CMSMH

Coordination Marseillaise
Santé Mentale et Habitat

# Rapport d'activité

# 2020

*Partenaires Membres*

- Appart 13
- Centre Hospitalier Edouard Toulouse
- Centre Hospitalier Valvert
- ISATIS
- La Ville de Marseille
- Soliha Provence

*Partenaires Associés*

- Alotra
- Assistance Publique Hôpitaux de Marseille
- ARGOS 2001
- AR Hlm PACA & Corse
- GCS GALILE
- Habitat Alternatif Social
- La Métropole Aix Marseille
- La Sauvegarde 13
- L'UDAF 13
- L'UNAFAM

# Sommaire.

**Le mot de l'administrateur. ..... 4**

**Le mot dela directrice. ..... 5**

**1. La coordination marseillaise santé mentale & habitat..... 6**

**1.1 Rappel du contexte de création du GCSMS - CMSMH. ..... 7**

**1.2 Principes de coopération des GCSMS. ..... 7**

**1.3 Objet de la convention constitutive..... 8**

**1.4 Objectifs du projet de coopération. ..... 9**

**1.5 Missions. ..... 9**

**1.6 Organisation. ..... 10**

**1.7 Gouvernance..... 12**

**1.8 Constitution de l'équipe CMSMH ..... 13**

**1.9 Emménagement dans les nouveaux locaux. ..... 15**

**1.10 Constructiondes outils de travail. ..... 15**

a. Outils de gestion administrative et financière de la CMSMH ..... 15

b. L'organisation de l'équipe CMSMH..... 16

c. La centralisation des demandes d'intervention..... 17

d. Conception du système d'information..... 18

**2. L'activité 2020 ..... 18**

**2.1 Les Réseaux Santé Mentale Logement ..... 18**

a. Rappel du contexte de création et de développement des RSML ..... 19

b. La composition de l'équipe RSML..... 21

c. Les commissions plénières RSML..... 21

d. Les situations « RSML »..... 22

e. Situations en accompagnement direct..... 23

f. Les RSML et le confinement..... 27

g. La formation aux « Premiers secours en santé mentale »..... 27

**2.2 L'équipe Diogène Incurie ..... 28**

a. Rappel du contexte de création du dispositif EDI..... 29

b. Lancement du dispositif EDI ..... 29

c. Parcours des personnes dans le dispositif..... 30

d. Activité de l'équipe EDI..... 30

e. Profil des personnes accompagnées..... 32

f. Partenaires orienteurs ..... 32

g. L'accompagnement proposé par EDI..... 32

**2.3 Le projet d'intervention en résidences sociales..... 37**

a. Rappel du contexte de création du projet..... 37

b. Actions de coordination portées par la CMSMH ..... 39

c. Formation ..... 39

d. Activités réalisées par les équipes de première ligne du CMP La Viste..... 39

e. Activités réalisées par les équipes de première ligne du CMP Belle de Mai..... 40

**2.4 Développement de projets ..... 40**

a. Mise en place du groupe Bailleurs..... 40

b. Conception du projet SIIS - Santé Mentale..... 42

**2.5 Participation à la démarche d'élaboration du PTSM des Bouches-du-Rhône..... 45**

**3. Perspectives 2021..... 46**

**ANNEXES :VIGNETTES CLINIQUES ..... 47**

# Abrévations.

AP-HM : Assistance Publique- Hôpitaux de Marseille

ARHLM : Agence Régionale des organismes HLM (Habitations à loyers modérés)

ARS : Agence Régionale de Santé

ASELL : Accompagnement Socio-Educatif Lié au Logement

CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues

CAF : Caisse d'Allocations Familiales

CATTP : Centre d'Activité Thérapeutique à temps Partiel

CH : Centre Hospitalier

CHET : Centre Hospitalier Edouard Toulouse

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIP : Conseiller d'Insertion Professionnel

