorer les points faibles. De plus, une synthèse annuelle est mise en place pour voir ce qui a bien ou mal fonctionné et construire un projet personnalisé.

Globalement, les thèmes d'intervention dans le domaine du social sont les suivants :

- Travail autour de la personne :
  - o Travail de renarcissisation ;
  - o Lutte contre l'isolement et le repli sur soi ;
  - o Aide à l'acquisition des habiletés sociales ;
  - o Accompagnement pour les soins somatiques ;
  - o Aide à l'acquisition d'une autonomie ;
  - o Travail autour du lien, aide à avoir une accroche avec le soin ;
  - o Accompagnement dans l'hygiène alimentaire ;
- Un accompagnement dans la gestion du quotidien (aide pour les courses, achat de matériel, ...) ;
- Un accompagnement dans l'éducation des enfants ;
- Une aide à la connaissance des droits du locataire ;
- Une aide dans les démarches administratives :
  - o Aide pour remplir les dossiers administratifs ;
  - o Travail sur la mise en place d'outils (exemple : mise en place d'un calendrier pour se rappeler des différentes démarches à faire) ;
  - o Veille dans la mise en œuvre ;

- Une aide dans la gestion du budget (par exemple par l'établissement d'un échéancier, etc.) ;
- Une aide pour l'appropriation du logement : discussion avec la personne pour savoir comment elle se sent dans son logement ;
- L'accompagnement dans l'occupation du logement :
  - o Entretien du logement ;
  - o Aide dans la gestion technique de l'appartement (ex : changement d'un néon : aide à l'achat, explications sur l'installation, ... ) ;
  - o Aide pour l'ameublement (trouver des meubles, les acheter, ... ) ;
  - o Aide au déménagement ;
- Gestion des problèmes avec le voisinage ;
- Travail de médiation avec les divers partenaires (travail de destigmatisation : aide pour porter un autre regard, changement des représentations négatives, ... ) ;

Les interventions sont adaptées selon les demandes de la personne et selon ce qui est observé par les équipes tout au long du suivi.

### *Constats dans le suivi et la prise en charge*

Globalement, les relations entre professionnels et les usagers sont de bonne qualité. Avec le temps, plusieurs ménages comprennent de mieux en mieux la nécessité d'un accompagnement, afin d'acquérir de l'autonomie dans la gestion de leur logement et y vivre de façon sereine. La présence des divers professionnels constitue un point de repère pour les personnes. Par exemple, une CESF explique : « Si Monsieur F. rencontre un problème technique avec l'appartement, il sait qu'il peut faire appel à nous ».

Le dispositif permet également une adaptation de la prise en charge en fonction des besoins de la personne, notamment lors des phases les plus difficiles. Par exemple lors de l'entrée dans le logement, les équipes sont particulièrement présentes (apaisement des angoisses, aide à accepter la solitude, etc.).

Néanmoins, pour plusieurs ménages, une prise en charge continue n'a pas été possible, pour deux raisons :

- Voyages fréquents dans leur pays d'origine (concerne deux ménages) ;
- Des épisodes de décompensation psychique pendant l'habitat dans le logement entraînant : absences dans le logement, non réponse aux courriers, absence aux

RDV fixés par les équipes. Pour six ménages, ces périodes de rupture ont été suivies d'hospitalisations.

Par ailleurs, les professionnels se heurtent dans plusieurs cas à des refus des ménages dans la mise en place d'un étayage supplémentaire de type Samsah ou Savs. Ces situations sont problématiques dans la mesure où le maintien dans le logement est remis en cause. Par exemple, M. T. a souhaité stopper le suivi avec le Samsah, alors qu'il est dans l'incapacité d'entretenir son logement seul. Pour Monsieur I. : le suivi SAVS était une condition pour l'accès à un logement en IML ; il a souhaité le stopper au bout d'une année, car il le vivait dès le départ comme une injonction thérapeutique. Les équipes du SAVS reconnaissent que cette perception est un obstacle et donne moins de sens au suivi de la personne.

Les professionnels du GCS Galilé expriment des difficultés à prendre en charge ces personnes, pour trois raisons essentielles :

- le manque de clarté dans la définition des axes de travail autour de la personne. Ils ne savent pas comment intervenir face à des publics ayant de faibles demandes ;
- les visites à domiciles sont parfois vécues par les personnes comme une intrusion dans leur vie ou une contrainte (caractère obligatoire de cette mesure) ;
- L'établissement de liens de qualité avec les ménages « santé mentale » est plus difficile que pour les autres ménages suivis en intermédiation locative. Par exemple, Monsieur B. : son instabilité psychique rend la relation difficile : il parle beaucoup, passe d'une idée à l'autre, ... L'adhésion à l'accompagnement est plus fragile.

Les opérateurs logement expriment par ailleurs un manque de soutien par les professionnels des CMP. Ils leur demandent davantage de présence et de veille sanitaire auprès des ménages, notamment ceux n'ayant pas de suivi Samsah ou SAVS. Cette vision peut s'opposer à celle des professionnels des CMP qui considèrent que le patient doit jouir d'une liberté dans son suivi.

Les professionnels de santé ne ressentent pas une charge de travail supplémentaire mais soulignent la nécessité de revoir et d'adapter l'organisation du travail, notamment pour mieux coordonner la prise en charge de la personne (présence aux réunions de commission, articulation des acteurs entre les commissions, répartition des tâches, etc.).

## **L'accès au logement : une aide à la création d'un environnement favorable**

L'accès au logement a permis à certains patients de définir de nouveaux projets de vie et de s'y investir. Nous avons pu constater pour de nombreux ménages quatre points d'amélioration : le maintien dans le soin, le retissage des liens familiaux, l'amélioration de la vie sociale et l'insertion professionnelle.

### *Le maintien dans le soin*

Accéder à un logement et s'y maintenir sont des objectifs prioritaires qui conditionnent et permettent la continuité et l'accès aux soins.

L'accès à un logement adapté est un levier de prévention des rechutes, permettant parfois de prévenir la rupture de soins. L'entrée dans un logement dans ce dispositif peut permettre une stabilisation de la pathologie psychique, un apaisement, voire une amélioration clinique pour certains.

Les équipes ont pu repérer de nombreuses améliorations pour les patients :

- Mieux-être (« se sentir chez soi ») ;
- Facilitation dans la continuité des soins ;
- Apaisement des angoisses ;
- Evitement de nouvelles hospitalisations ;
- Meilleure observance thérapeutique, baisse des traitements, etc. ;
- Meilleure acceptation de la maladie.

Ces améliorations peuvent s'expliquer par une meilleure situation (diminution de la précarité) et la possibilité d'avoir un logement plus adapté aux besoins du bénéficiaire, en regard d'autres possibilités de logements, tels que le foyer.

On note également que cet accès au logement favorise :

- un « débloqué » dans le suivi des patients dont le discours n'est plus « embolisé » par le logement ;
- une meilleure compréhension de la nécessité d'un accompagnement : par exemple pour M. A : avec le temps Monsieur accepte de mieux en mieux les visites à domicile.

Lorsque le maintien dans le logement se passe bien, les équipes expliquent que plusieurs personnes ont montré leur reconnaissance auprès du CMP pour les avoir aidées dans leurs démarches pour accéder au logement.

Exemples :

- M. T. : depuis son entrée dans le logement, il n'a plus été hospitalisé, alors qu'auparavant il l'était régulièrement. Il a avancé et a pu gagner en confiance. Cette avancée a nécessité beaucoup d'efforts de la part des équipes et la mise en place d'étayages supplémentaires, mais le projet a finalement tenu malgré les difficultés rencontrées ;
- Explications d'un médecin sur la prise en charge de la Famille D. : « Avant, tous deux habitaient avec leurs enfants dans une pièce, chez la mère de M. et cela n'aide pas pour trouver ses marques. Maintenant Monsieur ne parle plus de sa femme comme ayant des problèmes ; les parents ont leur chambre et les enfants aussi. Ils ont pu se poser. J'ai pu constater une réelle progression dans l'état psychique de M. » ;
- Explications d'une assistante sociale sur la prise en charge de M. M : « il retient que c'est grâce au CMP qu'il a le logement. S'il veut rester dans le logement, il sait qu'il doit se rendre au CMP pour les soins. Finalement il accepte qu'on ait un œil sur l'appartement » ;
- Explications d'une psychologue sur la prise en charge de la famille B. : « avec Me B. nous avons progressivement tissé une relation de confiance. Au début Me était réticente à ce que l'on s'occupe d'elle, elle n'était axée que sur l'éducation de ses enfants. Progressivement, nos attentes ont pu coïncider avec les siennes, nous avons pu entrer dans un travail de renarcissisation et de revalorisation ».

### *Améliorer la vie sociale*

L'accès au logement permet une intégration de la personne dans la cité et favorise la réinsertion avec un retour à la vie citoyenne. Pouvoir vivre dans un logement autonome est une forme de normalisation sociale.

Il permet également de mieux comprendre son environnement et de pouvoir créer un réseau amical. Plusieurs ménages ont pu ainsi être intégrés dans des Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM) et pratiquent des activités pendant la journée, qui favorisent le lien social (sport, danse, ...)

### *Améliorer la vie familiale*

Plusieurs personnes, faute de pouvoir accéder à un logement autonome, se retrouvent dans l'obligation d'habiter avec leur famille. Ces conditions de vie sont souvent peu adaptées aux besoins de la personne.

Exemples :

- La famille D., composé d'un couple avec deux enfants en bas âge : tous les membres de la famille vivaient auparavant dans le même appartement que la mère de Monsieur avec des conditions de vie difficiles. L'espace était restreint et les membres de la famille étaient contraints de vivre et dormir dans la même pièce ;
- Monsieur M. : entre les multiples hospitalisations, monsieur retournait vivre chez sa mère et subissait la mauvaise influence des frères, impliqués dans des affaires de vol et trafic de drogue ;
- Me T. : vivait recluse chez ses parents.

L'accès à un logement autonome permet aux personnes de **trouver la juste distance avec leur entourage familial**, tout en permettant un nouveau tissage des liens familiaux.

Pour les ménages avec enfants, l'accès à un logement autonome et adapté à leurs besoins favorise un **meilleur investissement des parents dans leur fonction parentale**. Pour les familles où les enfants vivent dans le logement, chacun peut avoir sa chambre. Pour les familles où les enfants sont placés en famille d'accueil, il permet l'accueil des enfants dans le milieu de vie (exemple : Me T a pu installer dans son appartement le mobilier nécessaire pour recevoir sa fille dans de bonnes conditions lors des visites médiatisées).

Pour quelques ménages, l'accès au logement leur a permis de pouvoir s'investir dans **une vie de couple** :

- Exemple de M. A : les conditions de vie de la résidence accueil ne lui permet pas de vivre une vie de couple normale. Depuis qu'il a accédé à un logement, il a rencontré une femme avec qui il s'est marié et projette maintenant de vivre avec elle.

### *Favoriser l'insertion professionnelle*

Les progrès pharmacologiques liés notamment aux antipsychotiques de nouvelle génération, plus respectueux des performances cognitives que les traitements antérieurs, permettent mieux qu'auparavant d'envisager une reprise d'activité.

Les nouvelles modalités de prises en charges tentent de favoriser au maximum le maintien des personnes dans leur environnement social, ce qui passe notamment par le maintien ou la restauration d'une activité, si possible à caractère professionnel.

Pour les ménages suivis en intermédiation locative, nous constatons que l'accès à un emploi reste difficile. A ce jour, aucun ménage n'a pu reprendre une activité professionnelle en milieu ordinaire.

Néanmoins, nous constatons que l'accès et le maintien dans un logement autonome ont pu favoriser la réinsertion professionnelle dans le cadre de dispositifs adaptés, de type ESAT ou dans des lieux de soins.

Exemples :

- M. P. : travail à la cafétéria de l'hôpital (activité rétribuée). Ce travail est important pour lui car c'est une reconnaissance personnelle auprès de sa famille. Il a pu soutenir cette activité professionnelle dans le temps (y travaille depuis environ 6 mois) ;
- M. T. : a pu suivre une formation comptable et a repris des études en philosophie.

En conclusion, l'accès au logement est la possibilité pour les personnes de pouvoir échapper à l'agressivité de la rue, de gagner en autonomie et en liberté.

### **En quoi un étayage est nécessaire ?**

La préoccupation des professionnels doit être de privilégier autant que possible l'accès et le maintien dans un logement de droit commun. Cela n'est possible que dans la mesure où la vie dans ce logement est soutenue, chaque fois que nécessaire par les soins et l'accompagnement social et/ou médico-social.

Lorsque le SAMSAH ou le SAVS est présent, les partenaires ressentent une sécurité pour les ménages. Les familles sont suivies et soutenues, et les partenaires savent qu'ils seront alertés s'il y a une difficulté.

### *Les difficultés inhérentes à la personne soignée*

La situation des personnes porteuses de troubles psychiques génère souvent de l'isolement, une rupture des liens sociaux et des difficultés à assumer les actes et relations de la vie quotidienne. Ces difficultés peuvent perturber la façon d'habiter son logement.

Parmi les personnes suivies dans le cadre de l'intermédiation locative, les difficultés repérées par les professionnels sont les suivantes :

- La personne elle-même :
  - Incurie :
    - Hygiène corporelle ;
    - Tenue de l'appartement ;
  - Troubles de l'adaptation :
    - Installation difficile dans le logement ;
    - Isolement ;
    - Repli sur soi ;
    - difficultés à demander du soutien ;
  - Difficultés de gestion et organisation :
    - Mauvaise gestion des problèmes techniques ;
    - Mauvaise gestion du budget entraînant des dettes locatives ;
  - Sentiment d'intrusion ;
  - Manque d'investissement ;
    - Appartement laissé à l'abandon ;
    - Manque de meubles ou d'électroménager ;
  
- La personne et son environnement :
  - Manque de soutien familial et social : sentiment de solitude ;
  - Troubles dans l'exercice du rôle parental :
    - Place des enfants : placement des enfants lors d'une hospitalisation (les enfants manquent l'école, ...) ;
    - Education des enfants ;
  - Troubles avec le voisinage ;
  
- La relation aux soins :
  - Non adhésion au programme thérapeutique :
    - non observance du traitement ;
    - ruptures de prise en charge ;
    - mauvaise acceptation de la maladie ;
  - Suivi irrégulier ;
  - Hospitalisations répétées ;

## ***Se saisir des capacités de la personne soignée pour la faire avancer***

Malgré les difficultés inhérentes au handicap psychique, l'intérêt est de remettre au premier plan la capacité d'action de chaque personne. En effet, c'est en permettant à la personne malade d'avoir la capacité d'une certaine liberté de choix dans son rapport aux autres que nous lui permettons d'acquérir une réelle autonomie.

Pour tous les ménages, de nombreuses capacités ont été repérées :

- La conscience des troubles, le repérage des comportements inadaptés ;
- La débrouillardise ;
- La compréhension de son environnement ;
- Les capacités relationnelles / Sociabilité ;
- La prise d'initiatives ;
- L'anticipation ;
- La possibilité de demander de l'aide, la sollicitation des équipes ;
- L'engagement ;
- L'identification des interlocuteurs ;
- L'autonomie dans la gestion de la vie quotidienne (budget, alimentation, ...) ;
- La reconnaissance de ses limites ;
- La recherche de solutions face à des difficultés.

A titre d'exemple :

M. T : la conscience de ses troubles lui permet de repérer quels sont les comportements qui ne sont pas adaptés, et ainsi de les modifier progressivement ;

M. S : ses capacités de débrouillardise lui permettent d'adopter des stratégies de survie : achat d'un kilo de riz : même quand il n'a plus d'argent, il a toujours de quoi manger.

### ***Les critères de sélection des logements à prendre en compte***

Actuellement, les bailleurs tentent de prendre en compte les préférences des ménages dans le choix du logement, notamment en terme de quartier d'habitation.

Néanmoins, les professionnels mettent en avant la nécessité d'élargir le champ des critères de sélection. Les logements proposés doivent être davantage en cohérence avec les besoins de la personne afin qu'elle puisse s'y sentir bien.

Deux problématiques ont été évoquées :

- des projets individuels en inadéquation avec l'offre de logement proposé par les bailleurs sociaux : quartier éloigné du réseau social et amical par exemple ;
- des contraintes du logement qui fragilisent la stabilité des personnes :
  - o Nuisances sonores ;
  - o Logement insalubre : invasion de cafards ;
  - o Insécurité : bagarres dans les parties communes ;
  - o Propriétaires peu attentifs à l'état du logement ;
  - o Humidité ;
  - o Etc.

Comme nous l'avons vu précédemment, ces situations ont des effets néfastes, notamment en terme de stabilité psychique : renforcement du sentiment de persécution, sentiment d'échec, renforcement de l'angoisse, repli sur soi, ...

Les critères de sélection des logements pourraient être définis à trois niveaux :

- L'appartement : grandeur, éclairage (fenêtres, lumière électrique), ameublement, ancienneté de l'entretien du logement (peinture, sol, ...), vis à vis, nombre de pièces (pour les familles la possibilité d'avoir une chambre pour chacun : parents et enfants), agencement des pièces, vitrage (simple ou double vitrage),...
- L'immeuble : voisinage, propreté des parties communes, ancienneté de l'immeuble ;
- Le quartier : réputation du quartier, proximité des transports en commun et des organismes sanitaires et sociaux (CMP, CAF, ...).

*c) Une évaluation du travail de partenariat*

La question du logement se situe dans l'entre-deux du sanitaire et du social, ce qui nécessite une coordination et un travail collaboratif entre les différents acteurs sociaux, sanitaires et du logement.

Le partenariat établi dans le cadre de ce dispositif permet un décroisement du parcours de soins par la rencontre et le rassemblement de divers acteurs du soin, du social et du médico-social.

L'intérêt est de pouvoir partager divers points de vue et d'élargir les connaissances de chacun afin de proposer un projet de logement au plus proche des besoins de la personne. La préoccupation partagée des membres de la commission n'est pas simplement de loger, mais de s'interroger d'une part sur la capacité d'un ménage à vivre dans un logement ordinaire, et d'autre part sur les conditions nécessaires au maintien du ménage dans le logement. Les modalités d'accompagnement définies collégialement permettent d'avoir une parole et des actions allant dans un même sens. Elles offrent un cadre rassurant et contenant pour la personne soignée.

La réunion de commission est un espace d'échanges et de régulation. Elle permet de porter une attention particulière aux situations critiques et de réajuster les actions auprès du ménage concerné. Elle donne également aux divers acteurs la possibilité de modifier leurs représentations sur le handicap psychique.

Depuis le mois de Juin 2012, une convention partenariale entre les acteurs du soin (CMP secteur 11 et 12) et les opérateurs du logement (Galilé et Adrim) a été élaborée. Elle offre un cadre plus « institutionnalisé » permettant à ce partenariat d'être davantage structuré, reconnu et légitimé.

Elle participe à la formalisation du dispositif. Elle permet d'explicitier les pratiques de soins, l'organisation du dispositif et le travail de collaboration ainsi établi. La formalisation de la coordination vise à la fois à préciser les rôles et compétences des différents intervenants et à instaurer une certaine collégialité dans la prise de décision.

Cependant, les professionnels disposent toujours de marges de manœuvre par rapport aux outils forgés et il a été fréquemment observé sur le terrain des décalages entre ce que prévoient les écrits et la pratique des acteurs.

Les professionnels partenaires de ce dispositif ont une volonté forte pour que le projet perdure et se développe. Il est également soutenu par l'ensemble du corps médical.

Malgré ce constat, le partenariat établi reste à construire. Il existe encore de nombreuses divergences dans les pratiques et les visions du sens que l'on donne au soin. Par exemple, de nombreux professionnels considèrent qu'il est important d'aller vers les personnes en souffrance alors que d'autres considèrent que cette démarche va à l'encontre du respect de la personne.

Par ailleurs, il existe un manque dans le partage d'une culture commune. Il est nécessaire d'améliorer les connaissances de chacun sur des thèmes centraux, telles que l'interaction

entre pathologie mentale et les effets sur la manière d'habiter son logement. De nombreux professionnels considèrent qu'un apport théorique pourrait les aider à améliorer la prise en charge des personnes en donnant une réponse plus adaptée.

De plus, les professionnels n'ont pas encore trouvé un terrain d'entente concernant les éléments d'information qu'ils ont à partager lors des réunions de commission et ceux qui doivent rester interne à leur structure de rattachement.

Les professionnels évoquent également des difficultés pour trouver des moments de rencontre en-dehors des réunions. Selon M. Delannoy, éducateur spécialisé au SAVS : « on a toujours l'impression de courir après les partenaires ».

Les bailleurs du logement souffrent d'un sentiment de non-reconnaissance de leur travail auprès des ménages : « nous sommes utilisés comme une offre de logement, alors que nous sommes un dispositif d'insertion par le logement ». Ils ont le sentiment de ne pas être écoutés par les CMP : « par exemple lorsque l'on alerte sur une situation, les CMP ne s'en inquiètent pas ». Le seuil d'intervention entre les professionnels du logement et ceux du CMP diffère. Ils considèrent qu'ils ne sont pas suffisamment aiguillés dans les actions engagées auprès des personnes et que celles-ci peuvent être inappropriées.

Les points de vue des opérateurs du logement et des professionnels des CMP divergent. Les opérateurs ont davantage d'exigences et d'attentes quant aux informations échangées entre partenaires (par exemple, avoir davantage de données sur une « conduite à tenir » dans certaines situations) et à la présence des professionnels du CMP auprès des ménages. Cette vision s'oppose à celle des professionnels du CMP qui mettent en avant la liberté du patient et le secret professionnel.

Les CMP éprouvent des difficultés à répondre à certaines demandes des professionnels du logement concernant : les capacités de la personne à vivre seul, les éléments qui relèvent du normal ou du pathologique, les informations concernant le passé de la personne.

En terme structurel, le turn-over des professionnels est important ; il est donc nécessaire d'être particulièrement attentif à la réactualisation de la liste établie des membres de la commission.

Au CMP du secteur 12, la file active est importante, ce qui entraîne des difficultés dans le suivi et l'organisation des prises en charge.

Concernant la coordination, les acteurs ont rencontré des difficultés. Dans quelques cas, les informations données aux ménages ont manqué de clarté et des contradictions sont apparues.

Dans d'autres, des réponses n'ont pas pu être apportées par l'absence de partenaires lors des réunions de commissions (par exemple les tuteurs et les curateurs ne sont pas présents). Au sein de l'Adrim, le nombre important d'interlocuteurs entraîne un manque de communication au sein même de leur structure. Les partenaires n'identifient pas clairement la personne à laquelle ils doivent s'adresser en cas de problème.

L'ensemble des professionnels évoquent également des difficultés à identifier les personnes référentes pour chaque ménage.

Des temps de latence ont été observés pour la résolution de problèmes techniques.

Depuis le travail élaboré sur l'écriture d'une convention partenariale, la plupart des acteurs pensent que le partenariat établi facilite leur travail et que la communication entre les réunions de commission s'est améliorée. Le partage des tâches se fait de manière plus fluide et lorsque des décisions sont prises, l'ensemble des acteurs en sont avertis. Entre les CMP et le GCS Galilé, une relation privilégiée et de confiance s'est progressivement établie.

### C) Les préconisations

Afin d'améliorer la coordination et la communication entre les partenaires, j'ai proposé aux équipes :

- la mise en place de deux nouveaux outils :
  - o Le listing des référents ménages<sup>55</sup> : les équipes ont repéré très vite des difficultés à identifier et interpeller les personnes intervenant auprès des ménages, ceci étant lié notamment à leur multiplicité. Cet outil répertorie toutes les structures et les professionnels référents des ménages. Il doit être validé prochainement lors d'une réunion de commission ;
  - o L'outil de suivi<sup>56</sup> : au regard d'un manque de clarté dans l'action des partenaires auprès du ménage, il a été construit un **outil de suivi et d'accompagnement des ménages**. Il permet de repérer les principales difficultés rencontrées par les ménages et de les mettre en lien avec des actions pertinentes. De plus, il permet de clarifier le partage des actions auprès du

---

<sup>55</sup> Voir fiche en annexe 4

<sup>56</sup> Voir fiche en annexe 3

ménage, de connaître le niveau du suivi et de repérer les principaux problèmes liés au logement et au partenariat ;

- La transmission par chaque équipe d'une fiche de fonctionnement de leur propre structure aux autres partenaires afin de favoriser la connaissance inter-mutuelle : cette fiche permettra également aux professionnels de réaliser des échanges lors des réunions pour mieux expliquer la spécificité de leur travail auprès des partenaires ;
- La mise en place d'une « mailing list » : à chaque fois qu'une action est engagée auprès d'un ménage, ou lorsque l'on interpelle un partenaire, toutes les personnes incluses dans la mailing list en seront informées ;
- Des rencontres pluri-professionnelles pour les ménages qui demandent plus de concertation et dont la situation est préoccupante (des ménages pour lesquels le plan d'action n'est pas satisfaisant, ou des ménages éprouvant des difficultés à habiter leur logement, etc.) ;
- Pour les opérateurs du logement, un plan de formation doit être élaboré et ainsi permettre d'avoir une culture commune. Le plan de formation pourrait contenir quatre principaux thèmes :
  - Les pathologies psychiatriques les plus fréquemment rencontrées dans le cadre du dispositif : la schizophrénie, la psychose maniaco-dépressive, les états limites,...
  - Les conséquences de la pathologie sur la manière d'habiter le logement, les difficultés que l'on peut rencontrer, quel soutien apporter,...
  - Les aspects légaux liés à la maladie mentale (liberté du patient dans son suivi, les hospitalisations sous contrainte, les différentes mesures pour les incapables majeurs,...)
  - La notion de secret partagé.

Afin d'améliorer l'accompagnement des ménages, il serait opportun de créer un livret qui serait remis au ménage lors de son installation dans le logement.

Ce livret pourra comporter deux parties :

- Les aspects administratifs (le voisinage, la citoyenneté, comment habiter le logement,...) ;

- Les aspects pratiques (comment réparer un robinet,...).

En définitive, ce dispositif permet d'offrir un cadre facilitant la mise en œuvre d'un projet logement, tout en prenant en compte les préférences des personnes, notamment en terme de quartier d'habitation. La personne peut vivre décemment et de manière autonome.

Il facilite à la fois l'accès et le maintien dans le logement par la prise en compte des revenus de la personne et une adaptation de la prise en charge au plus proche des situations individuelles.

Il comporte de nombreux avantages et favorise un travail de proximité par la démarche de « l'aller-vers ». Le système de veille permet aux professionnels d'avoir un regard sur la personne dans son logement et donne la possibilité d'alerter lorsque la situation se dégrade. Selon un éducateur du SAVS, l'intermédiation locative est un espace qui permet la navigation entre deux postures : laisser des espaces séparés pour la personne (le soin et le suivi social sont deux entités séparés) tout en permettant la communication, la régulation et la connaissance interprofessionnelle entre les différents acteurs.

Pour les opérateurs logement, l'articulation bailleurs/secteurs de psychiatrie a certainement eu un impact sur leurs capacités de repérage, d'articulation, d'orientation vers le soin des autres publics cibles de l'IML (DALO, sortants de CHRS). En effet, les études montrent une forte prévalence des pathologies psychiatriques lourdes (entre 30 et 40%) parmi les personnes en situation d'exclusion sociale. On peut donc en déduire qu'une partie des ménages prioritaires dans le cadre du DALO est touchée par des troubles psychiques et nécessitera une vigilance quant à son accompagnement dans le soin.

Enfin, l'IML a pu permettre à 19 ménages d'accéder à un logement mais il répond imparfaitement au besoin réel estimé à 100 ménages/an uniquement pour les sortants d'unités temps plein. Les professionnels des services de psychiatrie ont encore beaucoup de difficultés à proposer aux personnes atteintes de troubles psychiques des solutions de logement pérennes. Il serait donc intéressant de pouvoir étendre le dispositif IML à deux niveaux :

- Par la mise en place du dispositif « IML et handicap psychique » sur d'autres territoires de Marseille ;
- Par la proposition de nouveaux logements sur les territoires déjà concernés par le dispositif IML.

## **4.2 La réalisation d'une étude de préfiguration pour la mise en place d'un réseau « santé mentale et logement » à l'échelle d'un micro-territoire : le 11<sup>e</sup> et 12<sup>e</sup> arrondissement de Marseille**

### **4.2.1 Les réseaux de professionnels en santé mentale : de quoi parle t'on ?**

« Le réseau constitue à un moment donné, sur un territoire donné, la réponse d'un groupe de professionnels à un ou à des problèmes de santé précis prenant en compte d'une part les besoins des individus et d'autre part les possibilités de la communauté »<sup>57</sup>

Ces réseaux peuvent se constituer en association, en groupement de coopération, en groupements d'intérêt public, ou simplement s'organiser autour d'une charte ou d'une convention.

La philosophie de travail :

- Interdépendance : les acteurs sont amenés à résoudre des problèmes collectifs car aucun des acteurs ne détient toutes les ressources, compétences ou légitimité ;
- La coopération : pour cela, il faut qu'ils partagent les mêmes valeurs et qu'ils s'entendent sur une philosophie d'intervention commune ;
- La coordination : vise principalement à s'assurer que les moyens (ressources, services, compétences) sont disponibles, que l'accès aux biens et aux services fournis par l'organisation est garanti et que les composants de l'organisation interagissent harmonieusement.

### **4.2.2 La démarche locale à Marseille**

#### A) Les constats de départ

Les élus locaux et les techniciens municipaux de la Direction de la santé Publique, comme d'autres services de la Ville, sont régulièrement interpellés de façon pressante pour tenter de régler des situations présentées comme hors normes, qui concerne des personnes qui ont des difficultés majeures dans la gestion d'elles-mêmes et de leur environnement (matériel, social, familial,...). Ces situations sont souvent caractérisées par la multiplicité des plaintes. Elles concernent des personnes qui sont dans l'incapacité de répondre aux injonctions qui leur sont faites. Sont souvent identifiés une multiplicité de services étant ou ayant été en contact avec ces personnes et une absence de solution (services sociaux – services médicaux – police – tutelles...)

---

<sup>57</sup> Extrait du Rapport du groupe de travail « formation et réseau » Direction Générale de la santé, 1998

Ces situations de crise renvoient souvent à des problèmes psychiatriques ou à des souffrances psychiques. Les difficultés s'expriment sur le lieu de vie et se traduisent fréquemment par des « nuisances » telles que les troubles du voisinage (bruits, conflits), l'absence d'entretien du logement, l'isolement, l'incurie, les impayés de loyer. Ces situations deviennent souvent chroniques, la coordination des services légitimes peine à se mettre en œuvre et chacun a le sentiment d'être arrivé au bout de ce qu'il pouvait faire. Le soin est interpellé tardivement, souvent sur le mode de la contrainte (hospitalisations sans consentement ou d'office), les situations s'aggravent et aboutissent sur le plan social à des mesures d'expulsion, d'exclusion familiale.

## B) L'engagement de la Ville

Depuis 2007, la Ville de Marseille a engagé une Politique volontaire en matière de santé mentale avec la création d'un COSM (Conseil d'Orientation en Santé Mentale). Le COSM se veut être un espace de partage, de réflexion et de concertation par l'établissement d'un partenariat entre collectivités territoriales et hôpitaux psychiatriques.

En 2006, suite à un diagnostic mené par l'ORS sur la santé mentale à Marseille, le COSM a retenu trois axes de travail :

- Aide à la gestion de situations de crise : mise en œuvre de dispositifs d'aide à la décision en lien avec les services compétents (soins, social, justice, police, métiers de la Ville, associations d'usagers, ...)
- Formation et mise en réseau des acteurs : développement d'une culture commune et construction de réseaux
- Accès et maintien dans le logement / hébergement : engager à la signature de conventions entre les équipes de soin et les bailleurs privés et publics afin de favoriser l'accès au logement autonome et le maintien dans les lieux.

Le COSM s'est engagé dans une démarche à deux niveaux :

- Contribuer à la structuration et la coordination institutionnelle de l'action publique locale en matière de santé mentale ;
- Mettre en place des projets expérimentaux à l'échelle de micro-territoires.

A ce titre, la ville de Marseille, via le service de la Santé Publique et des Handicapés, a mis en place en 2007 un dispositif partenarial ayant pour thème « la gestion de situations de crise ou situations complexes liées à des problèmes de santé mentale ». La mise en place de ce réseau concerne le 1<sup>er</sup> arrondissement de Marseille.

Avant la mise en œuvre effective du réseau, un ensemble de services ont été rencontrés par une chargée de mission du service de Santé Publique de la Ville. Les services sont les suivants : le Centre Communal d'Action Social, le Parquet Pôle Santé, le Centre Médico Psychologique, le Commissariat du 1<sup>er</sup>, les inspecteurs d'hygiène et de salubrité de la ville, la Direction de l'habitat ainsi que la DDASS. Les entretiens exploratoires ont permis de mieux connaître comment les services sont confrontés à la problématique « santé mentale et logement » (description de situations), comment ils apportent ou non des réponses, quels sont les partenariats existants, quels sont les besoins identifiés et leurs positions/propositions/dispositions pour intégrer un espace collaboratif tel qu'il leur était proposé.

Après cette procédure d'accompagnement, le réseau « santé mentale logement » est passé en phase opérationnelle depuis octobre 2008. Aujourd'hui plus d'une centaine de situations ont été travaillées par le réseau<sup>60</sup>.

### C) Les réseaux « santé mentale et logement » impulsés par l'Atelier Santé Ville

En 2010, un Plan Local de Santé Publique santé mentale a été validé, dont un des axes est de « Favoriser l'insertion sociale des personnes en situation de handicap psychique en développant notamment des mesures d'accès et de maintien au logement/hébergement accompagné ». Dans cet axe, un des objectifs opérationnel est de « constituer des modalités de collaboration pour la gestion des situations sensibles dans le domaine de la santé mentale et du logement ».

Avec le soutien de l'ASV Santé Mentale, trois nouveaux réseaux se sont constitués autour du thème de la santé mentale et du logement :

- 13<sup>e</sup> et 14<sup>e</sup> arrondissement : depuis 2011
- 15<sup>e</sup> et 16<sup>e</sup> arrondissement : depuis 2012
- 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> arrondissement : depuis début 2013

Les territoires choisis pour la mise en place de ces réseaux font parti des territoires inscrits dans le CUCS. Ce sont en effet les territoires les plus touchés par la précarité et où les professionnels sont particulièrement touchés par cette problématique : la gestion de situations complexes, à l'interface entre le sanitaire, le social et le médico-social.

La mise en place de ces réseaux favorise le traitement de ces situations par la mise en place d'un partenariat opérationnel associant tous les acteurs concernés par la problématique.

---

<sup>60</sup> Voir en annexe 5 des exemples de situations sur lesquelles se penche le réseau  
Pauline PETTRE

La méthodologie pour accompagner l'émergence de ces réseaux a été calquée sur celle de l'expérience menée dans le 1<sup>er</sup> arrondissement :

- Une étude de faisabilité / entretiens exploratoires consistant à rencontrer l'ensemble des services concernés par la problématique ;
- Une formation action : les acteurs sont mobilisés ensemble pour apprendre à se connaître, comprendre les compétences et les limites de chacun, développer des outils pour travailler ensemble (listing, outil de suivi des situations, etc.) ;
- L'animation du réseau avec le traitement des situations complexes. Cette phase fait généralement l'objet d'évaluations pour adapter au mieux l'action aux besoins des acteurs de terrain.

Le réseau est animé par un coordinateur, qui organise, structure et ordonne les idées. Il doit être en lien permanent avec les différents acteurs du réseau. Il est le « pivot » du réseau.

D) Les principes et objectifs des réseaux de professionnels « santé mentale et logement »

En 2008, un document réalisé avec l'aide de *Gres médiation santé*, bureau d'étude spécialisé en santé publique, a permis d'établir les grands principes et objectifs visés par la mise en place de ces réseaux.

a) *Les grands principes*

- **Le sujet comme centre de préoccupation du réseau** : même s'il concerne les professionnels, le réseau est construit avant tout pour les patients, ces derniers étant au cœur du dispositif proposé ;
- **Une prise en charge de situations complexes** : la prise en charge par le réseau concerne toute personne exposée à l'un des trois niveaux de souffrance suivant :
  - o La souffrance existentielle qui touche tout un chacun ;
  - o La souffrance psychosociale liée à l'environnement ;
  - o La souffrance pathologique ;
- **Une prise de risque commune et concertée** : la problématique centrale auquel les membres du réseau sont confrontés est la suivante : comment « étirer le temps de l'urgence » afin de permettre une prise en charge des personnes et éviter leur hospitalisation ? En effet, il est très important pour le secteur psychiatrique de donner du temps au patient, alors que certaines situations nécessitent une intervention rapide (notamment lorsqu'il existe des situations de dangerosité ou d'insalubrité dans le logement) ou que la législation ne prévoit pas forcément ce temps. Il va donc falloir

trouver des marges de manœuvre et partager les prises de risques de façon concertée sans sortir du cadre imposé par la justice ;

- **Le principe du « secret professionnel partagé »** : pour pouvoir travailler collégialement, il est nécessaire d'échanger un minimum d'informations sur la personne (antécédents médicaux, judiciaires). Il faut alors définir un cadre permettant d'échanger ces informations tout en ne rompant pas la règle du secret professionnel.

#### *b) Les objectifs*

L'objectif général du réseau est d'améliorer le traitement et le suivi des situations en organisant la prise en charge et l'accompagnement des personnes en souffrance afin d'anticiper et d'éviter les passages à l'acte pouvant aboutir à des réponses radicales (HDT, HO, intervention policière, expulsion, ...).

#### **Les objectifs opérationnels**

Il faut ici distinguer les principaux, en lien direct avec l'objectif général, des objectifs secondaires qui ont pour but de renforcer le réseau.

#### Les objectifs opérationnels principaux

**Détecter les situations complexes** : il s'agit d'identifier, suite à des plaintes ou à des signalements, des personnes en souffrance pour lesquels les premières tentatives de réponses ont abouti à une situation de blocage et/ou d'une complexité ayant entraîné (ou pouvant entraîner) une situation de crise.

**Présenter une situation complexe aux membres du réseau** : il s'agit de mobiliser les partenaires du réseau lors de « commissions d'étude des cas complexes » dans lesquels les personnes à l'origine de la détection auront à présenter la situation.

**Effectuer une évaluation collective de la situation individuelle problématique** : la commission est un espace de travail inter-institutionnel et pluridisciplinaire. Sa composition doit permettre :

- d'élaborer une analyse précise de la situation à travers ses différentes dimensions : technique (liée à l'habitat), médicale, psychologique, sociale (liée à la personne) ; et juridique (liée aux deux). Toutefois, il ne s'agit en aucun cas de poser un diagnostic médical de la santé mentale de l'individu en réunion ;
- d'identifier les éventuelles sources de clivage pouvant expliquer les dysfonctionnements lors des premières tentatives de réponse.

**Définir un protocole de prise en charge de la situation complexe** : il s'agit pour la commission de proposer pour chaque situation présentée un protocole d'intervention basé sur l'articulation des différents partenaires à mobiliser sur les plans techniques, administratifs, juridiques, sociales et médicales.

**Effectuer un suivi de cette prise en charge** : il s'agit pour le réseau (et plus particulièrement son coordinateur) de faciliter les coopérations entre les différents partenaires en proposant une coordination des interventions.

**Réaliser un bilan de cette prise en charge** : il s'agit de réaliser un bilan et une évaluation de la prise en charge collective de la situation complexe, sur deux aspects :

- Résultat : réponse apportée à la personne ;
- Processus : éléments facilitateurs, dysfonctionnements humains et organisationnels, et obstacles matériels et techniques de la coopération.

### Les objectifs opérationnels secondaires

Pour les professionnels, nous pouvons énoncer trois objectifs essentiels dans la mise en œuvre du réseau :

- pouvoir développer une culture réseau et une culture partagée entre différentes professions (médical, social, médico-social, police, etc.) : il s'agit d'organiser des temps de formations et d'échanges sur les pratiques professionnelles. L'échange sur des situations fictives et des formations internes au réseau peuvent être des leviers intéressants ;
- Améliorer la connaissance de chacun : développer la connaissance concernant l'ensemble des services existants et leurs modes de fonctionnement, ainsi que les cadres légaux (par exemple : quelle procédure pour faire intervenir le service d'hygiène ?).
- Créer du lien avec les autres réseaux : établir des passerelles avec d'autres réseaux présents sur le territoire d'intervention, comme par exemple le réseau « santé mentale et précarité ».

#### E) Le fonctionnement des réseaux existants

##### a) *Les acteurs impliqués*

Ces réseaux fonctionnent sur la base de l'engagement de ses participants et l'accord de leur institution. Ils sont composés d'un premier cercle de participants assurant la continuité et la dynamique de ses activités, associant les acteurs de la psychiatrie publique, le secteur social (MDS, CCAS), le logement (notamment les bailleurs sociaux) et d'autres acteurs

(médecin pôle insertion RSA, associations, réseaux gérontologie, etc.). Un deuxième cercle reste mobilisable en fonction des besoins (commissariat, organismes de tutelle, services d'addictologie, services de l'APA,...).

#### *b) Le déroulement d'une réunion*

Les professionnels se rencontrent une fois par mois, pendant une demi-journée dans les locaux des structures partenaires. Ces réunions sont organisées autour de trois temps :

- Un temps de présentation de situations dites « complexes » et/ou « sensibles » : présentation, en présence de tous les membres du réseau, de situations relevant d'une problématique « santé mentale et logement ». Les situations sont présentées par les membres du réseau eux-mêmes ;
- Un temps d'échange :
  - o Des interventions de personnes ressources sur des sujets concernant le réseau : éclairage sur le mécanisme de mise sous tutelle, approfondissement de la question des hospitalisations sous contraintes, présentation d'autres expériences de réseau santé mentale et logement, etc. ;
  - o Ou des présentations de structures / secteurs mobilisés (mobilisables) dans le réseau : présentation d'associations, de structures médico-sociales, contacts avec de nouveaux partenaires (justice, police, ...)
- Un temps de production : travail sur les principes de fonctionnement du réseau : travail sur la fonction de coordination, travail sur le bilan de façon collective.

En dehors de ces réunions, des réunions de concertation pluridisciplinaires peuvent avoir lieu autour de situations complexes avec l'appui du coordinateur.

#### *c) Les aspects du travail en réseau*

Pour les professionnels, le réseau permet d'améliorer la pratique par la création d'espaces de collaboration, de négociation et de concertation partenariale. Il donne aux professionnels l'occasion de se connaître : identification des limites des uns et des autres, modifications des représentations, ... Il engage à l'agir ensemble et à « l'aller-vers » dans une logique de coopération horizontalisée où la qualité des relations détermine la qualité des productions. Il fait appel à l'exigence de détenir des connaissances de nature transdisciplinaire, de développer des pratiques différentes, avec d'autres, tout en remplissant pleinement ses missions.

Les professionnels ont pu également créer de nouveaux outils, facilitant la coordination et les prises en charge : tableau récapitulatif des situations, listing avec les différents membres du réseau, ...

Pour les situations traitées dans le cadre du réseau, l'attention est centrée sur la personne dont on cherche à élargir un horizon qui paraissait pourtant bouché. Les professionnels ont pu constater de nombreux aspects positifs au travail en réseau :

- permet un meilleur accès aux soins ;
- permet un recours optimisé à une large palette de droits, de mesures, de programmes et une capitalisation des solutions trouvées face aux obstacles rencontrés de façon récurrente ;
- permet de mieux entourer la personne sans toutefois l'encercler en respectant, soutenant ou renforçant la place de ses proches ;
- permet de conforter le maintien à domicile ;
- favorise l'accès à une place en maison de retraite ou foyer résidence ;
- les orientations en hôpital psychiatrique ou général se font davantage avec l'accord de la personne.

#### F) Les travaux en cours de réalisation

Actuellement, un travail est mené autour de deux axes :

##### a) *La création de nouveaux outils de partage de l'information*

Afin de mieux partager l'information avec l'ensemble des acteurs du réseau, de nouveaux outils sont en cours de création par des membres des réseaux et un cabinet d'étude (1=2).

Il s'agit de constituer :

- Un tableau de bord général avec une présentation des suivis en cours de traitement ;
- Des fiches récapitulatives des situations de chaque personne ayant été suivie à un moment donné par le réseau, précisant l'ensemble des décisions prises ;
- Un bilan de l'activité du réseau.