CLSM : Conseil Local en Santé Mentale

CMP : Centre Médico-psychologique

CMSMH : Coordination Marseillaise en Santé Mentale et Habitat

CoFoR : Centre de Formation en Rétablissement

COSM : Conseil d'Orientation en Santé Mentale

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

CRESS : Chambre Régionale des entreprises de l'Economie Sociale et Solidaire

CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

DA : Directives Anticipées

DRDJSCS : Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale

EDI : Equipe Diogène / Incurie

EMI : Equipe Mobile Inclusive

EMLPP : Equipe Mobile de Liaison Psychiatrie Précarité

FAM : Foyer D'Accueil Médicalisé

GCS : Groupement de Coopération Sociale

GCSMS : Groupement de coopération Sociale et Médico-sociale

HAS : Habitat Alternatif Social

HC : Hospitalisation Complète

HDJ : Hôpital De Jour

HDN : Hospitalisation De Nuit

IML : Intermédiation Locative

IPA : Infirmier en Pratiques Avancées

IRS : Intervention en Résidences Sociales

LAM : Lit d'Accueil Médicalisé

LHSS : Lit Halte Soins Santé

MAD : Mise à disposition

MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie

MG : Médecin Généraliste

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

PACA : Région Provence- Alpes- Côte d'Azur

PSSM : Premiers Secours en Santé Mentale

PTSM : Projet Territorial de Santé

PV : Projet de Vie

RSML : Réseaux Santé Mentale et Logement

SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés

SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

SCHS : Service Communal d'Hygiène et de Santé

SIDIIS : Suivi Intensif pour la Des-Institutionnalisation et l'Inclusion Sociale

SIIS : Suivi Intensif pour l'Inclusion Sociale

SSPH : Service de la Santé Publique et des Handicapés

UDAF : Union Départementale des Associations Familiales

UNAFAM : Union Nationale de Familles et Amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques

# Le mot de l'administrateur.

Le dynamisme de la Coordination Marseillaise en Santé Mentale et Habitat se mesure aisément au nombre de projets engagés ces quatre dernières années grâce à l'action de sa directrice et au soutien des membres de l'Assemblée Générale comme du comité de coordination.

En dépit de la crise sanitaire subie par chacun d'entre nous pendant cette année 2020, les démarches de projet et leur mise en œuvre ont continué au sein du groupement, ce rapport d'activité en fait foi.

L'équipe s'est renforcée et nous avons pu nous installer dans des locaux adaptés et indépendants après avoir été hébergés pendant cinq ans au sein du centre hospitalier Edouard Toulouse.

La Coordination s'est inscrite au cœur du Contrat Local de Santé signé entre l'ARS PACA et la ville de Marseille, notamment par le portage d'une action visant à lutter contre les situations de Diogène et d'incurie dans le logement.

L'adhésion de l'AP-HM à la CMSMH permet enfin, d'associer les trois centres hospitaliers dans des perspectives de coopération sur l'ensemble du territoire marseillais, seule territorialisation adéquate aux objectifs du groupement.

Le Projet Territorial de Santé Mentale - PTSM, validé fin 2020, trace les pistes au sein desquelles la Coordination Marseillaise pourra s'engager en partenariat avec les acteurs marseillais du champ de la santé mentale et de l'habitat. Il reste cependant à élaborer le programme logement au bénéfice des personnes souffrant de troubles psychiques prévu par le législateur en appui du PTSM.

Il est hautement souhaitable que la relance des travaux du Conseil Local en Santé Mentale de la ville de Marseille - CLSM soit la pièce supplémentaire à cet édifice tant ce dernier a une importance fondamentale dans la dynamique partenariale sur les sujets qui sont au cœur des missions de la CMSMH.

Il est important de rappeler que le GCSMS est né de discussions menées au sein de ce qui était alors le COSM.

C'est grâce à cette dynamique partenariale que nous pourrons faire valoir l'importance de la question relative à l'habitat pour les personnes confrontées à des troubles psychiques auprès de notre financeur principal, l'ARS.

C'est dans cet esprit que les trois centres hospitaliers soutenus par les membres, solliciteront l'ARS afin qu'elle puisse reconnaitre, intégrer et consolider les projets et plus-value amorcées par la CMSMH dans le but d'ancrer son positionnement sur le territoire marseillais.

*Dominique TESTART*

# Le mot de la directrice.

La constitution en 2015, du GCSMS - Coordination Marseillaise en Santé Mentale et Habitat est un premier pas vers le décloisonnement des pratiques et secteurs qui permet le rassemblement de tous. C'est pour cela que les membres du GCSMS se sont réunis afin d'avoir la capacité de mettre en place des processus collaboratifs, dispositifs, projets, mais surtout pour travailler côte à côte.