##### b) *L'élaboration d'une charte des réseaux*

Depuis Septembre 2012, les acteurs membres du réseau du 13<sup>e</sup> et 14<sup>e</sup> arrondissement ont émis l'idée d'écrire une charte afin de formaliser l'organisation et le partenariat établi dans le cadre du réseau (partage de l'information, secret médical, suivi des données concernant les personnes suivies, etc.). Ainsi, la coordinatrice responsable du réseau a engagé un groupe de travail pour élaborer une charte commune à l'ensemble des réseaux.

Par définition, les **chartes** sont des actes juridiques signés par plusieurs acteurs pour définir un objectif et parfois des moyens communs. Elles concernent les pratiques professionnelles des personnels soignants accompagnant des personnes vulnérables. C'est un document associatif et communautaire, qui se conçoit comme la référence éthique et déontologique du réseau, garantissant des pratiques de qualité au service de l'utilisateur.

La charte est avant tout un outil de cohésion interne. Elle permet de se mettre d'accord à tout moment sur les objectifs, les droits et les devoirs de chacun au sein du réseau. Elle dresse les moyens, le plan d'action et les modalités de rencontre de ses membres. Mais c'est également un outil qui peut être exploité à l'extérieur : il véhicule les valeurs et les messages professionnels qui crédibilisent le réseau et rassurent les partenaires.

Les objectifs d'une charte sont de favoriser l'engagement et l'adhésion des professionnels dans la démarche de réseau. La charte vise également une meilleure articulation des acteurs concernés entre les différents secteurs : psychiatrie publique, social et logement. Elle définit les modalités du partenariat, en vue d'une harmonisation des pratiques. Elle permet aux membres du réseau de repérer le bon interlocuteur face à une situation problématique.

En terme de méthodologie, les membres actifs des réseaux ont été intégrés à la réflexion ainsi qu'à sa rédaction. D'une part, des temps ont été consacrés lors des réunions du réseau afin de recueillir les besoins et les souhaits des acteurs. Des exemples de chartes ont été distribués dans le but de définir les points importants à inscrire et de s'accorder sur le contenu.

D'autre part, un groupe de travail s'est constitué, réunissant les acteurs clés de chaque champ professionnel: médecins psychiatres du Centre hospitalier Edouard Toulouse, chargée de mission Santé Publique de la ville, Adjoint santé des Maisons départementales des Solidarités (MDS), etc. Les principaux points abordés par ce groupe ont permis de soulever des problèmes depuis la constitution des réseaux :

- Des défauts dans la circulation de l'information : par exemple, un médecin du CMP, tout en reconnaissant le bon fonctionnement du partenariat dans certaines situations, cite le cas d'une personne présentée et suivie dans le cadre du réseau qui a été expulsée de son logement sans que les professionnels du sanitaire n'aient été prévenus. Cette situation a été vécue douloureusement à la fois par la personne et par l'équipe, qui n'a pas ressenti de gain par rapport au temps et à l'énergie consacrées à leur participation au réseau ;
- Les personnes présentes aux réunions des réseaux ne sont pas forcément les décideurs.

Les logiques verticales, internes aux institutions (notamment pour les bailleurs sociaux), entraînent des impasses et un manque de solutions apportées aux personnes.

Face à ces problématiques, les professionnels insistent sur la nécessité que la charte donne une meilleure visibilité interne et vient modifier le fonctionnement existant. Pour cela, il est également important que les acteurs décideurs (par exemple pour le service des contentieux) soient eux aussi signataires. Cet engagement permettra aux membres du réseau de solliciter l'institution concernée dès qu'il y a un dysfonctionnement.

Par ailleurs, les acteurs soulignent l'importance de cette charte pour améliorer la confiance entre les acteurs, les réunions doivent être des espaces de négociation. Chacun doit se sentir suffisamment libre de faire part de ses propres limites.

Concernant le contenu, un professionnel de la ville évoque l'intérêt de reprendre les terminologies propres aux projets de l'ARS (par exemple « la pluridisciplinarité des parcours ») pour faciliter l'obtention de nouvelles dotations financières. La chargée de mission de la ville précise qu'il est important de faire état des outils mis en place (tableau de bord, bilan des situations, etc.).

#### **4.2.3 La création d'un nouveau réseau à l'échelle du 11<sup>e</sup> et 12<sup>e</sup> arrondissement de Marseille**

L'ASV Santé Mentale souhaite établir un nouveau réseau santé mentale et logement sur le 11<sup>e</sup> et le 12<sup>e</sup> arrondissement de Marseille dont le but est le maintien dans le logement des personnes en souffrance psychique ou présentant des troubles psychiques. De nouveaux crédits ont été obtenus, qui doivent devenir effectifs à partir du mois de Septembre 2013. Le territoire a été défini avec les Directeurs d'hôpitaux et les présidents des Commissions Médicales d'Etablissement (CME).

Dans le but d'établir ce nouveau réseau, j'ai réalisé une étude de préfiguration. Dans un premier temps, j'ai réalisé des recherches documentaires permettant de caractériser ce territoire, notamment en terme de population et d'indicateurs en santé mentale. Ensuite, j'ai contacté et rencontré un ensemble d'acteurs qui seraient susceptibles de pouvoir intégrer ce nouveau réseau.

##### A) Caractérisation du territoire

###### a) *Représentation géographique*

Le territoire concerné par cette étude de préfiguration concerne le 11<sup>e</sup> et le 12<sup>e</sup> arrondissement de Marseille.

Afin de pouvoir caractériser au mieux la population, je me suis appuyée sur les résultats d'une étude action santé menée par le CAREPS en 2011.

Cette étude concerne le territoire Grand Sud Huveaune, qui comprend :

- Le Littoral Sud (8<sup>e</sup> et 9<sup>e</sup> arr.) (En rouge sur la carte page 7)
- La Vallée de l'Huveaune (10<sup>e</sup>, 11<sup>e</sup>, 12<sup>e</sup> arr.) (En rose sur la carte page 7)

Les territoires marqués en violet et en rouge ont été désignés comme prioritaires dans le Contrat Urbain de Cohésion Sociale (CUCS) de Marseille.

#### *b) Caractérisation de la population du territoire*

La commune de Marseille dénombrait en 2006 une population municipale de 839 038 habitants (Source INSEE RP2006). 13,1 % de la population marseillaise est localisée dans le 11<sup>e</sup> et le 12<sup>e</sup> arrondissement, avec respectivement 54 329 et 55 910 habitants. Comparativement aux autres arrondissements, ce sont les quartiers les plus peuplés.

Entre 1999 et 2006, la population connaît une croissance de + 4,1% dans le 11<sup>e</sup> et de +2,7% dans le 12<sup>e</sup>. Cette croissance est plus lente que pour l'ensemble de la ville de Marseille (+5,2%).

Les indicateurs de population par âge montrent une prépondérance des 25-59 ans (45,5%) dans les 5 arrondissements (8, 9, 10, 11, 12). Les personnes de plus de 60 ans représentent 1 habitant sur 5 dont 42% ont 75 ans et plus.

La population du 12<sup>e</sup> arrondissement est en majorité composée d'habitants (environ 70%) qui ne résident pas dans des quartiers classés CUCS ou ZUS<sup>61</sup>. Quant au 11<sup>e</sup> arrondissement, il concentre plus d'habitants résidant dans des quartiers CUCS (58,8%) sans que l'on puisse parler d'absence de mixité. Il existe également deux ZUS, nommés « Air Bel » et « Rouguière Saint Marcel ».

La place du logement social dans le 12<sup>e</sup> arrondissement est relativement équivalente à celle de l'ensemble de la ville où elle représente 15,3% du parc des résidences principales (16,6% pour la ville de Marseille). Par contre, le 11<sup>e</sup> arrondissement comprend une part nettement plus prépondérante avec un logement sur 4 concerné (27,4%).

---

<sup>61</sup> Voir définition en annexe 1

Concernant l'emploi et l'activité, le taux d'activité des 15-64 ans en 2006 est de 67,1% dans le 11<sup>e</sup> et de 69,7% dans le 12<sup>e</sup>. Ce taux est supérieur à celui observé sur l'ensemble de la ville de Marseille (65,4%).

Lorsque l'on analyse la répartition des catégories socioprofessionnelles en 2008, on observe une majorité de classes moyennes et modestes avec une représentation majoritaire des employés : 38,2% dans le 11<sup>e</sup> et 36,2% dans le 12<sup>e</sup>. Néanmoins, on constate une situation davantage favorable dans le 12<sup>e</sup>, avec :

- Une part plus importante d'ouvriers dans le 11<sup>e</sup> (26%) par rapport au 12<sup>e</sup> (17,6%)
- Une part plus importante de professions intermédiaires dans le 12<sup>e</sup> (27,2%) par rapport au 11<sup>e</sup> (21,9%)
- Les CSP les plus favorisées (cadres et chefs d'entreprise) sont davantage représentés dans le 12<sup>e</sup> (15,9%) par rapport au 11<sup>e</sup> (9,8%)

Pour les données se rapportant au chômage et sur l'indicateur « demandeurs d'emploi chez les 15-64 ans »<sup>62</sup>, le pourcentage de personnes concernées est nettement moins élevé à l'échelle des 2 arrondissements que dans l'ensemble de la ville : en 2006, 15,6 % dans le 11<sup>e</sup>, 11,5% dans le 12<sup>e</sup> versus 21,6% pour la ville de Marseille. Notons néanmoins un pourcentage élevé de chômage dans les 2 ZUS situées dans le 11<sup>e</sup> avec une part de 29,3%.

La part des ménages imposables en 2008 est supérieure dans le 12<sup>e</sup> (62,9%) par rapport au 11<sup>e</sup> (54,8%). Dans les ZUS du 11<sup>e</sup>, cette part est encore plus faible avec 43,7% des ménages imposables. Le niveau de précarité dans les ZUS est bien plus élevé, où la proportion d'allocataires RSA est trois fois plus importante que dans le reste de l'arrondissement.

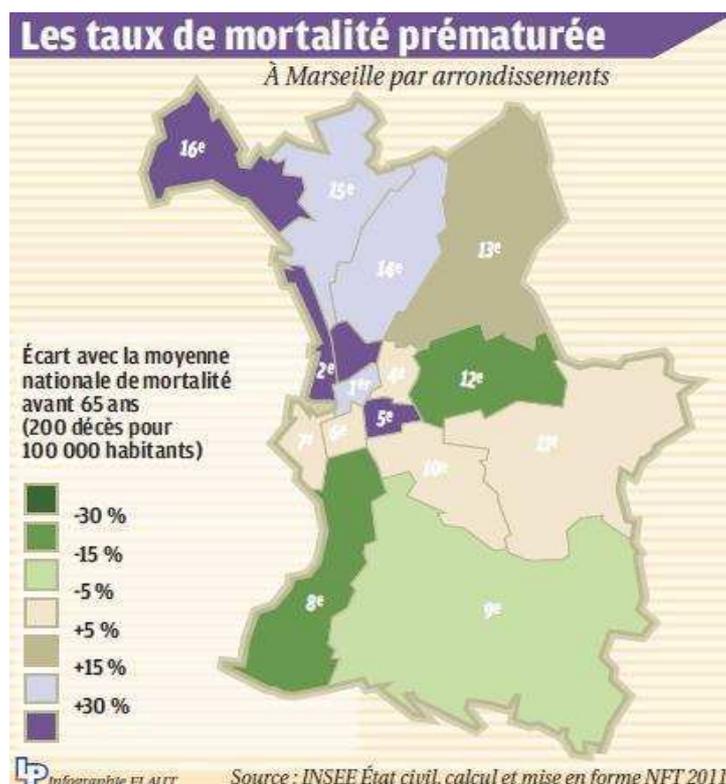
### c) *Les indicateurs de santé*

Les deux arrondissements du territoire de Marseille sont marqués par des écarts inférieurs des taux de mortalité prématurée, avec la moyenne nationale.

---

<sup>62</sup> Catégories 1, 2 et 3 hors activité réduite

Le graphique ci-dessous illustre ces propos :



Concernant les causes de mortalité par pathologies mentales (troubles mentaux et du comportement, suicides et traumatismes et empoisonnement dont l'intention est indéterminée), elles représentent à Marseille 4,7% des décès toutes causes confondues par an en moyenne (2000-2002). Cependant, les statistiques sous-estiment l'importance du problème dans la mesure où elles ne représentent qu'une part des pathologies mentales (par exemple, non inclusion des décès dont la cause associée est une pathologie mentale).

On constate à Marseille une surmortalité par pathologie liée à la consommation de tabac ou d'autres substances psychoactives. La mortalité par troubles mentaux organiques et par troubles de l'humeur est significativement inférieure à Marseille, comparativement à PACA et à la France<sup>63</sup>.

#### d) L'offre de soins en psychiatrie

Le suivi ambulatoire en psychiatrie constitue le mode de prise en charge le plus fréquent à Marseille puisque 84% des patients y ont recouru en 2003 (comme en PACA et en France). 25 % ont bénéficié d'une prise en charge à temps complet et 12% à temps partiel.

<sup>63</sup> Source : tableau de bord sur la santé mentale à Marseille, Ville de Marseille, édition 2007.  
Pauline PETTRE

Pour le territoire Grand Sud Huveaune, le taux de recours à un psychiatre libéral est plus important, comparé aux arrondissements du Nord de la Ville. Par contre, le taux de recours aux psychiatres hospitaliers est plus faible (territoire couvert par le Centre hospitalier spécialisé de Valvert).

L'équipe mobile de liaison psychiatrie-précarité n'intervient que dans certains arrondissements de la ville de Marseille ; les arrondissements de la Vallée de l'Huveaune et du Littoral Sud ne sont pas couverts par ce dispositif.

#### B) Compte-rendu des entretiens avec les partenaires

Tableau représentant l'ensemble des personnes que j'ai interrogées :

Organisme	Personnes présentes à l'entretien	Date
CMP « Saint Barnabé » Secteur 8 (12 <sup>e</sup> arrondissement)	Docteur Lagier + équipe paramédicale (infirmiers et assistants sociaux)	21 Mai 2013 11h30
CMP « Saint Marcel » Secteur 7 (11 <sup>e</sup> arrondissement)	Docteur Martine Fournier + équipe paramédicale (infirmiers, psychologue et assistants sociaux)	30 Mai 2013 9h30 – 10h30
MDS « Chartreux »	Marie Yolande Famchon (directrice) Odile Mariotti (Adjoint cohésion sociale)	29 Mai 2013 11h
MDS « Saint Marcel »	Marie-Ange Douguet	7 Mai 9h
CCAS	Laetitia Martinet (responsable des dispositifs de politique sociale) + 2 référents sociaux RSA + 2 adjoints animation territorial + 1 conseillère en économie sociale et familiale + 1 Assistante sociale sur l'espace service ainé	Jeudi 13 juin 14h30
Médecin pôle insertion RSA	Dr Louge	23 Mai 2013 14h
13 Habitat (BS)	Elyse Loliée (directrice territoriale)	4 Juin 2013

	Mr Awa (responsable d'agence)	15h
Erilia	Aline Genteur (conseillère sociale)	Lundi 3 Juin 9h30
HMP	Isabelle Delfour	Mardi 28 Mai à 9h30
ICF Méditerranée	Claudine Verlaque (Directrice agence provence) Françoise Cool (chef de secteur) Elodie Campanili (conseillère sociale)	Jeudi 27 Juin
SOGIMA	Me Cutellas (conseillère sociale)	Mercredi 12 Juin 14h
13 Habitat	Pierre Cantigliir (conseiller clientèle)	Mercredi 29 Mai 14h
Point Ecoute Santé	Magalie Escure (psychologue)	Vendredi 31 mai 9h30

Malgré de nombreuses sollicitations, certains bailleurs sociaux n'ont pas donné suite à ma demande. Il s'agit des bailleurs suivants :

- SFHE : Didier Machet (DGA) et Stéphanie Marc
- LOGIREM : Stephan Matias (Directeur Agence) et Corinne Ferrara (chargée étude développement vieillissement handicap)
- Logis Méditerranée : Sandrine Bordin (présidente du directoire)
- NLP : Olivier Laffargue (responsable agence Marseille)

Un bailleur social (UNICIL) représenté par Françoise Simon (service développement urbain) n'a pas souhaité me rencontrer car elle connaissait déjà les démarches de réseau sur les autres territoires.

a) *Des constats communs*

**Deux arrondissements avec des réalités sociales différentes :**

Selon l'ensemble des professionnels, les deux arrondissements du 11<sup>e</sup> et du 12<sup>e</sup> ne recouvrent pas les mêmes réalités sociales.

La population du 11<sup>e</sup> arrondissement est davantage touchée par la précarité qui s'est aggravée ces dernières années. Le 11<sup>e</sup> compte un nombre important de quartiers défavorisés et de cités. Selon le médecin du CMP du 11<sup>e</sup>, « c'est un secteur mosaïque avec

des poches paupérisées autour des cités ». Cette précarité est notamment liée à la fermeture progressive d'industries implantées dans ce secteur. Le problème du logement est prégnant, un nombre important de personnes vivent dans des appartements insalubres.

Le 12<sup>e</sup> arrondissement est un secteur plus favorisé avec une majorité de quartiers pavillonnaires (villas et résidences) et peu de HLM, même s'il existe malgré tout des personnes en situation de précarité et en difficulté de réinsertion sociale. Néanmoins, la stigmatisation des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale semble être plus élevée.

Ainsi, les demandes et les besoins des populations ne sont pas les mêmes entre les deux arrondissements. Les situations les plus problématiques rencontrées par les professionnels autour du thème « santé mentale et logement » sont majoritairement représentées dans le secteur du 11<sup>e</sup> arrondissement.

### **Les principales problématiques rencontrées dans les logements :**

Les échanges avec les représentants du secteur psychiatrique, les bailleurs sociaux et les services sociaux sur la définition de la problématique « troubles psychiques et logement », ont permis de cerner les situations sensibles qui pourraient être prises en compte par le réseau :

- La dégradation du lieu de vie : il est fréquent que l'entretien du logement soit à l'image de ce qui se passe à l'intérieur de soi (désintérêt, incurie, dégradations) posant alors des problèmes d'hygiène et d'entretien du logement : dégradation du logement, encombrements (par exemple cartons entreposés), odeurs nauséabondes, envahissement par des cafards, non aération du logement, comportements allant à l'encontre de la bonne utilisation du logement (utilisation du gaz) ;
- Les personnes en difficulté psychique peuvent présenter des troubles du comportement pouvant engendrer des problèmes avec le voisinage : nuisances sonores (tapage nocturne, cris), agressivité envers les voisins, incivilités, dégradation des parties communes (feus dans les poubelles, jets d'ordures par la fenêtre,...), exhibitionnisme, hébergement de personnes SDF au sein du logement, envoi multiple de courriers de plainte, violences intra-familiales ; ces comportements entraînent souvent des jugements de valeur qui stigmatisent rapidement le résident et/ou sa famille. Un cercle vicieux s'instaure ainsi entre un résident en difficulté et le voisinage.

- Les situations d'isolement et de repli sur soi, de solitude, où la personne est marginalisée et risque de ne plus subvenir à ses besoins (laisser-aller, ne se nourrit plus).

Certains comportements hors normes ont été cités comme des symptômes de ces situations sensibles :

- Mauvaise gestion de leur budget. Ainsi, les dettes locatives engendrent la mise en place de procédures d'expulsion. Parfois, la mise en place d'une procédure d'expulsion provient à la fois de dettes locatives et de troubles de jouissance (plaintes du voisinage).
- Conduites addictives : consommation d'alcool ou de drogues

Selon le médecin du pôle insertion RSA, il existe deux problématiques principales :

- Vivre dans des logements inadaptés (insécurité, cambriolages, locaux insalubres, humidité) influe sur l'état psychique (majorité de personnes présentant des troubles dépressifs). Les personnes vivant en HLM se sentent souvent dans une impasse (difficulté à changer de logement). Cette problématique est particulièrement prégnante dans la zone urbaine « Air Bel » ;
- Inversement, présenter des troubles de santé mentale influe sur la façon d'habiter le logement et peut rendre incapable de vivre de manière autonome ;

Les situations les plus complexes sont généralement décrites comme un cumul de plusieurs problématiques : par exemple une personne emmurée dans son logement, isolée, vivant dans un état d'insalubrité et de déni majeur de la pathologie.

Ces situations présentent un véritable danger pour la personne elle-même, mais aussi pour le voisinage. M. Pierre Cantigli, conseiller social clientèle de l'agence « 13 Habitat », me donne plusieurs exemples :

- Monsieur A., vivant seul, cuisine sur un feu de bois installé au milieu du salon. Le risque d'incendie est important ;
- Monsieur B., n'a plus d'eau ni de chauffage dans son logement, il dort à même le sol.

Les situations les plus critiques concernent principalement des personnes seules (adultes et personnes âgées) sans famille proche ou des familles monoparentales, en grande précarité financière et affective.

- b) *Les besoins et les réponses apportées par les professionnels autour de la question « santé mentale et logement »*

### **Les professionnels du soin**

Les professionnels du soin affirment leur intérêt à développer des partenariats avec les bailleurs sociaux, ce qui permettrait de renforcer les liens déjà existants. Outre la question du maintien dans le logement, ils sont particulièrement préoccupés par la question de l'accès au logement. En effet, les professionnels des CMP observent une certaine réticence des bailleurs sociaux à louer des logements à des personnes suivies en psychiatrie, alors que les besoins sont importants : « les bailleurs doivent pouvoir entendre qu'il y a des demandes urgentes pour l'obtention d'un logement social, qui doivent être traitées dans un délai raisonnable ». En effet, les personnes atteintes d'un trouble psychique se retrouvent souvent en situation de précarité et ne peuvent donc pas assumer financièrement un logement dans le parc privé. Beaucoup d'entre-elles risquent de perdre leur logement ou habitent des logements inadaptés à leurs besoins. Une assistante sociale du CMP 12<sup>e</sup> me donne l'exemple d'un jeune homme suivi, qui vit dans un logement de 30m<sup>2</sup> depuis 6 ans : « il devient fou dans son logement parce que c'est minuscule, il a été refusé à deux reprises dans le cadre du DALO<sup>64</sup> car le logement n'est ni insalubre ni surpeuplé. Personne ne semble entendre sa demande ». Sont également évoquées les difficultés à trouver une solution de logement à la sortie d'une hospitalisation : « l'hôpital n'est pas là pour pallier le manque de logements et pourtant cela arrive fréquemment que la personne reste hospitalisée parce qu'elle n'a pas de solution ».

Concernant le problème du maintien dans le logement, les professionnels précisent qu'ils reçoivent régulièrement des signalements émis par les bailleurs sociaux. Les professionnels du CMP 12<sup>e</sup> sont régulièrement saisis pour des difficultés liées à des dettes locatives. Ceux du 11<sup>e</sup> disent rencontrer environ 4-5 cas de situations dites « complexes » par an.

---

<sup>64</sup> Droit Au Logement Opposable (voir définition en annexe)

Le travail réalisé autour de ces personnes consiste à éviter une expulsion, à traiter le problème social de la manière la plus douce possible (et ainsi amener progressivement la personne à payer son loyer) et à essayer de tisser une relation de confiance avec la personne pour l'inciter à se soigner.

Ils me font part de leur impuissance face à de nombreuses situations, pour lesquelles ils ne peuvent pas (ou peu) apporter de solutions. Les situations les plus complexes rendent difficile l'établissement d'une relation d'aide : selon l'assistante sociale du CMP 11<sup>e</sup> : « on ne sait pas comment aider cette personne de façon concrète ». Pour eux, si la personne n'est pas connue du soin, il est beaucoup plus difficile d'intervenir.

Le médecin du CMP 12<sup>e</sup> précise qu'il est important que les bailleurs sociaux puissent comprendre leur façon de travailler : leur éthique professionnelle les oblige à n'intervenir que si la personne accepte d'être suivi par une équipe de psychiatrie. En aucun cas l'équipe ne forcera la personne : « on peut proposer mais pas imposer ». L'assistante sociale me donne l'exemple d'un patient qui vit dans son appartement dans un état d'incurie : « on touche à lui-même quand on essaie de l'aider à mieux entretenir son logement. Depuis il recule quant à la poursuite des soins et il ne se manifeste plus. Dans tous les cas, si c'est trop difficile pour lui, nous ne pouvons pas le forcer ». Pour les situations trop extrêmes, ce sont la police ou les pompiers qui interviennent.

Concernant les liens avec la Maison Départementale des Solidarités (MDS), des visites à domiciles ont déjà été réalisées en partenariat (par exemple une assistante sociale de la MDS et une infirmière du CMP). Suite à des difficultés de communication entre le CMP 12<sup>e</sup> et la MDS « Les chartreux », plusieurs réunions ont déjà eu lieu afin de trouver des moyens d'entente : « on nous a émis des reproches parce que l'on ne faisait pas suffisamment de démarche d'aller vers ».

Face à des partenaires en demande d'aide et de soutien, tous les professionnels reconnaissent qu'ils sont tout autant démunis face à ces situations et qu'ils n'ont pas de solution « miracle » à apporter : « malheureusement, nous n'avons pas plus d'outils à notre disposition si les personnes refusent d'être suivies ».

Pour aider au mieux les personnes dont ils ont la charge, eux-mêmes font appel à deux interlocuteurs principaux :

- L'association AELH<sup>65</sup> qui propose des ateliers de recherche de logement et des mesures A.S.L.L<sup>66</sup>. Un de leur membre s'est également déplacé pour rencontrer plusieurs patients au sein du CMP ;
- Pour les personnes âgées, l'association « les petits frères des pauvres » propose un accompagnement pour les personnes souffrant de solitude et d'exclusion.

Si le réseau se met en place, les professionnels sont tous intéressés pour participer aux réunions. Cependant, pour le CMP 11<sup>e</sup>, le médecin souligne le manque de moyens en personnel : « le temps consacré aux réunions, ce sont autant de consultations qui n'ont pas lieu ». Dégager une demi-journée par mois pour assister aux réunions du réseau lui sera difficile.

### **Les bailleurs sociaux**

Les missions des bailleurs sociaux envers les publics ayant un problème avec leur logement sont les suivants :

- Une évaluation et un diagnostic de la situation avec éventuellement des visites à domicile ;
- La mise en place d'un suivi et d'une veille auprès du locataire, où le bailleur social est attentif à l'évolution de la situation.
- La coordination par la mise en lien entre le locataire et les différents partenaires mobilisés.

Les situations préoccupantes sont signalées aux référents sociaux par le biais de divers interlocuteurs :

- Les gestionnaires d'immeuble (gardiens d'immeuble) ;
- Les voisins d'immeuble : généralement sous la forme d'une lettre qui fait état de troubles ou d'une pétition (les habitants d'une cage d'escalier se mobilisent pour demander au bailleur de trouver une solution) ;
- Les prestataires extérieurs (par exemple des entreprises qui doivent réaliser des travaux à l'intérieur du logement) ;
- Les amicales de locataires.

---

<sup>65</sup> Association « Agir Ensembles pour le logement en Huveaune »

<sup>66</sup> Aide à l'accompagnement social lié au logement (voir définition en annexe)

Les situations peuvent également être repérées directement au sein de l'agence, les responsables et conseillers sociaux observant des comportements inadaptés.

La gestion de ces dossiers demande une forte mobilisation et un temps long pour arriver à établir une relation de confiance. Il n'y a pas de procédure type à dérouler, chaque situation est gérée au « cas par cas ». Généralement, les bailleurs sociaux s'engagent dans un premier temps dans une démarche amiable, afin que le locataire puisse prendre connaissance des risques encourus si les problèmes perdurent. Sont alors évaluées les capacités du locataire à réagir face à ces avertissements.

Si le locataire ne réagit pas, les solutions prises sont souvent le signalement au procureur, la mise en route d'une procédure d'expulsion ; celles-ci sont toutefois utilisées comme facteur déclencheur d'une réponse sociale et médicale (mobilisation des services sociaux dans le cadre des mesures de protection et d'accompagnement, et des services psychiatriques dans le cadre d'une prise en charge ambulatoire ou d'une hospitalisation). L'idée est de pouvoir éviter d'aller jusqu'au bout de la procédure d'expulsion et de permettre si nécessaire une nouvelle orientation : prise en charge en hospitalisation, mobilisation de la famille, placement (départ en maison de retraite, foyer), prise en charge par d'autres services.

Les bailleurs sociaux insistent sur le fait qu'ils sont toujours bienveillants envers le locataire. Ils agissent de manière la plus douce possible en évitant les actions brutales, qui pourraient mettre à mal la relation de confiance établie. Cependant, dans certaines situations urgentes, se caractérisant le plus souvent par des mises en danger pour la personne, il n'est pas possible d'avoir cette souplesse. En tant que bailleur ils sont responsables en cas d'incident. La sécurité au sein du logement, mais aussi pour l'ensemble de l'immeuble devient alors primordiale.

Par ailleurs, les bailleurs sociaux en charge de la gestion des situations reconnaissent être en « porte-à-faux » entre la gestion des impayés (pression du bailleur), la paix sociale (pression du voisinage), et le maintien à domicile des personnes en souffrance (rôle d'insertion par le logement des bailleurs sociaux).

Concernant les relations avec les partenaires, plusieurs bailleurs ont déjà établi des partenariats avec les services médicaux et sociaux de secteur : les services de psychiatrie

(urgences psychiatriques, CMP, unités mobiles de psychiatrie, services de gérontopsychiatrie), les services du Conseil Général (MDS, CCAS avec « l'Espace Service Aîné »), les diverses associations (mise en place d'aides à domicile, de mesures d'aide à la gestion du budget, etc.), les services d'hygiène de la ville, la police et les pompiers, les services de la CAF (pour traiter les impayés de loyer), l'UDAF (pour les personnes ayant une mesure de tutelle et de curatelle), les associations d'insertion RSA.

Toutefois, ils évoquent leurs difficultés à repérer le bon interlocuteur, par méconnaissance des différents dispositifs qui peuvent intervenir. Lorsque ceux-ci sont repérés, ils disent avoir des difficultés à mobiliser les services de psychiatrie. En effet, l'adhésion de la personne étant nécessaire, les situations restent souvent bloquées : la personne se rend difficilement dans les lieux de soins et les déplacements des équipes à domicile restent rares. Même si les équipes se déplacent, il arrive que le locataire ne veuille pas ouvrir la porte. Plusieurs bailleurs sociaux font des tentatives auprès des locataires pour les amener vers le soin (en aidant à la prise de RDV, en essayant de motiver la personne,...), mais le plus souvent ces tentatives échouent. Les professionnels ont alors le sentiment de ne pas avancer dans la gestion du problème, d'être démunis et seuls face à des situations pour lesquelles ils souhaiteraient avoir davantage de soutien.

Selon eux, les bases du partenariat ne sont pas solides :

- Les échanges avec les partenaires restent difficiles : « on se heurte souvent à la confidentialité des éléments », « avec notre casquette de bailleur, nous ne sommes pas sur le même pied d'égalité »<sup>67</sup>. Il n'est pas rare que le bailleur social ne puisse pas savoir si la personne est déjà suivie ou non par un service médical ou social, ces informations étant présentées comme confidentielles.
- Des situations ne sont pas réglées malgré des signalements émis par le bailleur : « nous avons le sentiment qu'il ne se passe rien, les situations n'évoluent pas ou peu dans le temps. Derrière il n'y a pas de suivi ni de retour, on ne sait pas vraiment quelles sont les actions qui sont engagées par les partenaires »<sup>68</sup>.
- Un fonctionnement en boucle : « tout le monde se renvoie la patate chaude »<sup>69</sup>. Par exemple, un Monsieur retourne à son domicile après une hospitalisation et se retrouve confronté à la même situation problématique qu'auparavant. Un autre

---

<sup>67</sup> Phrases énoncées par Me Isabelle Delfour, référente sociale chez « Habitat Marseille Provence »

<sup>68</sup> Phrase énoncée par Me Elyse Loliée, directeur d'agence chez « 13 Habitat »

<sup>69</sup> Phrase énoncée par M. Awa, responsable d'agence chez « 13 Habitat »

exemple : le bailleur social explique aux voisins qu'ils peuvent appeler la police. Lorsque la police se déplace, elle renvoie le problème au bailleur social.

Il manque un réseau permettant de donner une réponse claire et rapide en terme d'orientation ou d'action à engager auprès de la personne. Les bailleurs sociaux rappellent que leur rôle est essentiellement un rôle d'alerte et de prévention. Ils n'ont pas les compétences pour traiter certains aspects du problème pour lesquels ils n'ont pas été formés. De même, dans la phase de diagnostic, il est difficile de faire une évaluation pertinente : il serait donc intéressant de pouvoir bénéficier d'un accompagnement ou de faire un travail en commun : « on serait davantage en confiance si l'on avait un accompagnement par un professionnel, afin d'avoir un œil externe ».

Ainsi, la création d'un réseau pourrait permettre d'améliorer les points suivants :

- Mieux connaître les pathologies mentales afin de mieux repérer les signaux d'alerte, les situations préoccupantes et mieux identifier le problème. Par exemple, avoir des connaissances sur le syndrome de Diogène, le lien entre maladie mentale et la façon d'habiter son logement, etc. ;
- Mieux évaluer la situation, les difficultés et l'urgence de l'intervention ;
- Trouver rapidement une solution commune en exploitant les compétences de chacun suivant leur niveau de responsabilité ;
- Avoir un lien plus direct avec les équipes médicales : pouvoir compter sur leur appui et leur avis, avoir la possibilité d'alerter plus vite sur une situation préoccupante, pouvoir orienter plus facilement vers les services médico-psychologiques compétents.

### **Les professionnels du social**

Le secteur social est tout aussi sensible à cette problématique, même si celle-ci n'est pas au cœur de son intervention.

Sa participation au réseau peut se faire par l'intermédiaire de sa mission concernant la protection des adultes vulnérables, par la mesure d'accompagnement social personnalisé (la question du logement est présente dans cette mesure) et par l'évaluation des informations préoccupantes majeures.

Pour les **maisons départementales de la solidarité**, les clés d'entrée pour une prise en charge par leurs services sont les suivants :

- S'il existe un risque d'expulsion lié à un trouble de jouissance ou une dette locative, le service reçoit par le biais du préfet au « bureau de prévention des expulsions domiciliaires » une enquête sociale à réaliser ;
- Des signalements par le voisinage ;
- Des bailleurs sociaux ;
- Les amis ou la famille de la personne en difficulté.

Le rôle des assistantes sociales en charge du dossier est de se rendre au domicile de la personne afin de réaliser une évaluation sociale de la situation : description du parcours de la personne, des troubles engendrés et évaluation du montant de la dette. Ensuite, il s'agira d'évaluer si la personne est connue et accompagnée par d'autres partenaires.

Pour les professionnels du social, les personnes les plus difficiles à prendre en charge sont les personnes âgées de moins de 60 ans présentant une dégradation psycho-sociale. Pour les personnes âgées, cela semble moins difficile car il existe déjà un maillage départemental et local : souvent ces personnes sont déjà connues par de nombreux partenaires : « on arrive toujours à trouver un intervenant, le travail se fait davantage en transversalité »<sup>70</sup>.

Les professionnels de la MDS du 12<sup>e</sup> ne sont pas vraiment favorables à intervenir sur des situations en collaboration avec les bailleurs sociaux, même s'il est déjà arrivé que des visites communes aient lieu. Ils mettent en avant le problème du secret professionnel : « on ne peut pas leur dire les actions que l'on mène auprès du ménage »<sup>71</sup>. Néanmoins, ils reconnaissent que pour eux, la gestion des situations est plus facile : « nous sommes intégrés dans une équipe avec des champs de compétences différents, avec qui on peut travailler sur des situations, contrairement au bailleur social qui se retrouve isolé »<sup>72</sup>.

Les professionnels de la MDS du 12<sup>e</sup> sont cependant intéressés à participer au réseau, mais ils redoutent de devenir les référents sociaux de l'ensemble des situations présentées au réseau, ce qu'ils ne souhaitent pas.

---

<sup>70</sup> Phrase énoncée par Me Famchon, directrice de la MDS 12<sup>e</sup> « les chartreux »

<sup>71</sup> Phrase énoncée par Me Famchon, directrice de la MDS 12<sup>e</sup> « les chartreux »

<sup>72</sup> Phrase énoncée par Me Mariotti, adjointe à la cohésion sociale de la MDS 12<sup>e</sup> « les chartreux »

Les professionnels de la MDS du 11<sup>e</sup> mettent en avant qu'il n'existe pas d'action spécifique en direction de ce public ni d'intervention type : « nous intervenons au cas par cas, il n'y a pas de réponse mécanisée »<sup>73</sup>. Ils expliquent leurs difficultés à apporter une réponse pertinente par manque de moyens d'action mis à leur disposition. Leur rôle consiste essentiellement à compléter l'action d'autres partenaires plus pertinents sur la thématique « santé mentale et logement », tels que les services de psychiatrie publique.

Lorsqu'ils repèrent des situations urgentes à traiter, ils peuvent faire un signalement au parquet pour la mise en place d'une mesure de tutelle et/ou faire une demande d'intervention de la police. Ils rappellent cependant que ces actions ne sont pas des prérogatives particulières à la MDS.

**Les professionnels du Centre Communal d'Action Sociale (CCAS)** apportent leurs services en direction de deux types de publics :

- Les personnes âgées ;
- Les personnes en situation de précarité, notamment les bénéficiaires du RSA.

Ils expliquent qu'ils reçoivent régulièrement des signalements de la part des bailleurs publics. Ils déplorent le manque de prise en charge globale de la personne. Leurs interventions portent sur des actions à court terme, qui visent la résolution des nuisances, par exemple par la mise en place d'un plan d'aide au nettoyage.

Les professionnels qui ont en charge les bénéficiaires du RSA expliquent qu'en comparaison avec les personnes âgées, il est beaucoup plus difficile de créer un maillage partenarial autour de la personne : « il existe très peu de partenaires, finalement on travaille en solo ». Lorsqu'un travail en partenariat se met en place, ils en voient aussi rapidement les limites. Par exemple lorsqu'une mesure ASLL est proposée, elle ne tient pas dans le temps : « parfois le suivi s'arrête lorsque la personne devient agressive ».

Leur intérêt pour la participation au réseau porte sur les points suivants :

- Connaître les missions et possibilités d'intervention de chaque partenaire
- Mutualiser les connaissances et compétences de chacun
- Pouvoir impliquer davantage les services de soins (CMP)

---

<sup>73</sup> Phrase énoncée par Me Douguet, directrice de la MDS 11<sup>e</sup> « Saint Marcel »  
Pauline PETTRE

Ils souhaiteraient une réunion pour pouvoir bénéficier de l'expérience des autres réseaux « santé mentale et logement » présents dans la ville de Marseille.

### **Les structures « de second cercle » à mobiliser**

D'autres structures sur le territoire sont concernées par cette problématique, et pourraient être associées au réseau. Il s'agit :

- du CLIC gérontologique : Centre Local d'Information et de Coordination (coordination de la prise en charge médico-sociale des personnes âgées)
- du service ULICE : Unité Locale d'Intervention de Crise et d'Evaluation
- de l'unité mobile géronto-psychiatrique de Valvert
- du service d'hygiène de la Ville
- de l'association « Agir Ensembles pour le Logement en Huveaune » (AELH)
- du commissariat de secteur

## **5 Analyse réflexive**

L'Atelier Santé Ville vise à faire évoluer le système de santé comme l'un des vecteurs essentiels du développement social des villes. Il permet un décloisonnement inter-institutionnel, notamment entre les politiques des collectivités territoriales, les politiques de l'Etat, mais également les projets d'établissements ou des associations. Il est également un espace d'opportunité pour décloisonner des crédits et faire converger les moyens, au service de la Santé Publique.

Ainsi, il constitue un support pour mettre en réseau les professionnels et créer les conditions d'une meilleure coordination au niveau territorial. Le développement de réseaux médico-sociaux constitue un des objectifs des Ateliers Santé Ville.

Pour ce stage j'ai collaboré directement avec le coordinateur de l'ASV Santé Mentale.

Le coordinateur de l'ASV joue un rôle fondamental :

- Par l'impulsion de la création et de la consolidation du partenariat. Par sa mission de coordination et d'animation, le coordinateur de l'ASV contribue à l'émergence et à la mise en place de partenariats actifs et de travail en commun des intervenants du champ sanitaire et social ;
- Par l'aide méthodologique aux montages de projets socio-sanitaires ;

- Par l'aide à la construction d'outils : outils de suivi pour la prise en charge des personnes,...
- Par le pilotage des évaluations qualitatives et quantitatives des actions engagées.

## 5.1 Les objectifs du stage et son évolution

Mon travail s'est articulé autour de deux axes principaux suivis en parallèle :

- La coordination des réseaux et du dispositif « intermédiation locative et handicap psychique », déjà opérationnels ;
- L'élaboration d'une réflexion et de propositions d'actions en lien avec les partenaires institutionnels (Ville/Etat/Conseil Général/ARS/DDCS,...).

En début de stage, mon maître de stage m'a proposé un ensemble d'objets de travail sur lesquels je pouvais travailler dans le cadre du stage. Progressivement, ces objectifs ont été réajustés en cours de route. Il n'était pas réaliste, au regard du temps imparti, de suivre tous les objets de travail.

En ce qui concerne la coordination des réseaux et du dispositif « intermédiation locative et handicap psychique », les principaux objectifs ont été atteints :

- Nous avons développé un regard critique sur les projets existants en analysant les résultats obtenus suite aux entretiens avec les différents acteurs ainsi que les réunions tenues dans le cadre de l'animation du réseau ;
- Le pilotage des réseaux avec une meilleure connaissance de terrain, des différents acteurs et une meilleure compréhension de leurs relations professionnelles ;
- La construction de nouveaux outils de partage de l'information dans le cadre du dispositif d'intermédiation locative tels que le « listing des référents ménages » ou « l'outil de suivi et d'accompagnement des ménages »

Néanmoins, je n'ai pas pu travailler sur deux points énoncés dans mes objectifs, en raison du manque de temps et du besoin de disposer de tous les résultats avant de pouvoir décider de stratégies d'action vraiment efficaces :

- L'élaboration de plans de formation pour les professionnels intégrés aux réseaux
- L'élaboration des stratégies d'action à partir des cas déjà traités

De même, en ce qui concerne les propositions d'actions en lien avec les partenaires institutionnels, un seul objectif a été atteint :

- Le développement de la démarche de réseau dans de nouveaux territoires : étude de faisabilité, rencontre avec les partenaires,...

Pour les autres objectifs énoncés :

- L'évaluation de l'existant et des besoins en terme d'offre de logement/hébergement : cette mission a été réalisée par le coordonnateur avant le démarrage du stage ;
- La mise en œuvre de nouvelles offres en logement/hébergement : à travers l'évaluation du dispositif d'intermédiation locative, nous avons travaillé à la construction d'un argumentaire auprès des services sociaux de l'Etat, ce qui est un préalable à la construction de nouvelles offres en logement ;

L'amélioration de la visibilité des réseaux par la création de nouveaux outils : je n'ai finalement pas été associée à cette démarche.

## **5.2 Analyse réflexive sur le dispositif d'intermédiation locative et santé mentale**

### **5.2.1 Son inscription dans les politiques publiques**

#### A) Contexte sociopolitique

Depuis les années 1990, la volonté politique est d'encourager un décloisonnement des dispositifs de prise en charge avec pour objectif de placer l'utilisateur au cœur du système de soins.

Le Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015 affirme la nécessité de dépasser le cadre sanitaire pour s'intéresser aux champs de l'inclusion sociale que sont le logement, l'emploi

et plus largement la participation à la vie sociale. L'enjeu principal est de prévenir et de réduire les ruptures dans les parcours de vie pour aider les personnes atteintes de troubles psychiques à mieux vivre avec leur maladie. Les préconisations vont dans le sens du développement d'alternatives à l'hospitalisation, notamment par la construction de partenariats, le développement de l'offre et du maintien dans le logement, l'amélioration de la qualité de vie des personnes et l'accès à l'exercice professionnel.

La promotion de la santé mentale est également un des axes stratégiques du PSRS 2012-2016, inscrit dans le PRS PACA. Il propose une organisation de la santé mentale qui réponde aux besoins des personnes par un parcours coordonné de santé et d'accompagnement.