Pour ce faire, les obligations de chacune des parties doivent être clairement définies car il n'y a pas de place pour l'approximatif, source de litiges et de différends. Après 5 ans d'activité, il est clair que la coopération ne fonctionne pas toujours sans heurt tant elle renvoie à la capacité des uns à travailler avec les autres. Tout en respectant les temporalités de chacun, il est clair que si nous laissons les problèmes envahir le champ de la coopération, celle-ci peut devenir un obstacle et non plus une opportunité.

Surtout qu'il nous est possible aujourd'hui d'envisager les évolutions qui s'annoncent, entre la planification des dispositifs d'accompagnement, le décloisonnement des structures et agréments pour passer de l'insertion à l'inclusion, ainsi que le développement des plateformes d'accompagnement pour une meilleure prise en charge individuelle. Ces orientations de politiques sociales passent par des actions que le GCSMS devra impulser avec une offre de dispositif, le déploiement de services, la recherche de financements diversifiés, la mise en place de démarche qualité, en accord avec ses partenaires membres.

Le GCSMS devra travailler au décloisonnement des secteurs sanitaire, social et médico-social, pour davantage faire cesser les batailles « privé/public », « psychiatrie/santé mentale », « sanitaire/médico-sociale » et réduire les inégalités de financement de chaque secteur. La démarche de mutualisation et de coopération nécessite une réflexion politique et stratégique qui doit permette d'anticiper les pressions, voire les injonctions à venir, il est donc nécessaire de construire des coopérations à la hauteur de ces changements.

Par conséquent, il est primordial que les processus de coopération et d'organisation soient respectés, intégrés et lisibles. Comme il est primordial de sensibiliser les équipes à ce modèle d'organisation car sans cela, il est n'est pas certain que les problématiques des personnes concernées par des troubles psychiques au sein de leur habitat soient pris en considération, compte tenu des représentations persistantes des acteurs et de la stigmatisation dont elles sont victimes.

Le travail ne fait donc que commencer et, en tant que directrice, je souhaite remercier toute l'équipe salariée de la CMSMH pour son implication sans faille dans ce projet en mouvement permanent !

*Laure PLAIS RICHARD*

# 1. La coordination marseillaise santé mentale & habitat.

| | |
|---|---|
| Nom | Coordination Marseillaise Santé Mentale et Habitat |
| Adresse | 19 traverse de la Trévaresse 13012 Marseille |
| Numéro Siret | 827 872 763 00020 |
| Statut juridique | GCSMS (Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale)<br>Groupement de droit privé, compte tenu de la représentation de ses membres majoritairement issus du secteur privé.<br>Personne morale à but non lucratif. |
| Date de création (JO) | 04/07/2016 |
| Représentants légaux | Dominique Testart – Administrateur et directeur financier du CHET<br>administrateur@cmsmh.fr<br>Portable : 06 82 38 03 75<br>Laure Plais Richard – Directrice<br>l.plaisrichard@cmsmh.fr<br>Portable : 06 67 00 28 40 |

## 1.1 Rappel du contexte de création du GCSMS - CMSMH.

Pendant plusieurs années, les questions d'accès et de maintien dans le logement pour les personnes souffrant de troubles psychiques ont mobilisé de manière significative de nombreux acteurs sur la ville de Marseille. Malgré cela, la situation est restée complexe et les dispositifs mis en place pour répondre à ces problématiques ont été très vite saturés. Même si la mobilisation et le rayonnement des acteurs représentent un atout par la construction d'un réseau compétent, des questions perdurent quant à l'organisation de ce réseau afin qu'il soit capable de répondre aux besoins des patients/citoyens dans la construction d'un projet de territoire structurant.

C'est dans ce contexte de reconnaissance des personnes concernées n'ayant pas accès à un logement autonome et/ou accompagné, qu'en janvier 2014, dans le cadre du « Pacte de Sécurité et de Cohésion Sociale » - Plan Ayrault, des fonds ont été dédiés au projet de constitution du GCSMS « Coordination Marseillaise Santé Mentale et Habitat ».

Le 27 août de la même année, la signature de la convention partenariale relative à la mise en œuvre de la Coordination Marseillaise en Santé Mentale et Habitat sur les territoires des quartiers Nord et centre-ville est signée entre les partenaires suivants : le CHET, la ville de Marseille, Habitat Alternatif Social-HAS et Argos 2001.