Pour favoriser une prise en charge adaptée, il est préconisé d'améliorer la formation des professionnels et d'organiser des coopérations avec les partenaires sociaux et médico-sociaux intervenant en matière de logement et d'insertion. Cette nouvelle organisation permet de favoriser la fluidité des liens autour d'une filière de prise en charge structurée, adaptée et coordonnée entre les acteurs.

Par ailleurs, l'OMS préconise la promotion des traitements au sein de la communauté et de ne recourir au milieu institutionnel que dans de rares circonstances. Il est alors nécessaire de renforcer la présence de dispositifs de soins psychiatriques dans la cité et la mobilité des équipes de secteur.

#### B) Le cadre national / régional /local

Le projet mis en place dans la ville de Marseille s'inscrit dans plusieurs directives énoncées au niveau national, régional, départemental et local.

Début 2009, l'Etat accorde des crédits spécifiques délégués au titre du **Plan de relance de l'économie** pour la mobilisation de logements privés par intermédiation, dans le cadre du volet consacré au logement et à l'hébergement. Cette mesure cherche à améliorer la fluidité entre les réponses existantes et le décroisement des secteurs du logement et de l'hébergement.

Au niveau local, l'accès au logement ordinaire est une des priorités du **Plan Local de Santé Publique (PLSP) santé mentale**. Il donne la priorité à l'insertion sociale des personnes en situation de précarité ou d'exclusion, handicapées du fait de troubles

psychiques, par l'accès et le maintien au logement ou à l'hébergement dans des logements accompagnés.

Le **Contrat Local de Santé (CLS)**, mis en place conjointement par le préfet de la région PACA, le directeur général de l'ARS et le maire de la ville de Marseille, reprend les objectifs fixés par le PLSP. Il met l'accent sur la coordination des prises en charges dans la cité des personnes souffrant de troubles psychiques, notamment l'accès au logement ordinaire.

### **5.2.2 En quoi le dispositif d'intermédiation locative est une démarche de Santé Publique ?**

La santé publique n'est pas cantonnée exclusivement aux disciplines médicales, mais se veut un champ à la fois pluridisciplinaire et systémique, tout en prenant en compte l'ensemble des déterminants de la santé. Elle prend en compte un certain nombre de facteurs structurants pour les individus : la situation sociale, l'environnement, le contexte économique, l'éducation, etc. Ainsi, la Santé Publique réinterroge le fonctionnement de la société dans sa globalité. En ce sens, elle apparaît notamment comme une interface privilégiée entre le « sanitaire » et le « social »<sup>74</sup>.

En promotion de la santé mentale, « les actions centrées sur les individus sont nécessaires mais insuffisantes. Il s'agit de viser à accroître la capacité des collectivités à identifier et à analyser les facteurs qui favorisent ou compromettent la santé mentale de leurs membres. »<sup>75</sup>

#### A) Le dispositif d'intermédiation locative : quelle plus-value pour les usagers ?

En 2009, le diagnostic réalisé par le PACT 13 faisait état de plusieurs manques, notamment sur deux points essentiels :

- En terme d'offre de logements autonomes pour les personnes atteintes de troubles psychique, ce qui entraîne des difficultés majeures à la sortie d'hospitalisation ;
- Dans la prise en charge des personnes atteintes de troubles psychiques et de leurs familles habitant dans des logements autonomes. En effet, les personnes en situation de handicap psychique ont davantage de difficultés à assurer la gestion du quotidien

---

<sup>74</sup> Ateliers Santé Ville « une démarche locale pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé », éditions de la DIV, page 28

<sup>75</sup> Santé mentale : des leviers pour agir sur le territoire. Rubrique Repères pour agir en promotion de la santé – n°22 Juin 2012

et de l'environnement matériel et social. Ces difficultés peuvent se traduire par des troubles du voisinage, un mauvais entretien du logement, des impayés de loyers, un isolement, etc. L'absence d'aide peut entraîner des mesures d'expulsion, d'exclusion familiale et de mise en hospitalisation sous contrainte.

Le travail de collaboration entre le soin, le social et le médico-social mis en place grâce au projet « Intermédiation locative et handicap psychique » a pu permettre d'apporter **une meilleure réponse aux besoins et attentes des personnes**, ceci par un meilleur accompagnement social/médico-social, un meilleur repérage des signes de détresse par les opérateurs du logement et une gestion collective des problèmes rencontrés.

Par ailleurs, l'accès à un logement est un des déterminants permettant d'améliorer la santé des personnes. Il permet **la réhabilitation psycho-sociale** en rétablissant la personne dans ses droits, par la réinsertion et la réintégration dans la cité. Selon Edouard Couty, dans son rapport sur les missions et l'organisation en santé mentale et en psychiatrie, la réhabilitation psycho-sociale est une approche pertinente permettant la prise en compte des aspects sociaux de la prise en charge et de l'accompagnement des patients : « il s'agit d'un élément du soin, qui fait suite à la phase de prise en charge aiguë et peut être considéré comme le pendant, pour la maladie mentale, de la médecine de réadaptation pour les affections à caractère somatique »<sup>76</sup>.

La recherche de solutions de logements peut être considérée comme faisant partie de l'éducation thérapeutique : le malade participe activement à la gestion des différents aspects de sa vie compte tenu de sa maladie. Ainsi, le patient est mis dans une situation d'être non pas un sujet passif d'une prise en charge, mais un acteur, tout en étant accompagné sur le plan médical et sur le plan social.

Pour que les actions d'accompagnement et de suivi personnalisé des malades puissent trouver toute leur efficacité, le logement doit être adapté à la situation économique et à l'état de santé des patients.

Le logement des patients en cours de réinsertion sociale est un aspect essentiel qui conditionne le succès de cette réinsertion. Selon l'OMS, toutes ces actions pour la réhabilitation et la réinsertion des personnes atteintes de troubles psychiatriques font parti de la prévention tertiaire.

---

<sup>76</sup> Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie, établi par Mr Edouard Couty, page 28

Par ailleurs, cela **permet de réduire la stigmatisation** des personnes souffrant de troubles psychiques en leur permettant de pouvoir vivre dans un logement ordinaire. Dans le cadre de la promotion de la santé, la lutte contre la stigmatisation du malade est une priorité de santé publique. Le dispositif d'intermédiation locative permet de concevoir et de mettre en place une démarche qui devra impliquer de nombreux acteurs dans le but de favoriser l'insertion dans la cité des malades psychotiques et de protéger leurs droits fondamentaux.

Enfin, ce dispositif implique pour les usagers un lien direct entre l'accès à un logement et les soins psychiatriques engagés. La participation au projet de soins est une condition essentielle pour pouvoir accéder à un logement et pouvoir s'y maintenir. Ce fonctionnement permet **une meilleure implication des usagers** dans leur participation aux soins. Or on a pu se rendre compte à l'occasion d'événements dramatiques que l'aggravation de l'état pathologique est souvent liée à une perte du contact entre le patient et le dispositif de soins. La perte de contact a généralement pour effet des problèmes d'observance médicamenteuse et conduit souvent à une décompensation rendant nécessaire une nouvelle hospitalisation.

L'affaiblissement ou la perte du lien thérapeutique a souvent pour origine une perte de repères, des problèmes d'isolement social, des difficultés matérielles, en particulier de logement. La prise en charge des patients psychiatriques ne peut donc se concevoir sans une dimension d'organisation de la vie quotidienne des malades. Dans ce sens, la pratique de la visite à domicile constitue un élément essentiel dans la capacité des services psychiatriques à garder le contact avec les patients. Le lien de proximité et la continuité des prises en charge sont nécessaires à l'efficacité des soins et à une bonne organisation de la vie quotidienne des patients.

Ainsi, les objectifs poursuivis sont atteints : l'offre en logement autonomes pour les patients atteints de pathologies psychiatriques s'est améliorée, tout en permettant le maintien de l'état de santé et en assurant le maintien à domicile des personnes.

#### B) Le dispositif d'intermédiation locative : les effets pour les professionnels

Le dispositif d'intermédiation locative est conduit dans un cadre de partenariat. Il est composé d'acteurs multiples : médecins psychiatres, infirmiers, éducateurs, assistantes sociales, conseillères en économie sociale et familiale, bailleurs sociaux, psychologues, etc. L'ensemble de ces professionnels proviennent de champs divers : sanitaire, social et médico-social.

#### a) *Les avantages du partenariat*

Le partenariat établi se fonde sur le partage d'un référentiel d'action commun aux différents membres. Il est élaboré par un mode de régulation culturelle qui appelle des échanges, des confrontations et un espace de débat<sup>77</sup>. Il permet **une intervention et une organisation professionnelle plus intégrée** par l'engagement dans des pratiques transversales et pluridisciplinaires. Il mobilise l'ensemble des acteurs et des ressources dans le cadre d'une démarche partagée.

La structuration de tels espaces se traduit par des effets positifs :

- En permettant la rencontre entre professionnels, ceux-ci notent une amélioration de la communication et une rupture de leur isolement ;
- Par la mise en commun des ressources et des informations ;
- Par l'ouverture de nouvelles marges de manœuvre par la définition de responsabilités propres et partagées tout en facilitant la complémentarité et la cohérence des interventions de chacun ;
- Par la réduction du sentiment d'impuissance de certaines catégories de personnels. Par exemple, les bailleurs se sentent soutenus et aidés par les professionnels du champ sanitaire pour savoir comment agir au mieux dans la prise en charge, en tenant compte des difficultés liées au handicap psychique. Pour les professionnels du soin, le partenariat établi avec les bailleurs leur permet d'élargir leurs possibilités dans les démarches entamées avec les usagers, en leur permettant de mieux les aider à trouver un logement adéquat.
- Par le développement de référentiels et des réflexions collectives sur des thématiques complexes (par exemple sur le thème du secret partagé)

Les liens créés dans le cadre du partenariat vont également, au-delà de la simple coopération, vers une amélioration des processus organisationnels, notamment par une analyse collective des dysfonctionnements. Par exemple, les acteurs ont pu identifier ensemble, lors des réunions de commission mensuelle, un certain nombre de dysfonctionnements :

- Des problèmes de coordination entre les acteurs (informations contradictoires données au patient) ;
- Des délais trop longs pour résoudre les problèmes techniques dans les appartements ;

---

<sup>77</sup> François-Xavier Schweyer, le travail en réseau : un consensus ambigu et un manque d'outils, Sociologies Pratiques n°11/2005, page 98

- Des difficultés d'organisation des soins et d'accompagnement (réponses données aux patients peu rassurantes, actions de chaque membre mal définies, etc.)
- Des logements mis à disposition qui ne correspondent pas aux besoins des usagers ;

Cette analyse collective a pu permettre de résoudre certains de ces dysfonctionnements par la mobilisation des acteurs concernés.

La mise en œuvre du partenariat participe également à l'émergence de nouvelles pratiques professionnelles et des mobilisations collectives. Il accroît la compétence individuelle et collective des intervenants. Il peut être un lieu d'apprentissage à partir de la redistribution de l'expérience accumulée et du regard collectif porté sur les pratiques.

Par ailleurs, la mise en place d'un tel dispositif engage les professionnels à l'évaluation de leurs pratiques. L'évaluation permet aux acteurs et à leurs partenaires de produire une connaissance sur leur propre fonctionnement et de l'intégrer à l'action. Elle favorise ainsi le processus d'apprentissage organisationnel<sup>78</sup>.

Concernant les relations entre professionnels, « elles sont parfois jugées insatisfaisantes. Par exemple, les professionnels paramédicaux aspirent à des relations plus équilibrées et démocratiques avec les médecins »<sup>79</sup>. Au sein d'une institution donnée (par exemple un Centre Médico Psychologique), les positions sont verticales avec des liens hiérarchiques entre les personnes. « C'est un espace de positions, qui induit une conception conflictuelle et inégalitaire des rapports sociaux entre les agents qui travaillent au sein de l'institution »<sup>80</sup>. Par contre, le travail en partenariat réalisé dans le cadre de l'intermédiation locative suppose l'horizontalité des communications. Il induit une conception plus égalitaire des relations entre les partenaires. Ces modalités de travail peuvent améliorer les relations entre professionnels, en les rendant plus équilibrées et démocratiques.

Dans le même temps, « l'implication dans ce dispositif peut offrir à certains une diversification d'activité au regard du risque de routine ou de banalisation ressenti par de nombreux professionnels de santé »<sup>81</sup>.

---

<sup>78</sup> ANAES, Evaluation des réseaux de soins / Bilan de l'existant et cadre méthodologique / Mission évaluation réseaux de soins, octobre 2001, page 49

<sup>79</sup> François-Xavier Schweyer, le travail en réseau : un consensus ambigu et un manque d'outils, Sociologies Pratiques n°11/2005, page 99

<sup>80</sup> Luc Van Campenhoudt, « Réseau ou champ ? Deux concepts à l'épreuve du pouvoir dans le travail en réseau » page 48

<sup>81</sup> François-Xavier Schweyer, le travail en réseau : un consensus ambigu et un manque d'outils, Sociologies Pratiques n°11/2005, page 100

De plus, « La pérennité et la pertinence du dispositif se fondent sur la capacité à transformer la relation des membres à l'origine du projet en une action collective stable »<sup>82</sup>. Pour cela, plusieurs actions et outils ont été mis en place :

- Une formation transdisciplinaire, associant tous les professionnels, permettant la circulation du savoir. Lors de la mise en place du dispositif, des formations ont été dispensées afin de mieux comprendre les pathologies psychiques et les effets sur la façon d'habiter le logement ;
- Une cellule de coordination (la réunion mensuelle de commission), des supports de liaison (outil d'analyse des situations, compte rendu de réunion,...)

Cependant, il manque actuellement des référentiels de prise en charge, de suivi et de traitement.

#### *b) Les difficultés du partenariat*

Tout d'abord, nous avons pu constater des points de divergence entre les structures avec des concepts, théories et objectifs différents selon les partenaires. Par exemple, entre les deux CMP existe un manque d'intersubjectivité (ce qui est commun à tous et qui en tant que tel cimente les individus les uns aux autres en leur permettant de se ressembler suffisamment pour comprendre et échanger). Il existe des différences de styles et de références théoriques. Entre les CMP et les opérateurs du logement, on constate des différences de vocabulaire, qui renvoient à des notions différentes, ce qui peut générer des incompréhensions. Les différences culturelles entre professions peuvent rendre difficile la compréhension entre acteurs. Les formations et les références sont différentes. Les professionnels ont des visions différentes des patients : les professionnels des CMP ont tendance à les considérer comme autonomes, contrairement aux opérateurs du logement. La réflexion sur la capacité à intégrer un logement est parfois un objet de vives discussions. Le CMP a parfois l'impression que le bailleur ne tient pas compte du fait qu'il y ait une pathologie dans l'appréciation de la situation ; à l'inverse le bailleur a parfois l'impression d'être considéré comme un simple logeur qui n'aurait pas son mot à dire sur le choix des ménages ou sur la façon de les accompagner alors que c'est réellement son domaine de compétences.

Les opérateurs du logement ont pu exprimer leur sentiment concernant le monde de la psychiatrie : « c'est un monde hermétique » où les réponses apportées ne sont pas toujours comprises. En ce sens, des réunions en petits groupes pour échanger sur la prise en charge

---

<sup>82</sup> ANAES, Evaluation des réseaux de soins / Bilan de l'existant et cadre méthodologique / Mission évaluation réseaux de soins, octobre 2001, page 11

des patients ainsi que des formations régulières (sur la pathologie, le fonctionnement des structures, ...) pourraient permettre d'avoir une culture commune et de mieux se comprendre.

La création de ce partenariat ne modifie pas réellement la hiérarchie entre les différents acteurs de santé et aucune preuve tangible n'a été apportée quant à l'amélioration de leurs relations. Par ailleurs, « ce ne sont pas des procédures ou des outils qui structurent le dispositif mais une certaine conception du soin qui privilégie une approche partagée, c'est à dire plus égalitaire, entre professionnels. Or cette conception heurte au plan idéologique une partie des médecins, ce qui a pour effet d'hypothéquer les capacités d'apprentissage collectif »<sup>83</sup>. Par exemple, des débats ont eu lieu entre professionnels du soin et les opérateurs du logement concernant la sélection des ménages avant l'entrée dans le dispositif. Ceux-ci étaient en désaccord sur le niveau suffisant d'autonomie de la personne pour entrer dans le dispositif. Les professionnels du soin ont eu beaucoup de difficultés à accepter que les opérateurs du logement puissent donner leur avis à ce sujet.

Nous avons pu constater un manque d'implication et d'engagement de certains professionnels du fait que leur participation au dispositif leur a été imposée. Pour les opérateurs du logement, l'appel à projet auquel ils ont répondu consistait à réaliser de la gestion en intermédiation locative pour des publics répondant à la loi DALO. Le dispositif expérimental « intermédiation locative et santé mentale » leur a été imposé. Ce manque d'adhésion peut nuire au bon fonctionnement du partenariat. L'engagement des professionnels dans une activité collective, coûteuse en temps, ne va pas de soi.

Enfin, le turn-over des professionnels est aussi un frein au bon fonctionnement du dispositif en ce qui concerne la continuité du suivi des personnes et la connaissance des règles de coopération.

### *c) Quelques pistes de réflexion*

Les échanges entre professionnels se font encore par téléphone et supports papiers.

Nous avons pu constater à travers de nombreux exemples que les actions engagées auprès des patients ne sont pas toujours retranscrites. Cela a pour conséquence d'introduire un certain flou dans les informations. Certains professionnels, ne connaissant pas les actions des autres partenaires, vont parfois engager les mêmes actions envers la personne soignée.

---

<sup>83</sup> François-Xavier Schweyer, le travail en réseau : un consensus ambigu et un manque d'outils, Sociologies Pratiques n°11/2005, page 90-91

Pour pallier ces difficultés, la mise en place d'un dossier médical commun opérationnel serait opportune.

Enfin, il serait intéressant de pouvoir constituer des règles communes par la création de référentiels de bonnes pratiques et la modélisation des expériences réussies.

### C) Le dispositif d'intermédiation locative et le système de santé

Le dispositif permet de valoriser une conception des soins élargie, plus globale, avec le projet de dépasser une dimension exclusivement médicale de la santé, intégrant la prévention, le soin, le suivi et la réinsertion.

Il permet également de garantir une prise en charge et des pratiques plus « sécurées » pour les patients, leur entourage et les professionnels eux-mêmes.

Cependant, la coordination des soins se heurte à des réflexes professionnels et institutionnels bien ancrés. Le dispositif repose sur des initiatives intéressantes, mais dont le ressort est l'implication individuelle des personnes qui les ont initiées et qui les portent. Il est alors indispensable de trouver les leviers et les outils nécessaires à la généralisation de ces dispositifs qui doivent devenir partie intégrante de l'organisation des soins en psychiatrie.

En conclusion, le partenariat établi à travers le dispositif d'intermédiation locative favorise la coordination de la communauté pour promouvoir la santé. Il permet une meilleure organisation des services qui assureront aux bénéficiaires un niveau de vie adéquat pour le maintien de la santé, l'objectif final étant de permettre à chaque individu de jouir de son droit inné à la santé et à la longévité. Il permet également une nouvelle forme de relation aux patients, devenus partie prenante de leur parcours de soins.

L'enjeu n'est pas seulement de mettre ensemble différents acteurs pour créer de la « pluridisciplinarité », mais bien d'impulser une logique de coordination permettant de fédérer au mieux les ressources, pour une meilleure pertinence de l'action. Le partenariat permet de mettre en cohérence différentes actions éparses sur un territoire, de les fédérer et d'organiser leur coordination.

Ainsi, l'Atelier Santé Ville a vocation à développer les réseaux en créant des liens entre différents partenaires susceptibles d'améliorer l'action.

Il permet d'éviter le cloisonnement des actions, de les mettre en cohérence, de favoriser l'évolution des pratiques de tous, d'articuler les différents dispositifs institutionnels ayant un impact sur la santé des habitants.

Néanmoins, le dispositif d'intermédiation locative actuellement mis en place est encore loin de répondre à la totalité des besoins en logement des personnes suivies par la psychiatrie de secteur. Le nombre de logements proposés (17 actuellement) reste insuffisant. Concernant la poursuite du projet, on manque encore de visibilité sur les possibilités futures d'augmentation du nombre de logements à proposer.

### **5.3 Analyse réflexive sur la création d'un nouveau réseau sur le 11<sup>e</sup> et 12<sup>e</sup> arrondissement de Marseille**

Les dernières décennies ont vu la société peu à peu s'installer dans une crise globale (montée de l'exclusion, de la précarité, du chômage, ...) dont les conséquences multiples se traduisent, notamment, en termes de souffrance psycho-sociale, élargissant ainsi le champ de ce qu'on appelait jusqu'alors « la santé mentale », et augmentant aussi le nombre de personnes concernées, de situations à traiter et de professionnels sollicités.<sup>84</sup>

De nombreuses situations problématiques s'expriment sur le lieu d'habitation, à l'interface entre le sanitaire et le social. Ces situations complexes nécessitent la coordination d'une multiplicité de partenaires. Actuellement, il existe encore beaucoup de difficultés d'articulation entre le champ sanitaire et social. Malgré la connaissance des acteurs entre eux, ceux-ci ont encore beaucoup de difficultés à travailler ensemble.

Le développement des réseaux est une forme de réponse aux difficultés d'articulation entre champ sanitaire et social. Il représente une de ces nouvelles formes d'organisation de l'action publique en matière de santé au sein de laquelle peuvent se repérer de nouvelles configurations d'acteurs et de nouvelles pratiques du travail partenarial.

La mise en place d'un réseau répond à plusieurs besoins :

- Une nécessité pour accéder à la complexité des demandes
- Une obligation pour ne pas succomber au morcellement sociétal (combler le vide social, créer du lien)
- Un passage obligé pour pallier la paralysie ou les dysfonctionnements institutionnels
- Un moyen de fédérer les énergies à moyens constants sans remettre en question l'organisation générale du système

---

<sup>84</sup> Chevallet-Clartes, F. – Logement et santé mentale – Synthèse des deux réunions du groupe de travail issu du Conseil d'Orientation en Santé Mentale de Marseille, 25 mai et 25 juin 2007, page 1  
98  
Pauline PETTRE

Le réseau répond donc à de nouveaux besoins et de nouveaux enjeux révélés massivement par cette crise des modèles organisationnels dominants. Il tente d'apporter une réponse non instituée, dotée d'une dimension humaine forte.