En février 2015, le recrutement d'une coordinatrice est acté et le CHET, porteur des fonds pérennes d'un montant de 85 000 euros, devient de fait employeur de ce poste. En juillet, une invitation à destination de 13 futurs membres, préalablement rencontrés : Alotra, Appart 13, l'ArHlm Paca Corse, Isatis, le CH Valvert, le GCS GALILE, HAS, Soliha Provence, La Sauvegarde 13, l'UDAF 13, l'Unafam, l'USH, l'APHM est envoyée afin qu'ils deviennent signataires de la convention partenariale, étape qui servira de tremplin en vue de l'adhésion à la convention constitutive de la CMSMH et qui regroupera au total 16 partenaires.

En mai 2016, le dépôt de la convention constitutive est effectué auprès de l'ARS qui se charge d'instruire notre demande auprès de la Préfecture. En juillet 2016, la gouvernance se formalise à la suite de la réception de l'arrêté préfectoral approuvant la convention constitutive, nommant, de fait, un administrateur et ses instances de gouvernance. Puis en septembre 2017, le projet de coopération est validé par les membres de l'Assemblée Générale de la CMSMH puis présenté à l'ARS PACA.

Fin 2020, la CMSMH comptait quinze membres (adhésion de l'AP-HM toujours en cours) :

- **Partenaires membres :** Appart 13, Centre Hospitalier Edouard Toulouse, Centre Hospitalier Valvert, ISATIS, Ville de Marseille, SOLIHA Provence,

- **Partenaires associés :** Alotra, ARGOS 2001, AR Hlm PACA & Corse, GCS GALILE, Habitat Alternatif Social, Métropole Aix Marseille, La Sauvegarde 13, UDAF 13, UNAFAM.

## 1.2 Principes de coopération des GCSMS.

La coopération est une composante à part entière de la stratégie du groupement. Elle doit être capable d'apporter une plus-value significative qui :

- S'inscrit dans une stratégie territoriale et/ou d'offre, prolonger sa stratégie de regroupement,

- S'enrichit de l'expérience des partenaires membres et associés,

- Augmente les compétences,

- Développe de nouvelles solutions et/ou de nouveaux modèles, dispositifs,

- Accède à de nouveaux marchés/ appel d'offre, AMI, etc.

- Pérennise des dispositifs.

Elle doit être basée sur une relation équilibrée et le projet de coopération doit apporter à chacun de ces partenaires une valeur ajoutée. Mais avant tout et outre les échanges, la coopération doit donner lieu à une action commune garante de la pérennité et d'un plus grand impact du projet pour le territoire, les institutions les associations et surtout pour les publics pour lesquels le résultat de la coopération apporte une réponse efficiente.

La coopération issue de la CMSMH construit ses actions à partir de constats partagés. Elle s'organise autour d'approches qui conduisent à renforcer les activités de ses membres dans les domaines de l'action sociale, sanitaire et médico-sociale, de l'habitat en associant les représentants d'usagers et de leur famille. Elle a vocation à créer,

mutualiser ou gérer des services d'intérêts communs et à encourager des actions améliorant le déploiement d'activités en lien avec son objet.

Ces actions reposent sur le dynamisme et l'initiative de ces promoteurs, notamment en matière de recomposition de l'offre, en prenant en compte, les publics concernés, les professionnels, ainsi que les spécificités territoriales et partenariales de la ville de Marseille.

La coopération implique un engagement volontaire et réciproque entre les parties prenantes qui, au-delà d'un simple lien contractuel et d'une convergence d'intérêts, favorisera des approches de coopération, de mutualisation et d'entraide.

Le GCSMS permet des échanges et une synergie de compétences pour structurer des filières rattachées à différents secteurs d'activités et/ou des innovations socio-économiques.

Concernant l'expertise et les compétences de ses membres, elle est reconnue et s'illustre notamment à travers les services et établissements portés par chacun d'entre eux. En voici quelques exemples :

- Les trois structures SAMSAH handicap psy sont portées par le CHET, l'association ISATIS, et la Sauvegarde 13, et représentent une offre de près de 120 places ;

- La structure SAVS portée par la Sauvegarde 13 assure le suivi de 150 places à l'échelle du département des Bouches-du-Rhône ;

- L'UDAF 13 gère une résidence accueil de 16 places ainsi que le dispositif « Famille Gouvernante » qui regroupe près de 60 places en colocation ;

- Le dispositif d'Inter Médiation Locative-IML Santé Mentale, coordonné par la Métropole Aix-Marseille, dont les opérateurs des 23 places sont SOLIHA Provence et le GCS GALILE en partenariat avec les CMP du centre-ville du CHET ;

- Le dispositif Toi, Moi et les Autres coordonnées par la Métropole Aix Marseille Provence mis en place avec le bailleur 3FSud en partenariat avec SOLIHA Provence qui accompagne près de dix ménages par an nécessitant un maintien à domicile ;

- Le dispositif « Situations extraordinaires, logements ordinaires 2 » coordonné par la Métropole Aix Marseille Provence, mis en place avec le bailleur Logirem en partenariat avec SOLIHA Provence et le GCS GALILE accompagnent douze ménages par an ;

- Les appartements associatifs initiés en interne des hôpitaux par les équipes soignantes des CH Edouard Toulouse et Valvert représentent près de 40 suivis dans des logements autonomes dont les suivis sanitaires sont assurés par les CMP référents ;

- Le dispositif de maison partagée sur le CH Valvert qui repose sur un principe de partenariat avec les CMP et le SAAD de l'association SAJE. Une mutualisation de PCH permet d'apporter une aide quotidienne dans un lieu partagé par des personnes souffrant de troubles psychiques. Cette démarche a associé l'ensemble des locataires dans la construction de ce type d'habitat ;

- Le dispositif « Un chez soi d'abord » porté par HAS et SOLIHA Provence conçu pour les personnes en situation de sans-abrisme. Ce dispositif est particulièrement adapté aux personnes sans domicile qui souffrent de troubles psychiques ou de pathologies mentales sévères, ont un problème de drogue ou d'alcool, une mauvaise santé physique ou sont en situation de handicap ;

- Les hôpitaux psychiatriques qui offrent à l'échelle d'une partie des territoires une offre de consultation à travers leurs CMP. Sans oublier les EMLPP, les dispositifs de gestion de crise ou de services portant sur des approches complémentaires les unes des autres.

## 1.3 Objet de la convention constitutive.

La CMSMH s'applique avec ses membres à décloisonner les pratiques de chaque secteur d'activité afin de construire des réponses concertées sur le développement de l'offre de dispositifs liées aux questions d'accès et de maintien dans des logements pour les personnes présentant des troubles psychiques.

Ces actions peuvent :

- Permettre des interventions communes et concertées de professionnels des secteurs sociaux, médicaux sociaux et sanitaires, des professionnels salariés et bénévoles du groupement ainsi que les professionnels salariés et bénévoles associés par convention ;

- Créer des systèmes d'informations nécessaires à l'activité des membres ;

- Faciliter, encourager et soutenir les actions concourant à la recherche de réponses adaptées et correspondantes aux besoins exprimés par les membres et les partenaires associés ;

- Définir et/ou proposer des actions de formation et des échanges de pratiques professionnelles

pour les personnels et bénévoles des membres et des partenaires associés ;

- Créer et adhérer à des réseaux dans le domaine social et médico-social, à des groupements prévus par le code de la santé publique et le code de l'action sociale et des familles.

## 1.4 Objectifs du projet de coopération.

**L'objectif général du projet de la CMSMH est d'apporter des réponses opérationnelles et stratégiques sur les questions de santé mentale et d'habitat en s'appuyant sur une méthodologie de travail reposant sur notre principe de coopération.**

### Objectifs spécifiques :

- OS1 : Fluidifier les parcours des personnes souffrants de troubles psychiques et les accompagner dans leur habitat ;
- OS2 : Articuler les politiques locales et/ou nationales afin de créer des synergies entre les partenaires membres et associés ;
- OS3 : Consolider les partenariats afin de développer l'offre de logement, d'hébergement et des accompagnements médico sociaux adaptés ;
- OS4 : Reconnaître l'intérêt et la plus-value de l'action des structures membres, en vue de proposer de nouveaux modèles de fonctionnement ;
- OS5 : Partager une culture commune concernant les modes d'intervention rattachés à la problématique santé mentale et habitat.