### **5.3.1 L'inscription du travail de réseau dans les politiques publiques**

En France, les rapports et les circulaires sur la santé mentale se succèdent depuis quelques années. La plupart de ces textes insistent sur la nécessité d'élargir le champ de la psychiatrie.

Dès 2001, le Rapport Piel-Roelandt « De la psychiatrie vers la santé mentale » explique la nécessité de :

- Redéfinir une politique de sectorisation psychiatrique fondée sur un fonctionnement en réseau et intégrée dans le tissu sanitaire, médico-social et social
- Proposer les étapes d'un déploiement de la psychiatrie telle qu'elle est organisée aujourd'hui vers le champ plus global de la santé mentale

Le Plan Psychiatrie Santé Mentale 2005-2008 fait une place prépondérante au décloisonnement des prises en charge en insistant sur la complémentarité des acteurs des champs sanitaire, social et médico-social. L'articulation des différents acteurs est essentielle aux trajectoires des personnes souffrant de troubles psychiatriques. Afin de favoriser cette articulation, le plan incite « au développement de réseaux en santé mentale avec la participation de tous les partenaires impliqués : secteur psychiatrique, médecins généralistes, médecins spécialistes, professionnels du champ social, représentants des usagers et des familles, professionnels de l'éducation nationale, de la justice et des institutions du champ sanitaire ».

Le plan a permis d'assurer un renforcement significatif des moyens accordés par la mise en place d'une enveloppe budgétaire spécifique : la dotation nationale de développement des réseaux.

Dans le nouveau Plan Psychiatrie 2011-2015, plusieurs constats sont établis :

- La multiplication de problématiques complexes avec plusieurs dimensions : sanitaire, médico-social et social, d'où la nécessité de dépasser la dimension sanitaire pour s'intéresser au champ de l'inclusion sociale. Le logement fait donc partie intégrante du Plan.

- Les maladies mentales ont tendance à altérer les capacités de la personne à repérer ses propres troubles et à demander de l'aide. L'enjeu consiste donc à organiser une réponse face à une « non-demande », ce qui impose une responsabilisation de tous les acteurs de terrain ainsi qu'une collaboration étroite entre les professionnels en contact avec la personne concernée.
- En matière de psychiatrie, le parcours de soin et le parcours de vie sont interdépendants : les interventions doivent être mieux coordonnées entre les différents professionnels intervenant dans la prise en charge. Le défi consiste à comprendre et rendre active la complémentarité entre les différents partenaires.

A travers ces constats, la nécessité d'entretenir des réseaux de professionnels est confirmée, avec pour objectif principal de « prévenir et réduire les ruptures pour mieux vivre avec des troubles psychiques ».

Suite à la Loi HPST du 21 Juillet 2009, les complémentarités entre les établissements de santé et les structures médico-sociales sont amenées à encore se renforcer. En effet, cette loi introduit un nouveau cadre : les établissements de santé « participent à la coordination des soins en relation avec les membres des professions de santé exerçant en pratique de ville et les établissements et services médico-sociaux ».

La mise en place d'un nouveau réseau « santé mentale et logement » va également dans le sens des orientations politiques prises par L'Agence Régionale de Santé Paca. En effet, l'ARS préconise « une prise en charge transversale » ; l'une de ses recommandations est d' : « organiser des coopérations avec les partenaires sociaux et médico-sociaux intervenant en matière de logement et d'insertion afin de fluidifier les prises en charge des patients. »<sup>85</sup>

Les priorités régionales de l'organisation des soins en psychiatrie sont de favoriser une prise en charge des personnes dans la cité. Le parcours de soins réintroduit l'utilisateur dans la cité, au plus proche de son lieu de vie. Il donne un rôle pivot au Centre médico-psychologique et demande une plus grande mobilité des équipes (domicile, lien avec la médecine de ville) ; L'idée est de promouvoir l'accès et le maintien dans un logement, grâce à l'accompagnement des équipes de secteur.

---

<sup>85</sup> Organisation des soins psychiatriques en PACA – Axes de travail et thèmes de réflexion – Priorités retenues – Article de Roland Canta – ARS PACA  
Pauline PETTRE

### 5.3.2 Un état des lieux de l'articulation entre le sanitaire, le médical et le médico-social

En 2011, un rapport du Haut Conseil en Santé Publique sur l'évaluation du PPSM 2005-2008 réalise un état des lieux de l'articulation entre le sanitaire, le social et le médico-social. Celui-ci réaffirme la nécessité d'une meilleure coordination, du fait de l'évolution des différents champs, déjà depuis plusieurs décennies :

- la volonté politique de réduire les prises en charges hospitalières a conduit à une diminution importante du nombre de lits dans les services psychiatriques<sup>86</sup>,
- les périmètres d'intervention ont des frontières moins tranchées : la mission du secteur sanitaire n'est pas réduite aux soins, tandis que le médico-social peut aller au-delà de l'accueil et de l'accompagnement social. Désormais, les acteurs hospitaliers et extra-hospitaliers ne sont plus les acteurs exclusifs du soin psychiatrique<sup>87</sup>.

Dans le cadre de ce rapport, une étude pour connaître le point de vue des professionnels et des usagers sur les trajectoires de prise en charge a été menée ; sa réalisation a été confiée au CREDOC. A travers divers entretiens, cette étude montre que les professionnels des divers champs (sanitaire, social, médico-social) ont une préoccupation et une appétence commune pour le travail partenarial. Ceux-ci s'accordent à dire qu'une prise en charge efficace et adaptée de la personne en souffrance psychique passe par « une évaluation partagée des situations et des besoins des personnes »<sup>88</sup>.

En outre, les professionnels soulignent diverses difficultés dans la mise en œuvre du partenariat. Pour les professionnels du champ sanitaire, les difficultés sont liées pour une part au manque de disponibilité des professionnels des structures médico-sociales, entraînant une distanciation des liens et une perte de confiance. D'autre part, ils expriment des difficultés liées à la méconnaissance de la maladie mentale : « il s'agit selon eux d'un problème de représentation, mais qui renvoie également aussi à la difficulté réelle que représente la prise en charge de la pathologie psychiatrique »<sup>89</sup>.

Pour les professionnels du champ médico-social, le secteur sanitaire est surchargé (l'hôpital resserre ses missions pour gérer l'urgence) : « ils ont le sentiment de devoir gérer seuls des situations qui ne relèvent pas de leur responsabilité et de leur rôle en tant que structure et pour lesquelles ils ne possèdent ni les compétences ni les moyens »<sup>90</sup>. Ils

---

<sup>86</sup> Evaluation du Plan psychiatrie et Santé Mentale 2005-2008 – Rapport du HCSP – 2011 – page 91

<sup>87</sup> Evaluation du Plan psychiatrie et Santé Mentale 2005-2008 – Rapport du HCSP – 2011 – page 91

<sup>88</sup> Evaluation du Plan psychiatrie et Santé Mentale 2005-2008 – Rapport du HCSP – 2011 – page 92

<sup>89</sup> Evaluation du Plan psychiatrie et Santé Mentale 2005-2008 – Rapport du HCSP – 2011 – page 95

<sup>90</sup> Evaluation du Plan psychiatrie et Santé Mentale 2005-2008 – Rapport du HCSP – 2011 – page 96

évoquent également un manque de connaissances, de la part des professionnels du soin, des projets des structures médico-sociales.

Pour l'ensemble des professionnels, « il y a un problème de résistance dû à la structuration et pas aux individus. Il y a des résistances historiques et administratives : les secteurs sanitaire et social ne sont pas les mêmes, ils ne parlent pas le même langage »<sup>91</sup>. Il manque également des outils d'organisation pour clarifier les modes de travail.

Afin que le travail partenarial puisse se réaliser dans de bonnes conditions, les professionnels soulignent la nécessité :

- de connaître et comprendre le fonctionnement de chaque acteur, des institutions et de leur culture : organisation de rencontres entre professionnels pour échanger sur les expériences, évoquer les problèmes rencontrés, tisser des liens professionnels, etc.
- de clarifier les rôles de chacun, dans un contexte de manque de lisibilité du système de prise en charge.
- De bénéficier de formations complémentaires à la gestion de la maladie mentale pour les professionnels médicosociaux et à l'accompagnement social pour les professionnels du soin.

Dans ce sens, la constitution de réseaux formalisés de professionnels dans le champ de la santé mentale est une solution approuvée par les décideurs et par les acteurs. La formation de réseaux permet de favoriser la lutte contre la stigmatisation et les discriminations en matière de maladie mentale, tout en permettant de favoriser l'accès et le maintien dans le logement.

### **5.3.3 Les avantages retirés dans la mise en place d'un réseau « santé mentale et logement »**

La constitution d'un réseau permet la rencontre entre plusieurs professionnels par des temps d'échange formalisés. Cela donne une plus grande transparence et une plus grande proximité pour un travail de partenariat déjà constitué de manière informelle. Le réseau donne la possibilité aux acteurs de pouvoir présenter des cas complexes dont ils ont la charge. Ces modalités de travail permettent aux acteurs de bénéficier de réponses concrètes et pragmatiques : « ce sont des acteurs qui sont acteurs ». C'est une démarche factuelle : ces réunions favorisent un partage des tâches et une nouvelle méthodologie de travail permettant d'aboutir à des actions concrètes sur le terrain, le but étant de réaliser un meilleur accompagnement et un suivi des personnes.

---

<sup>91</sup> Evaluation du Plan psychiatrie et Santé Mentale 2005-2008 – Rapport du HCSP – 2011 – page 98  
102 *Pauline PETTRE*

Pour les professionnels, la constitution du réseau présente également d'autres avantages :

- « La connaissance de l'Autre qui se gradue d'un simple repérage à la possibilité de mettre un nom sur un visage, à la prise de connaissance de sa réalité de travail, de contraintes, de ses compétences, à une meilleure compréhension et à la possibilité de créer des liens professionnels personnalisés »<sup>92</sup> ;
- « L'élaboration d'une culture commune permettant d'inscrire les problématiques santé mentale dans une logique d'approche transversale des affaires de la cité. »<sup>93</sup>
- Une meilleure identification par les professionnels des structures et dispositifs existants autour du logement ;
- Un élargissement du panel d'interlocuteurs qui reste actuellement très local (par exemple un bailleur va constituer des liens avec son réseau de connaissances qui peut être limité à quelques institutions) : ceci donne la possibilité d'interventions dans un cadre plus large que l'arrondissement, notamment par une meilleure connaissance des dispositifs départementaux et régionaux ;
- Un gain de temps : « l'usage efficace d'un réseau accélère le processus de recherche et d'obtention des informations, ainsi que celui de création et diffusion de sa propre information »<sup>94</sup>. Il facilite également l'orientation des personnes. Par exemple, si la personne est introduite dans un CMP par un autre professionnel, le rendez-vous est obtenu plus rapidement, notamment lorsque le partenaire souligne l'urgence de l'intervention.
- Il permet aux acteurs d'être sensibilisés à d'autres situations que celles qu'ils ont à traiter. Ils acquièrent ainsi une expérience leur permettant de savoir comment intervenir dans un autre cas similaire.
- Une économie de moyens : « le réseau correspond bien à cette attente de solidarité – coopération, dans un partage des efforts et des ressources et n'entraîne qu'un coût minimal pour les structures y participant »<sup>95</sup>.
- Le développement des compétences : « le réseau permet de faire passer rapidement aux partenaires des savoirs ou des savoirs faire spécifiques. Il permet la démultiplication des connaissances et des compétences de cultures spécifiques. Le

---

<sup>92</sup> Marot Dupré Chantal : « les réseaux de santé mentale : figures d'une action publique territorialisée » page 60

<sup>93</sup> Marot Dupré Chantal : « les réseaux de santé mentale : figures d'une action publique territorialisée » page 60

<sup>94</sup> Réseau partenarial en santé mentale « 1<sup>er</sup> arrondissement de Marseille » - Gres Mediation Santé – Document de référence – Groupe de travail. Animation : Vincent Baudot, Gres médiation santé

<sup>95</sup> Ibid

dispositif commun de formation et les collaborations étroites sur des dossiers communs sont les supports de ce développement de compétences »<sup>96</sup> ;

- De nouvelles réponses : « le réseau permet d'apporter des réponses à des manques ou à des dysfonctionnements. En jouant sur les compétences spécifiques et complémentaires de chaque acteur présent dans le réseau, celui-ci peut se positionner sur des réponses complexes nécessitant des approches pluridisciplinaires »<sup>97</sup>
- Une plus grande rapidité de réaction : « l'absence de problèmes de hiérarchie (la structure s'efface derrière les acteurs) et de nécessité de pérennisation permet une vitesse d'exécution plus rapide »<sup>98</sup>
- La mise en place de négociations structurantes : « dans les réseaux, les notions de réciprocité et de bénéfices mutuels sont centrales »<sup>99</sup>.

La constitution d'un réseau présente aussi des avantages pour la prise en charge des personnes en permettant de traiter des situations avant l'urgence : les problèmes sont détectés plus tôt, et des solutions peuvent être trouvées avant que la situation ne se dégrade.

#### **5.3.4 Analyse critique du travail mené**

Au cours de l'étude de préfiguration du réseau, j'ai pu repérer quelques éléments problématiques qui m'ont amenée à porter ma réflexion sur divers points.

Ma première critique porte sur la définition de l'objet de la coopération : « le maintien dans le logement pour des personnes atteintes d'un handicap psychique ». La démarche proposée porte sur un objet déjà défini à l'avance sans que les professionnels de terrain aient pu émettre leur avis. Bien que cette problématique soit présente, les professionnels peuvent rencontrer d'autres difficultés qu'ils n'ont pas pu évoquer dans le cadre des entretiens que je leur ai proposés. A mon sens, ceci est en contradiction avec le cadre de l'Atelier Santé Ville qui vise une démarche participative, ascendante et locale qui permet d'associer les professionnels et des groupes d'habitants au diagnostic local et d'adapter ainsi les projets de santé publique au plus près des besoins locaux. Il aurait été intéressant, en amont de cette étude, d'identifier les problèmes en concertation avec les habitants et les

---

<sup>96</sup> Ibid

<sup>97</sup> Ibid

<sup>98</sup> Réseau partenarial en santé mentale « 1<sup>er</sup> arrondissement de Marseille » - Gres Mediation Santé – Document de référence – Groupe de travail. Animation : Vincent Baudot, Gres médiation santé

<sup>99</sup> Ibid

professionnels et de définir des priorités pour ensuite envisager des programmes d'intervention tels que la mise en relation des différents acteurs dans le champ sanitaire et social.

Lors des entretiens réalisés avec les acteurs de terrain, j'ai pu m'apercevoir que les niveaux d'intérêt de chaque partenaire pouvaient différer. En effet, les bailleurs sociaux sont beaucoup plus sensibles au problème du maintien dans le logement, comparé aux professionnels du soin, pour qui le nombre de cas concernés par le problème est relativement restreint. Ainsi, la thématique proposée ne correspond pas toujours à leurs préoccupations premières. Par exemple, les professionnels de la psychiatrie sont davantage sensibles à la question de l'accès au logement pour les patients qu'ils ont en charge.

Dans le document de référence sur le « réseau partenarial en santé mentale 1<sup>er</sup> arrondissement de Marseille », il est précisé que l'objet proposé doit susciter un vif intérêt chez les partenaires susceptibles de se mobiliser et qu'il doit être défini comme un projet stratégique commun. Or j'ai pu voir à travers mes entretiens que les objectifs diffèrent entre les acteurs :

- pour le secteur psychiatrique, le sujet central est l'individu, l'objectif premier est la prise en charge médicale du patient, ici dans un cadre ambulatoire ;
- pour les bailleurs sociaux, les objectifs sont à la fois le maintien d'une certaine tranquillité (éviter des conflits de voisinage), la bonne utilisation du logement (éviter des dégradations du lieu de vie, paiement du loyer) et le maintien et l'accès au logement des populations les plus fragiles (dimension sociale de leur mission) ;
- pour le secteur social, l'objectif central est l'évitement des procédures d'expulsions, le maintien dans un logement de personnes en situation précaire, le logement étant une base de l'insertion sociale et professionnelle.

Ces différences d'objectifs sont compréhensibles, car en lien avec les missions propres à chaque secteur. Elles ne peuvent constituer en soi une limite à la collaboration, et doivent plutôt être considérées comme complémentaires, justifiant ainsi l'intérêt d'une collaboration et d'un fonctionnement en réseau.

La finalité est en effet commune : anticiper et ainsi éviter les situations d'urgence – Aider la personne à retrouver un certain apaisement avec elle-même et son environnement.

Ma deuxième critique porte sur le choix des Territoires pour la mise en place de ce nouveau réseau. Ce choix s'explique par la volonté d'inscrire le réseau à l'échelle des secteurs de psychiatrie adulte. Ce découpage permettrait un portage des postes de

coordination au sein des hôpitaux. Ce choix est notamment lié à une forte présence du sanitaire : les acteurs du soin sont les acteurs clé du fonctionnement du réseau. C'est dans cette logique là que les autres réseaux se sont constitués. Le regroupement de deux secteurs de psychiatrie peut avoir un intérêt, notamment par le partage et la mise en commun de pratiques différenciées. Par exemple, un des deux secteurs de psychiatrie peut avoir davantage l'habitude de travailler en partenariat. Il pourra montrer alors à l'autre secteur les avantages qu'il en a retirés. Ce partage de pratiques peut inciter les professionnels à modifier leurs représentations et ainsi modifier à leur tour leur façon de travailler.

Néanmoins, le regroupement de ces deux secteurs entraîne de fortes disparités : les besoins sur la thématique choisie sont inégaux. Selon les dires des professionnels, les cas les plus complexes sont essentiellement présents dans le 11<sup>e</sup> arrondissement de Marseille. L'engagement des acteurs du 12<sup>e</sup> arrondissement risque d'être moins important et donc leur motivation moindre pour venir participer aux réunions proposées dans le cadre du réseau.

De plus, un autre problème semble se poser : de nombreux acteurs de terrain, notamment les bailleurs sociaux, ont des territoires d'intervention qui ne se limitent pas au territoire défini pour la mise en œuvre du réseau. Ceux-ci sont alors déjà engagés dans d'autres réseaux « santé mentale et logement » (réseau 15-16 par exemple), ce qui entraîne une multiplication des réunions auxquelles ils doivent participer. Les acteurs m'ont signifié qu'il n'est pas possible dans leur organisation interne de participer à toutes les réunions de chaque réseau.

Ma troisième critique porte sur la particularité de ce réseau qui se fonde sans qu'il y ait une demande des usagers. Selon Jean Furtos : « le paradoxe est le suivant : plus une personne va mal psychologiquement, moins elle est en capacité de demander de l'aide, que ce soit sur le plan social, médical ou psychique. Cela va de la difficulté et du retard de la demande jusqu'à la récusation de l'aide. On peut parler d'un renoncement à l'aide, ce qui implique, pour les aidants potentiels, un temps de la patience afin de contourner cette difficulté qui n'abolit pas le besoin et qui implique aussi un savoir-faire particulier non décrit dans les livres. »<sup>100</sup> Celui-ci précise ensuite : « globalement, sur ce point de la non demande des personnes qui auraient besoin d'aide, je dirais qu'il convient de naviguer entre deux extrêmes : d'une part, l'arrogance violente d'un droit d'ingérence de principe, et d'autre part, l'attente d'une demande en bonne et due forme qui, dans certains cas, constituerait

---

<sup>100</sup> Jean Furtos, « Les effets cliniques de la souffrance psychique d'origine sociale », Dossier souffrance et société, page 29

une forme d'euthanasie passive. En tous les cas, avec les données de l'état de la clinique actuelle, on peut considérer que c'est une faute technique de ne se sentir mobilisé qu'avec une demande directe correctement formulée, sans considérer la demande portée par un tiers ou sa propre perception ; à l'inverse, intervenir trop vite au nom de la non demande peut constituer une intrusion violente que va se faire se décompenser une situation précairement équilibrée. La conduite à tenir n'est pas écrite dans les livres mais dans une négociation au cas par cas où la solution est locale, faite de préoccupation pour la personne et de respect des défenses. Cela nécessite du temps et de l'intelligence collective »<sup>101</sup>.

Dans le mémoire de recherche réalisé par Chantal Marot Dupré intitulé « les réseaux de santé mentale : figures d'une action publique territorialisée », un médecin psychiatre interviewé explique : « l'idée la plus répandue pour beaucoup, c'est qu'une prise en charge se fait à partir de demandes formulées. Or pour moi, même si une demande n'est pas formulée, il est possible qu'il y ait une souffrance sous jacente, ce qui rend nécessaire d'évaluer la situation et de prendre en compte cette souffrance même s'il n'y a pas de demande »<sup>102</sup>.

Ce propos ne devrait dérouter aucun professionnel du soin qui acquiert avec l'expérience le savoir que les plus grandes souffrances ne se disent pas, que l'impossibilité de mettre des mots sur une difficulté et l'incapacité à formuler une demande d'aide sont les manifestations et constituent les indicateurs de cette souffrance, à la mesure d'un déni défensif pour la personne. Néanmoins, ce processus psychodynamique n'est pas toujours aussi explicite pour des professionnels appartenant à d'autres horizons professionnels<sup>103</sup>. Certains professionnels des CMP conservent des postures cliniques qui sont en désaccord avec ces conceptions du soin, et restent sur le postulat qu'il faut attendre que la personne soit en demande.

Ces situations de non demande demandent effectivement aux acteurs de redéfinir les principes éthiques de légitimité de leurs interventions entre risque d'ingérence, respect d'autonomie et de détermination personnelle, abandon de rôle, non assistance à personne en danger... et de se rendre réceptifs à la souffrance de l'Autre sans la surdimensionner à la lumière de leurs propres mouvements projectifs.

---

<sup>101</sup> Jean Furtos, « Les effets cliniques de la souffrance psychique d'origine sociale », Dossier souffrance et société, page 29

<sup>102</sup> Chantal Marot Dupré, « les réseaux de santé mentale : figures d'une action publique territorialisée », page 50

<sup>103</sup> Chantal Marot Dupré, « les réseaux de santé mentale : figures d'une action publique territorialisée », page 50

Enfin, au premier abord, on peut penser que la constitution d'un réseau axé seulement sur le maintien et non sur l'accès au logement peut constituer un point faible concernant l'engagement et la motivation des acteurs du soin. Néanmoins, la présence du réseau permet la rencontre entre les acteurs du soin et les bailleurs sociaux et peut améliorer leurs relations : les bailleurs seront rassurés de voir que les acteurs de la psychiatrie publique ont le souci du bon maintien des personnes dans leur logement. Ainsi, ils auront peut être davantage de volonté pour créer par exemple des conventionnements avec les acteurs de la psychiatrie publique. Ces conventionnements avec les bailleurs sociaux pourraient se faire pour des appartements relais ou sur la mise à disposition d'un contingent de logements, avec un engagement sur un suivi pluridisciplinaire. La question de l'accès au logement est un sujet qui était déjà présent dans les autres réseaux « santé mentale et logement ». Aujourd'hui, cette question semble toujours difficile. Les bailleurs du logement ne semblent toujours pas prêts à proposer des conventionnements : les représentations négatives sur la maladie mentale prédominent toujours et les liens établis avec la psychiatrie ne sont toujours pas suffisamment forts. Les bailleurs ont également leurs propres contraintes en interne, ils ne sont pas les seuls décideurs dans l'attribution des logements.

### **5.3.5 Analyse critique par l'expérience des autres réseaux « santé mentale logement » de Marseille**

Tout d'abord, des situations présentées à ces réseaux n'ont pas pu être résolues de manière positive : des personnes ont tout de même été expulsés de leur logement. Ce constat donne un sentiment d'échec aux différents partenaires qui ont l'impression de perdre leur temps : leur participation au réseau leur coûte beaucoup de temps et d'énergie pour des résultats parfois décevants.

Ensuite, les problèmes hiérarchiques au sein des structures semblent être un point névralgique. En effet, les supérieurs hiérarchiques ne participant pas au réseau, des décisions prises par ceux-ci peuvent aller à l'encontre des orientations choisies dans le cadre du réseau. Par exemple, lorsque les services de contentieux sont interpellés, ceux-ci méconnaissent l'existence du réseau santé mentale et logement. Lors des rencontres et des entretiens effectués auprès de cadres hiérarchiques nous avons pu constater que certains responsables ou directeurs de structures n'étaient pas au courant de l'existence du réseau, ou en avaient entendu « parler vaguement » mais ne comprenaient ni l'objet ni le fonctionnement du réseau.

Par ailleurs, la présence des professionnels dans le réseau repose sur le volontariat. Or il a été constaté un certain désinvestissement au fur et à mesure du temps. Par exemple lorsque les professionnels n'ont pas de situation clinique à présenter ou s'ils ne sont pas concernés par les situations en cours de suivi, ils ne se rendent plus aux réunions du réseau. Le fonctionnement même du réseau est fragile car il repose uniquement sur la bonne volonté des acteurs et leur capacité de mobilisation pour participer au réseau. Il est donc difficile de garantir la pérennité de l'action.

Enfin, nous avons pu constater que, parmi les situations abordées par le réseau, certaines correspondent de façon claire à une problématique en lien avec des maladies mentales pour laquelle les soins semblent être une évidence, alors que d'autres sont plutôt liées à d'autres formes de souffrances psychiques comme par exemple les « souffrances psychosociales ». Ces souffrances ont été décrites par l'ONSMP-ORSPERE<sup>104</sup> comme étant des souffrances psychiques qui s'expriment dans les lieux du social et qui seraient en lien avec les mutations de nos sociétés contemporaines (processus de précarisation et d'exclusion, montée du chômage, perte de liens, changement des structures familiales, etc.). Jean Furtos, dans un article intitulé : « les effets cliniques de la souffrance psychique d'origine sociale » nous explique : « c'est en effet curieusement par le malaise des intervenants que le malaise dans la culture nous a interpellés. Des personnes, orientés vers les CMP par les travailleurs sociaux, ne savaient plus quoi faire en terme de réinsertion, n'allaient pas bien, à l'évidence, mais pas forcément dans le cadre d'une maladie mentale dûment authentifiée, si ce n'est un mal-être vague et certain à la fois, une difficulté à agir colorée d'une tonalité dépressive ou persécutoire, et quelques fois des troubles du comportement »<sup>105</sup>.

Ces formes de souffrances psychosociales ont été identifiées sur l'ensemble des quartiers de Marseille et notamment les plus précarisés, comme l'indique le PLSP SM de Marseille : « En France la plupart des habitants des quartiers en difficulté sont confrontés à la perte des repères et des supports sociaux habituels sur lesquels ils avaient l'habitude de s'appuyer. Certains d'entre eux ont bien entendu incorporé les compétences psychosociales nécessaires pour surmonter ces difficultés, alors que d'autres mal préparés, affaiblis par des conditions de vie difficiles ou perturbés par les événements subis n'y parviennent pas et perdent pied progressivement. Ces souffrances créent des difficultés à les exprimer et à demander de l'aide... Dans les contextes les plus extrêmes de précarité et d'isolement

---

<sup>104</sup> Observatoire National de Santé Mentale et Précarité, Observatoire Régional Rhone-Alpes sur la Souffrance Psychique en rapport avec l'Exclusion

<sup>105</sup> Furtos, J. « les effets cliniques de la souffrance psychique d'origine sociale », page 25  
Pauline PETTRE

social cette souffrance peut conduire à l'incurie, aux tentatives de suicide, à la dépression ou encore à développer des troubles du comportement... »<sup>106</sup>

Les personnes qui se retrouvent dans ces situations refusent le plus souvent d'aller au Centre Médico-Psychologique ou vers d'autres lieux de prise en charge car elles ne se considèrent pas comme malades.

Ce constat avait déjà été fait au début des années 90 dans le cadre d'une recherche-action menée à Saint-Denis<sup>107</sup>. Cette recherche montrait que ces personnes en souffrance s'engageaient de plus en plus dans l'expression de ces difficultés (autrefois « refoulées ») mais qu'elles refusaient de les faire rentrer dans une logique médicale. Pour ces personnes la psychiatrie et la psychologie ont à faire au traitement de la folie. Ces personnes vont plutôt déplacer le problème vers d'autres espaces (celui des relations familiales, de leur rapport avec les institutions), et ils réagiront soit par des actes violence, soit par une attitude de retrait ou des conduites autodestructives.

Face à ces souffrances, le réseau rencontre aussi des limites et se retrouve en panne de réponses. En effet le problème n'est pas uniquement dû à un manque de partenariats opérationnels ou à une défaillance dans la coordination des professionnels autour de la situation, mais plutôt à une inadéquation des dispositifs existants (sociaux et sanitaires) à ce public.

L'expression de ces souffrances montre que les professionnels de la psychiatrie ne sont plus les seuls interlocuteurs susceptibles d'être interpellés. D'autres intervenants sont aux prises avec cette problématique, mais ne savent plus comment y répondre et montrent leur impuissance face à ces situations. Dans le Rapport Strohl-Lazarus (1995)<sup>108</sup> « Ces souffrances qu'on ne peut plus cacher », le mal-être des intervenants y était présenté comme le point de départ d'une « urgence objective à traiter la question ». Ce malaise n'a pas cessé aujourd'hui, il se développe, s'amplifie, se généralise. L'urgence subjective continue de poser un problème collectif clinique et politique.

#### **5.4 Apport du stage / compétences acquises**

Dans la conduite de mes deux missions, j'ai pu travailler en autonomie et ainsi acquérir de nouvelles compétences :

---

<sup>106</sup> Plan Local de Santé Publique Santé Mentale 2010-2012 – Ateliers Santé Ville de Marseille – Document de travail élaboré et rédigé par Franck Lescroel, coordinateur de l'atelier santé ville santé mentale, page 26

<sup>107</sup> Michel Joubert et Fernando Bertolotto « Politiques locales, actions de proximité et de prévention en santé mentale. Enjeux pour les politiques publiques »

<sup>108</sup> Rapport Strohl-Lazarus., 1995, Une souffrance que l'on ne peut plus cacher, Rapport du groupe de travail « Ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale », DIV/DIRMI

- Réaliser des recherches documentaires afin de pouvoir établir un état des lieux de mes connaissances sur le thème de la mission : par exemple prendre connaissance du dispositif d'intermédiation locative, connaître les réseaux existants à Marseille et comprendre leurs modalités de fonctionnement, etc.
- La technique de recueil de l'information par la conduite d'entretiens :
  - o En amont des entretiens : par la recherche des acteurs pertinents à interroger, par la prise de rendez-vous (amener la personne à accepter un entretien), par l'élaboration d'un guide d'entretien, par la remise d'un document préparatoire à la personne interrogée (explication du dispositif, objectifs, ...)
  - o Pendant l'entretien : amener l'interlocuteur à être intéressé par le sujet, savoir lui poser les questions pertinentes au vu de ce qu'il peut avoir à dire, comprendre les attitudes et réactions spontanées de l'interlocuteur, développer l'écoute active et utiliser les techniques de reformulation,
  - o Après l'entretien : analyse des résultats et capacités à synthétiser l'ensemble des résultats

Par ailleurs, j'ai pu assurer moi-même la coordination du dispositif « intermédiation locative et handicap psychique » par la conduite de réunions de commission : élaboration d'un document préparatoire, relevé de décisions, ...

Par ma participation aux diverses réunions des réseaux « santé mentale et logement » de Marseille, j'ai pu m'imprégner du travail réalisé par la coordinatrice. J'ai pu donc mieux comprendre la méthode d'animation des réseaux.

A travers ma mission sur l'évaluation du dispositif d'intermédiation locative j'ai pu mieux connaître et appréhender :

- Le lien entre la santé mentale et le logement pour les personnes rentrées dans le cadre du dispositif : quel a été l'apport d'un logement pour ces personnes, les difficultés rencontrées dans le fait d'habiter un logement lorsque l'on est atteint d'un trouble psychique, les caractéristiques des personnes qui ont pu intégrer ce dispositif, etc.
- Les modalités concrètes du partenariat établi : évaluer quels sont les leviers et les limites dans le travail de partenariat, confronter les points de vue des différents

acteurs rencontrés, apprendre à discerner les analyses objectives des jugements de valeur ou des aprioris

- J'ai pu également élaborer de nouveaux outils de coordination pour améliorer le travail de partenariat

A travers ma mission sur l'étude de préfiguration d'un nouveau réseau santé mentale et logement j'ai pu mieux connaître :

- Le territoire concerné : les caractéristiques de la population, l'histoire des deux arrondissements, les caractéristiques locales, les problématiques rencontrées dans ces quartiers, etc.
- Les acteurs locaux impliqués dans le travail autour du logement. J'ai ainsi pu mieux comprendre leurs missions et l'organisation des dispositifs et institutions locales dans lesquelles ces acteurs travaillent (services médicaux : CMP, services sociaux : CCAS, MDS, bailleurs sociaux,...), j'ai pu évaluer comment ces missions s'articulent avec la problématique du logement, quelles sont les possibilités et les contraintes des acteurs dans leur organisation interne, ...

De manière plus globale, j'ai également amélioré mes connaissances sur :

- La problématique de l'accès et du maintien dans le logement pour les populations fragilisées ;
- La politique locale menée à Marseille en matière de santé mentale ;
- Les différentes instances mises en place dans la ville de Marseille autour de la santé mentale (par exemple le Conseil d'Orientation en Santé Mentale) ;
- Les dispositifs mis en place dans la ville de Marseille autour de l'accès et le maintien dans le logement : comment ces dispositifs sont apparus nécessaires, comment ils ont été mis en place, ...

L'ensemble de ce travail m'a permis de constater l'importance du développement d'une culture commune et d'une prise en compte du point de vue des acteurs de terrain dans la mise en place de projets innovants.

## Conclusion

La problématique de l'accès et du maintien dans le logement des personnes en souffrance psychique ou ayant des troubles psychique se situe à l'intersection de deux champs d'action : le champ sanitaire et le champ social. En effet, ces personnes relèvent pour la plupart du soin psychiatrique mais vivent également dans la cité et ont alors affaire à plusieurs référents sociaux. De plus la souffrance ou les troubles psychiques peuvent se manifester dans la sphère publique (dans la cité) comme dans la sphère privée (dans le logement par exemple). L'évolution de la psychiatrie publique en psychiatrie de secteur est également un marqueur de cette tendance. En effet, elle se tourne de plus en plus vers l'extérieur et l'objectif est de soigner un maximum de personnes chez elles, c'est à dire de développer des soins ambulatoires.

Les modes d'organisation en réseau et en partenariat s'avèrent tout à fait adaptés à la structuration du nouveau champ de la santé mentale. On constate une volonté politique forte d'aller dans le sens du décloisonnement entre les différentes institutions pour une meilleure prise en charge globale des usagers et une continuité des interventions.

Malgré ce constat, les nouveaux modes d'organisation mis en place restent fragiles. Le nombre de logements proposés dans le cadre du dispositif d'intermédiation locative pour le public santé mentale reste encore limité. Le manque de financement dédié à ce projet ne pourra pas permettre la proposition de nouveaux logements sur d'autres territoires de Marseille. Les besoins en logement pour les personnes atteintes de troubles psychique ne sont pas entièrement satisfaits et cela reste encore un problème majeur de santé publique.

La mise en place de réseaux est une initiative intéressante pour améliorer la coordination des acteurs et insuffler une culture commune. Le travail en réseau et en partenariat demande aux professionnels l'acquisition de nouvelles connaissances et compétences ainsi que la mise en place d'outils spécifiques. Toutes ces acquisitions impliquent des changements importants dans les pratiques habituelles qui peuvent être déstabilisants pour les professionnels ; ceux-ci auront besoin d'être soutenus dans cette évolution. L'accompagnement des professionnels ainsi que la régulation de leurs pratiques est donc capital afin de garantir la réussite de ce processus au niveau local.

Afin que le réseau puisse perdurer dans le temps, il est nécessaire d'avoir le soutien des politiques publiques et d'avoir des financements pérennes.

A l'avenir, il serait intéressant de mesurer l'évolution du dispositif d'intermédiation locative : le partenariat entre professionnels s'est-il amélioré ? Les nouveaux outils mis en place ont-ils pu améliorer la coordination entre professionnels et la prise en charge des personnes logées ?

Concernant la mise en place d'un nouveau réseau pour aider au maintien des personnes atteintes de troubles psychiques sur le 11<sup>e</sup> et 12<sup>e</sup> arrondissement, il serait intéressant de voir comment s'organisent les premières rencontres des différents partenaires sollicités et intéressés par la démarche de réseau. Ces premières rencontres permettront d'esquisser collectivement le premier cadre d'une collaboration (finalité, objectifs, organisation, rôle de chacun, contractualisation...)

---

# Bibliographie

---

## Sites internet

Contrat Urbain de Cohésion Sociale Marseille - [Internet] – Available from : <http://www.polvillemarseille.fr/gip.htm> - Consulté le 20 Juin 2013

Centre de Ressources pour la politique de la Ville Provence-Alpes-Côte D'Azur – La politique de la ville en PACA - [Internet] – Available from : <http://www.crpv-paca.org/> - Date de mise à jour : 06.06.2013

Cours – Psychiatrie – Les références législatives et réglementaires en matière de santé mentale - [Internet] – Available from : <http://www.infirmiers.com/etudiants-en-ifs/cours/cours-psychiatrie-les-references-legislatives-et-reglementaires-en-matiere-de-sante-mentale.html> - Mise à jour le 29.06.12

Psycom.org information et santé mentale – Les services publics de psychiatrie et la sectorisation - [Internet] – Available from : [www.psycom75.org/Soins-et-accompagnement/Organisation-des-soins-psychiatriques/Les-services-publics-de-psychiatrie-et-la-sectorisation](http://www.psycom75.org/Soins-et-accompagnement/Organisation-des-soins-psychiatriques/Les-services-publics-de-psychiatrie-et-la-sectorisation)

Guide du logement. Fiche N°5 version actualisée le 28/12/2009. FICHE N°5 : ASLL : AIDES A L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL LIE AU LOGEMENT - [Internet] – Available from [www.ville-reims.fr/...sante.../aide\\_a\\_1\\_accompagnement\\_social\\_logement.pdf](http://www.ville-reims.fr/...sante.../aide_a_1_accompagnement_social_logement.pdf)

L'ACSÉ - Enquête annuelle de suivi des ateliers santé ville – Enquête 2012 – Rapport national – [Internet] – Available from : [www.lacse.fr/wps/wcm/connect/.../Enquête+annuelle+ASV+2012.pdf](http://www.lacse.fr/wps/wcm/connect/.../Enquête+annuelle+ASV+2012.pdf)

Plan Local de Santé Publique Santé Mentale 2010-2012 – Ateliers Santé Ville de Marseille – Document de travail élaboré et rédigé par Franck Lescroel, coordinateur de l'atelier santé ville Santé Mentale - [Internet] – Available from: <http://www.polvillemarseille.fr/asvplsp.htm>

*Pauline PETTRE*

Projet Régional de Santé – Provence Alpes Côte d’Azur 2012-2016 – ARS PACA -  
[Internet] – Available from: <http://www.ars.paca.sante.fr/Projet-regional-de-sante.123199.0.html>

3<sup>e</sup> assemblée du Conseil d’Orientation en Santé Mentale – Hôtel de Ville – Mairie de  
Marseille – 16 mars 2009 – Ville de Marseille - [Internet] – Available from:  
[www.marseille-sante-mentale.org/newsletters\\_archives/lettre\\_01/cosm.pdf](http://www.marseille-sante-mentale.org/newsletters_archives/lettre_01/cosm.pdf)

Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2005-2008 – Ministère des Affaires Sociales et de la  
Santé [Internet] – Available from: [www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan\\_2005-2008.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_2005-2008.pdf)

Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015 – Ministère des Affaires Sociales et de la  
Santé [Internet] – Available from: [www.sante.gouv.fr/plan-psychiatrie-et-sante-mentale-2011-2015.html](http://www.sante.gouv.fr/plan-psychiatrie-et-sante-mentale-2011-2015.html)

Tableau de bord sur la santé mentale à Marseille – Observatoire Régional de la Santé  
PACA – Direction de la santé publique Ville de Marseille - [Internet] – Available from:  
[www.sesstim-orspaca.org/depot/pdf/07-R2.pdf](http://www.sesstim-orspaca.org/depot/pdf/07-R2.pdf)

### Ouvrages

Jakowleff A., Laneyrie J-M, Ateliers santé ville, Une démarche locale pour la réduction  
des inégalités sociales et territoriales de santé – Les éditions de la DIV – Collection repères  
- septembre 2007

Lovell A-M, Santé mentale et société, La documentation Française – Collection problèmes  
politiques et sociaux - N° 899 Avril 2004

PIEL E., ROELANDT Jean-Luc, De la psychiatrie vers la santé mentale – Ministère de  
l’emploi et de la solidarité, Juillet 2001, 86 pages

### Articles

Campenhoudt L.V. « Réseau ou champ ? Deux concepts à l'épreuve du pouvoir dans le « travail en réseau » », *Cités* 3/2012 (n° 51), p. 47-63.

URL : [www.cairn.info/revue-cites-2012-3-page-47.htm](http://www.cairn.info/revue-cites-2012-3-page-47.htm).

DOI : [10.3917/cite.051.0047](https://doi.org/10.3917/cite.051.0047).

Cherubini B., « Ville et santé : vers une remobilisation progressive des acteurs et des usagers », in Bernard Cherubini, *Agir pour la promotion de la santé – ERES « Action santé »*, 2011 p. 51-75

Chevallet-Clartes, F. – Logement et santé mentale – Synthèse des deux réunions du groupe de travail issu du Conseil d'Orientation en Santé Mentale de Marseille, 25 mai et 25 juin 2007

COSM thématique 5 Octobre 2009 - “L'accès et le maintien au logement/hébergement accompagné des personnes en situation de handicap psychique “ - Axes de travail retenus et mis en œuvre

Evin Claude et al., « Réseaux de santé et politique de santé », *Sociologies pratiques*, 2005/2 n° 11, p. 13-15. DOI : [10.3917/sopr.011.0013](https://doi.org/10.3917/sopr.011.0013)

Frappas, M. « Epuisement des réseaux de solidarité primaire : le parti pris de l'étayage », *Rhizome*, N°42 – Septembre 2011

Furtos, J. « les effets cliniques de la souffrance psychique d'origine sociale » - Dossier Souffrance et société, *Mental idées* n°11 – 09/2007 – L.B.F.S.M.

Gaunet-Escarras, F. et Frappas M., « Marseille : diagnostic partagé et démarche partenariale pour l'accès et le maintien dans le logement des personnes souffrant de troubles psychiques », *Pratiques en santé mentale*, 2011 N°4, page 35 à 39

Gaunet-Escarras, F. et Frappas M. « La santé mentale à Marseille », *VST - Vie sociale et traitements* 3/2009 (n° 103), p. 7-10.

URL : [www.cairn.info/revue-vie-sociale-et-traitements-2009-3-page-7.htm](http://www.cairn.info/revue-vie-sociale-et-traitements-2009-3-page-7.htm).

DOI : [10.3917/vst.103.0007](https://doi.org/10.3917/vst.103.0007).

Pauline PETTRE

Hincelin L., « Santé mentale : des leviers pour agir sur le territoire », Rubrique Repères pour agir en promotion de la santé, n°22 Juin 2012

Joubert Michel et Bertolotto Fernando, « Politiques locales, actions de proximité et de prévention en santé mentale. Enjeux pour les politiques publiques », in Michel Joubert, Santé mentale, ville et violences – ERES « Questions vives sur la banlieue », 2004 p. 229-251

### Mémoires :

Mantello V., « Formation et mise en réseau des acteurs dans le champ de la santé mentale à Marseille » – Mémoire professionnel en vue de l'obtention du diplôme de Master 2 « management des Etablissements et des Services de Santé », Université Paris Est Marne la Vallée, année 2010

Marot Dupré C., « Les réseaux de santé mentale : figures d'une action publique territorialisée », mémoire de recherche – Université Lumière Lyon 2, année académique 2005-2006

Moreau L., « l'accès et le maintien dans le logement des personnes en souffrance psychique ou présentant des troubles psychiques » - Mémoire réalisé dans le cadre du Master 2 de sociologie : Profession du diagnostic et de l'expertise sociologique, ainsi que du stage à la Mission Santé Publique de la Ville de Nantes – Université de Nantes, année académique 2009-2010

### Rapports

Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, « Evaluation des réseaux de soins, bilan de l'existant et cadre méthodologique – Mission Evaluation Réseaux de Soins – Octobre 2001

CAREPS, « Etude action santé sur le territoire de projet Grand Sud Huveaune » – Diagnostic de santé pour : le GIP Politique de la Ville de Marseille – Rapport n°673, Novembre 2011

Haut Conseil de la Santé Publique, « Evaluation du Plan psychiatrie et Santé mentale 2005-2008 » – Rapport – Collection Evaluation – Octobre 2011

L'ACSE, Enquête annuelle de suivi des ateliers santé ville – enquête 2012 – Rapport national

Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie – Rapport présenté à Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN, ministre de la santé et des sports – Etabli par Monsieur Edouard Couty, conseiller Maître à la Cour des Comptes, Janvier 2009

Rapport Strohl-Lazarus., 1995, Une souffrance que l'on ne peut plus cacher, Rapport du groupe de travail « Ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale », DIV/DIRMI

GRES MEDIATION SANTE, « Réseau partenarial en santé mentale 1<sup>er</sup> arrondissement de Marseille » - Document de référence – groupe de travail – Animation : Vincent Baudot, Gres médiation santé, Septembre 2008 - [Internet] – Available from: [www.marseille-sante-mentale.org/newsletters\\_archives/.../rapport\\_final.pdf](http://www.marseille-sante-mentale.org/newsletters_archives/.../rapport_final.pdf)

#### Textes législatifs :

Circulaire du 5 mars 2009 pour la relance relative à l'hébergement NOR : LOGU0904927C – Ministère de l'écologie, de l'énergie, du développement durable et de l'aménagement du territoire, N° 2009/6 du 10 avril 2009, page 185 à 214

Annexe 4 de la circulaire du 5 mars 2009 du Ministère du Logement pour la relance relative à l'hébergement – Appel à projet pour la mise en œuvre d'un dispositif d'accompagnement dans et vers le logement dans le département des Bouches du Rhône – Ministère du Travail, des Relations Sociales, de la Famille, de la Solidarité et de la Ville  
Ministère de la Santé et des Sports

Plan de relance – Fiche synthèse : développement de l'accompagnement dans et vers le logement – Référence : Circulaire LOGU0904927C du 5 mars 2009 du Ministère du Logement – Annexe 4-

*Pauline PETTRE*



---

# Liste des annexes

---

## Annexe 1 : définitions :

a) Le Droit Au Logement Opposable (DALO)<sup>109</sup> :

L'objectif de la loi DALO (Droit au Logement Opposable) du 5 mars 2007 est de garantir le droit au logement à toute personne qui, résidant en France de façon stable et régulière, n'est pas en mesure d'accéder à un logement décent ou de s'y maintenir.

La Commission départementale de médiation composée de représentants de l'Etat, du Conseil Général, des communes, de représentants des organismes bailleurs, de représentants des associations de locataires, de représentants d'associations ayant pour objet le logement des personnes défavorisées, et présidée par une personnalité qualifiée désignée par le Préfet examinera les demandes au cas par cas. En cas d'avis prioritaire et urgent, elle demandera au Préfet de dégager un logement dans les six mois sur le contingent préfectoral ou même sur le parc privé.

Cette procédure est ouverte aux personnes de bonne foi qui satisfont aux conditions réglementaires d'accès au logement social et qui se trouvent dans l'une des situations suivantes :

- être en attente d'un logement social depuis plus de 30 mois,
- être dépourvues de logements,
- être logées dans des locaux impropres à l'habitation, insalubres ou dangereux,
- faire l'objet d'une mesure d'expulsion sans relogement,
- être hébergées dans une structure d'hébergement de façon continue depuis plus de 6 mois, ou dans un logement de transition depuis plus de 18 mois,
- être handicapées, ou avoir à leur charge une personne en situation de handicap, ou avoir au moins un enfant mineur à charge et occuper un logement présentant un risque pour la santé ou la sécurité, ou trop exigü.

---

<sup>109</sup> UDAF13 : <http://www.udaf13.fr/droit-au-logement.html>  
Pauline PETTRE

Le Préfet délégué à l'égalité des chances a désigné l'UDAF pour assurer par subdélégation, l'instruction des dossiers de recours et donc le Secrétariat de la Commission départementale de médiation.

La Commission dispose d'un délai de six mois pour examiner les demandes de logement et de six semaines pour répondre aux demandes d'hébergement. Si, malgré l'avis de la commission, le relogement n'a pas lieu pour les catégories les plus prioritaires, il sera possible d'engager un recours devant une juridiction administrative et l'Etat pourra être condamné à payer une astreinte dont le montant sera fixé par le Juge.

b) Zone Urbaine Sensible (ZUS)<sup>110</sup>

Les zones urbaines sensibles sont des territoires infra-urbains définis par les pouvoirs publics pour être la cible prioritaire de la politique de la ville, en fonction des considérations locales liées aux difficultés que connaissent les habitants de ces territoires.

La loi du 14 novembre 1996 de mise en œuvre du pacte de relance de la politique de la ville distingue trois niveaux d'intervention :

- Les zones urbaines sensibles (ZUS) ;
- Les zones de redynamisation urbaine (ZRU) ;
- Les zones franches urbaines (ZFU).

Les trois niveaux d'intervention ZUS, ZRU et ZFU, caractérisés par des dispositifs d'ordre fiscal et social d'importance croissante, visent à répondre à des degrés différents de difficultés rencontrées dans ces quartiers.

c) La Mesure ASLL<sup>111</sup>

La loi du 31 Mai 1990 visant à la mise en œuvre du droit au logement a consacré la notion d'ASLL en la rendant compétence obligatoire du FSL.

Les objectifs :

- garantir une insertion durable des ménages défavorisés, en grande précarité sociale dans leur logement, le logement étant un des éléments essentiels de l'autonomie ;
- inciter les bailleurs à accueillir ou maintenir dans leur parc des ménages cumulant des difficultés ;
- aider à la définition d'un projet logement.

---

<sup>110</sup> [www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/zone-urbaine-sensible.htm](http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/zone-urbaine-sensible.htm)

<sup>111</sup> [www.ville-reims.fr/...sante../aide\\_a\\_l\\_accompagnement\\_social\\_logement.pdf](http://www.ville-reims.fr/...sante../aide_a_l_accompagnement_social_logement.pdf)

Pauline PETTRE

L'ASLL peut concerner toutes les personnes visées par le plan départemental, quel que soit leur statut d'occupation (locataires ou candidats locataires – propriétaires occupants ou accédants à la propriété)

Contenu : les mesures d'ASLL, individuelles ou collectives, peuvent être assurées par des associations, des bailleurs sociaux, des CCAS ou d'autres organismes sociaux. Elles recouvrent un ensemble de tâches spécifiques assurées par un intervenant social. Un agrément préalable de la structure doit être délivré par le Président du Conseil Général responsable du FSL. Dans tous les cas, une convention doit être conclue entre le Président du Conseil Général et le prestataire de l'accompagnement social.

Concernant les mesures individuelles, l'accompagnement social devra, selon les cas :

- aider à l'installation et à l'appropriation du logement (entretien, bonne utilisation des lieux et des équipements) ;
- proposer une action éducative budgétaire en ce qui concerne le paiement du loyer, des charges locatives et des fournitures d'énergie ;
- favoriser l'intégration dans l'immeuble, dans le quartier (équipements sociaux, écoles, etc.), faire respecter les règles de bon voisinage ;
- apporter un soutien aux démarches administratives, par une orientation appropriée en direction des services concernés, afin de favoriser l'accès aux droits sociaux, sanitaires, professionnels, etc.) ;
- être en lien permanent avec les travailleurs sociaux intervenant habituellement dans la famille.

Les mesures d'ASLL peuvent être accordées pour une durée de trois ou six mois, voire d'un an en cas de mesure collective. Elles sont reconductibles si nécessaire.

**d) Espace Service Aîné (ESA) :**

Les bureaux d'accueil (ESA-ESI-CLIC) sont des guichets uniques de proximité et s'appuient sur une équipe pluridisciplinaire.

### **Leurs missions:**

- **Etablir un bilan social** de la personne afin de cerner ses attentes et ses besoins - mettre en relation les personnes avec les services prestataires ou les autres services du CCAS afin de mettre en place le soutien à domicile ou le placement en établissement ;
- **Accompagner la famille** dans les différentes démarches. Un travailleur social peut se rendre au domicile de la personne pour l'aider à la constitution de dossiers...
- **Instruire les dossiers administratifs** relatifs à ces différentes démarches
- **Assurer une coordination** avec le médecin traitant et tous les intervenants sanitaires et sociaux.

ANNEXE 2 : les grilles d'entretien pour ma première mission : évaluation du dispositif d'intermédiation locative et handicap psychique

a) Questionnaire pour les professionnels des CMP :

QUESTIONS GENERALES

Nom du professionnel :

Qualité :

Structure :

Service :

**Concernant le travail auprès des ménages :**

- 1- Combien de ménages avez-vous à charge dans le cadre de l'IML ?
- 2- La prise en charge des ménages en IML est-elle différente des autres PEC ? Si oui, pourquoi ?
- 3- Votre charge de travail a t'elle augmenté depuis le début du projet ?
- 4- Comment évaluez-vous les besoins des ménages ?
- 5- Avez-vous rencontré des situations où vous n'avez pas pu répondre à une demande (patient, famille, partenaires,...) par manque de ressources (financières, temps,...) ?
- 6- Quelles améliorations/détériorations importantes avez-vous remarqué pour les ménages depuis la date d'entrée dans le logement ?
- 7- Quelles difficultés importantes avez-vous rencontré dans la prise en charge des ménages en IML ?

**Concernant le travail en partenariat :**

- 8- Etes-vous inquiets qu'il y ait des difficultés entre le ménage et l'opérateur GALILE ? Si oui, cela entraîne t'il une attention plus particulière auprès de ces ménages ?
- 9- Etes-vous satisfait de la communication établie avec les différents professionnels de votre structure ? des partenaires ? Si non, pourquoi ?
- 10- Dans votre pratique, comment faites-vous les transmissions de l'information ?  
Oral/Ecrit

*Pauline PETTRE*

Dans quel outil ? dossier médical, réunion,...

Temps consacré ?

Qui bénéficie de ces infos ? (une seule catégorie professionnelle/équipe de la structure/tout le réseau/...)

11- Quelles difficultés avez-vous rencontrées dans la mise en place du projet/gestion du projet/organisation ?

### **Concernant la réunion de commission :**

12- Quels sujets abordez-vous pendant la réunion de commission ?

13- Abordez-vous les difficultés que vous rencontrez dans l'exercice de votre travail auprès des ménages en IML ? Si non, souhaitez-vous les aborder ?

14- Que mettez-vous en place en interne comme outil de communication pour être en mesure d'assurer le suivi en commission mensuelle ?

15- Quels moyens mettez-vous en place pour pêcher l'information manquante ?

### **Concernant l'outil d'analyse des situations :**

16- Trouvez-vous cet outil fonctionnel ?

17- L'utilisez-vous dans votre pratique quotidienne ?

18- Points à améliorer ?

19- Qu'avez-vous mis en place dans votre travail pour préparer la sortie des ménages vers un appartement pérenne ?

Questions ? Infos supplémentaires à apporter ?

### **b) Questionnaire auprès des opérateurs Logement**

#### **QUESTIONS GENERALES**

Nom du professionnel :

Qualité :

Structure :

*Pauline PETTRE*

Service :

**Concernant le travail auprès des ménages :**

- 20- Combien de ménages avez-vous à charge dans le cadre de l'IML ?
- 21- Etiez-vous inquiets de la mise en place de ce projet avec une population psy? Si oui, cela entraîne t'il une attention plus particulière auprès de ces ménages ?
- 22- La prise en charge des ménages en IML est-elle différente des autres PEC ? Si oui, pourquoi ?
- 23- Au moment du démarrage du projet, aviez-vous une bonne connaissance de la population psy ? (connaissance de la maladie, effets sur leur comportement, difficultés dans la gestion du quotidien)
- 24- Aujourd'hui, avez-vous l'impression de mieux connaître cette population ?
- 25- Quelles connaissances souhaiteriez vous approfondir ? Quels besoins en formation ?
- 26- Votre charge de travail a t'elle augmenté depuis le début du projet ?
- 27- Comment évaluez-vous les besoins des ménages concernant leur accompagnement social ?
- 28- Avez-vous rencontré des situations où vous n'avez pas pu répondre à une demande (patient, famille, partenaires,...) par manque de ressources (financières, temps,...) ?
- 29- Quelles difficultés importantes avez-vous rencontré dans la prise en charge des ménages en IML ?

**Concernant le travail en partenariat :**

- 30- Etes-vous satisfait de la communication établie avec les différents professionnels de votre structure ? des partenaires ? Si non, pourquoi ?
- 31- Connaissez-vous bien le fonctionnement et le rôle des partenaires sur ce projet ?
- 32- Connaissez-vous en détail les interventions réalisées par les autres partenaires ?
- 33- Dans votre pratique, comment faites-vous les transmissions de l'information ?  
Oral/Ecrit

*Pauline PETTRE*

Dans quel outil ? Dossier médical, réunion,...

Temps consacré ?

Qui bénéficie de ces infos ? (une seule catégorie professionnelle/équipe de la structure/tout le réseau/...)

34- Quelles difficultés avez-vous rencontrées dans la mise en place du projet/gestion du projet/organisation ?

**Concernant la réunion de commission :**

35- Quels sujets abordez-vous pendant la réunion de commission ?

36- Abordez-vous les difficultés que vous rencontrez dans l'exercice de votre travail auprès des ménages en IML ? Si non, souhaitez-vous les aborder ?

37- Que mettez-vous en place en interne comme outil de communication pour être en mesure d'assurer le suivi en commission mensuelle ?

38- Quels moyens mettez-vous en place pour pêcher l'information manquante ? Auprès de qui ?

**Concernant l'outil d'analyse des situations :**

39- Trouvez-vous cet outil fonctionnel ?

40- L'utilisez-vous dans votre pratique quotidienne ?

41- Contient-il des informations dont vous n'aviez pas connaissance ?

42- Points à améliorer ?

Questions ? Infos supplémentaires à apporter ?

ANNEXE 3 : L'outil de suivi et d'accompagnement des ménages

**FICHE RELATIVE A L'ACCOMPAGNEMENT DE CHAQUE MENAGE**

**Difficultés principales rencontrées par le ménage :**

Données	Actions	Résultats

**Organisation/ Partage des tâches entre les équipes :**

**Difficultés rencontrées par l'équipe liées au travail de partenariat :**

**Suivi thérapeutique / Suivi opérateurs du logement / Suivi Samsah et SAVS :**  
(fréquence, mode, remarques concernant le suivi)

**Problèmes techniques liés au logement :**

**Projets :**

**Infos autres :**

ANNEXE 4 : Le listing des référents ménages

Nom du patient	Secteur	Opérateurs du logement		Suivi sanitaire CMP				Suivi social / sanitaire autre		Tuteur
			Gestion	Assistante	Éducateur	Infirmière	Médecin	SAMSAH /	Autre intervenant	

Pauline PETTRE

**Annexe 5** : quelques exemples de situation présentées au réseau « santé mentale et logement » du 1<sup>er</sup> arrondissement

- Situation de M. D, présentée au réseau par la Direction de la Santé Publique (DSP), qui a enregistré une plainte du voisinage. M. D est un homme de 46 ans, sans emploi, et vit seul dans un studio très sale, insalubre, sans eau ni électricité avec la présence d'insectes et de rongeurs. Il trouble le voisinage et se montre violent (hurlements, déjections au sol). Après constat la DSP a fait une mise en demeure en Juin 2007 à l'agence immobilière à caractère social. Un commandement de quitter les lieux est signifié alors par l'agence à ce monsieur en juillet 2007. De nouvelles plaintes suivent (déc. 07 et mai 08). M. D. a une relation de grande confiance avec l'assistante sociale RMI, mais l'accompagnement assuré par celle-ci doit prendre fin (M. D ne relevant plus du dispositif RMI). En Avril 08 M. D bénéficie d'une curatelle renforcée et est suivi par une professionnelle de l'UDAF. M. D est connu par le secteur de psychiatrie, une visite a été effectuée en octobre 08.
- Situation de Me F, présentée par le CCAS, 83 ans, vivant seule. Le comportement de cette personne a été signalé au CCAS par ses voisins pour des nuisances sonores et jets d'urine. Elle a par ailleurs accumulé une forte dette locative et risque l'expulsion. Elle est handicapée. Le CMP s'est déplacé à domicile avec le CCAS. Celle-ci a besoin d'aide, la priorité est donnée à l'alliance thérapeutique pour une meilleure gestion de la situation.
- Situation de Me C, présentée par la DSP, 60 ans, vivant seule. Une plainte a été déposée à la DSP au sujet des nuisances liées à l'état de saleté du logement de Me C. Cette personne est suivie depuis longtemps par ATD Quart Monde qui a nettoyé le logement à plusieurs reprises. L'association ne souhaite désormais plus intervenir. A ce jour, Me C est hospitalisée à la Conception après l'intervention de me A – MDS.
- Situation de Mr D, présentée par le CCAS, 70 ans, vit seul. M. D envoie en permanence, à de nombreux services des courriers de plaintes sur son logement et son environnement et de menaces de suicide à la fois. Il refuse de donner des informations quand on s'adresse à lui. Il a peu de relations. Il est visité par les Petits Frères des pauvres et a un médecin traitant.

ANNEXE 6 : les grilles d'entretien pour ma deuxième mission : étude de préfiguration pour la mise en place d'un nouveau réseau de professionnels « santé mentale et logement »

QUESTIONNAIRE POUR LES PROFESSIONNELS DU CHAMP MEDICO-SOCIAL

- Le fonctionnement du lieu de travail :
  - o De manière générale :
    - Missions de la structure
    - Professionnels
    - Organisation
    - Modalités de prise en charge
  - o Les spécificités du lieu de travail :
    - En terme d'organisation
    - En terme de prise en charge
    - En terme de population accueillie
- Quels sont les besoins des professionnels ?
  - o Lors de votre exercice professionnels, vous arrive t'il de rencontrer des situations problématiques en lien avec le logement ? décrire les situations et bien poser en quoi cela pose problème
- Quels sont les moyens mis en œuvre ?
  - o Lorsque vous rencontrez ces situations problématiques, que mettez-vous en œuvre pour pallier aux difficultés ?
- Les liens avec les partenaires
  - o Lorsque vous rencontrez des difficultés, vers quels professionnels vous orientez-vous ?
  - o Avez-vous déjà fait appel à des partenaires ? Si oui, lesquels ?
  - o Lorsque vous avez fait appel à des partenaires, comment cela s'est il passé ? A-t-on pris en compte votre demande de façon adaptée ? Exemples ?
  - o Certains partenaires ont-ils déjà fait appel à vous pour gérer un problème particulier ? Quelle réponse avez-vous apportée ?
  - o Que pensez-vous des liens entre professionnels du soin et du social ?
- Les connaissances des professionnels sur les réseaux existants à Marseille :
  - o Avez-vous déjà entendu parler des réseaux professionnels dans le champ de la santé mentale et du logement ?
  - o Si oui, que pouvez-vous m'en dire ?
  - o De quelle manière avez-vous entendu parler de ces réseaux ?
- Quelle est la demande des professionnels ?
  - o Est ce que vous êtes intéressé par la mise en œuvre d'un réseau santé-mentale/logement ?
  - o Si oui, de quelle manière ?

- Positionnement/réseau.

## QUESTIONNAIRE POUR LES BAILLEURS SOCIAUX

- Le fonctionnement du lieu de travail :
  - De manière générale :
    - Missions de la structure
    - Professionnels
    - Organisation
- Quels sont les besoins des professionnels ?
  - Lors de votre exercice professionnel, est ce que ça vous arrive de rencontrer des difficultés qui sont en lien avec la problématique de santé mentale ?
  - Si oui, de quelle manière vous la repérez ?
  - Lors de ces situations problématiques, comment êtes vous alertés ?
  - Quelles sont les conséquences de ces problématiques sur leur façon d'habiter le logement ?
  - Quelles sont les conséquences pour vous ?

Poser le circuit de repérage et d'alerte (circulation d'information). Ne pas oublier les descriptions des problèmes. Quels sont ces problèmes.

- Quels sont les moyens/réponses mis en œuvre ?
  - Lorsque vous rencontrez ces situations problématiques, que mettez-vous en œuvre pour pallier aux difficultés ?
- Les liens avec les partenaires
  - Lorsque vous rencontrez des difficultés, vers quels professionnels vous orientez-vous ?
  - Avez-vous déjà fait appel à des partenaires médico-sociaux ? Si oui, lesquels ?
  - Lorsque vous avez fait appel à des partenaires, comment cela s'est il passé ? A-t-on pris en compte votre demande de façon adaptée ? Exemples ?
  - Certains partenaires ont-ils déjà fait appel à vous pour gérer un problème particulier ? Quelle réponse avez-vous apportée ?
  - Que pensez-vous des liens entre professionnels du soin et du social ?
- Les connaissances des professionnels sur les réseaux existants à Marseille :
  - Avez-vous déjà entendu parler des réseaux professionnels dans le champ de la santé mentale et du logement ?
  - Si oui, que pouvez-vous m'en dire ?
  - De quelle manière avez-vous entendu parler de ces réseaux ?
- Quelle est la demande des professionnels ?
  - Faites vous déjà parti d'un réseau de professionnels ? Si oui, lequel ?
  - Est ce que vous êtes intéressé par la mise en œuvre d'un réseau santé-mentale/logement ? Avant de poser la question tu dois le décrire.

- Si oui, de quelle manière ?
- Quelles sont vos attentes principales dans la mise en œuvre de ce réseau ?
- Quels sont vos besoins en terme de formation ? Sur quels thèmes ?
- Comment vous envisagez de vous positionner sur ce type de réseau à l'échelle du 11/12.