## 1.5 Missions.

La CMSMH s'applique avec ses membres à décloisonner les pratiques de chaque secteur d'activité afin de construire des réponses concertées sur le développement de l'offre de dispositifs liées aux questions d'accès et de maintien dans des logements pour les personnes souffrant de troubles psychiques.

En ce sens, les actions développées par la CMSMH s'articulent autour de trois axes :

### Observer, Comprendre et Proposer

Les membres de la CMSMH sont amenés dans leur quotidien à rencontrer les publics en situation de souffrance psychique en étant témoins ou acteurs de leur parcours de vie. Ils sont amenés à échanger avec leurs partenaires sur les difficultés des situations rencontrées. L'exploitation, la mutualisation des connaissances empiriques des différentes membres ou partenaires de la CMSMH permet d'appréhender les situations, les besoins du public et les freins.

Cette instance se propose d'être un espace d'échange et d'enrichissements sur les questions de la santé mentale et de l'habitat, un lieu d'élaboration de plaidoyers et de propositions pouvant influencer les pratiques sociales et les politiques publiques. L'enjeu principal de la CMSMH est de répondre à ces différentes interrogations :

Quelles sont les difficultés qui peuvent faire obstacle, du point de vue des personnes, au logement et à l'habitat ? Quels sont les accompagnements qui peuvent les aider à les lever ? Quelles sont les résistances qui s'y opposent, du point de vue de la collectivité : les représentations sociales, les logiques économiques, un rapport culturel au handicap, la logique de l'Ordre Public, la méconnaissance, les cadres institutionnels... Comment faire évoluer les esprits ? Comment développer les intentions positives (ou en d'autres termes la mobilisation sociale) ? Comment impacter le fonctionnement des institutions ?

### Agir, Expérimenter et Valoriser

L'enjeu pour la Coordination Marseillaise est de contribuer à trouver des réponses innovantes et de développer des projets qui ont pour finalité de rendre plus fluide le parcours vers l'habitat et le rétablissement des personnes en difficulté.

La Coordination Marseillaise dans le cadre de collaboration impliquant tout ou partie de ses membres tire des enseignements de ses différentes actions à l'aide d'évaluation pour les valoriser, les modéliser et les faire évoluer.

### Partager et Développer

Cela passe par la collaboration avec les pouvoirs publics lors de l'élaboration des politiques et schémas locaux, par le développement de nouveaux partenariats, par la pérennisation des dispositifs, par la contribution à la formation des acteurs (sur ce point, le groupement ne sera pas lui-même organisme de formation mais une ressource pouvant contribuer à l'ingénierie des programmes).

# 1.6 Organisation.

En 2020, la CMSMH était porteuse de plusieurs dispositifs opérationnels :

## Les Réseaux Santé Mentale et Logement - RSML :

initiés en 2008 à l'initiative de la ville de Marseille et de l'ARS PACA, les RSML sont des espaces de travail pluri-sectoriels et pluridisciplinaires unissant les professionnels du sanitaire, du social, du médico-social, de la justice, et de l'habitat. Ce réseau permet d'assurer le suivi de personnes relevant de situations complexes afin de favoriser leur maintien dans le logement, la continuité ou la reprise de soins grâce aux ressources déjà existantes sur le territoire et la mobilisation des acteurs impliqués dans cette logique de résolution. Les réseaux fonctionnent à l'échelle des territoires du CH Edouard Toulouse (quartier Nord et Centre-ville de Marseille et du CH Valvert (quartier Est de la ville) ;

## L'équipe Diogène Incurie - EDI :

ce dispositif expérimental initié en 2019 a pour objectif d'accompagner les personnes concernées par des problématiques Diogène et incurie. Initié par les membres de la CMSMH et plus particulièrement avec la ville de Marseille, l'équipe d'intervention basée sur le principe de coopération, via des mises à disposition de personnels des centres hospitaliers et de la ville de Marseille, a pour mission d'intervenir au domicile des personnes faisant l'objet d'un signalement auprès du service d'hygiène de la ville de Marseille, tout en assurant un relai avec les partenaires nécessaires à ce type de prise en charge complexe. L'équipe dédiée se déploie à l'échelle du territoire de la ville de Marseille ;

## La formation "Premiers Secours en Santé Mentale" - PSSM :

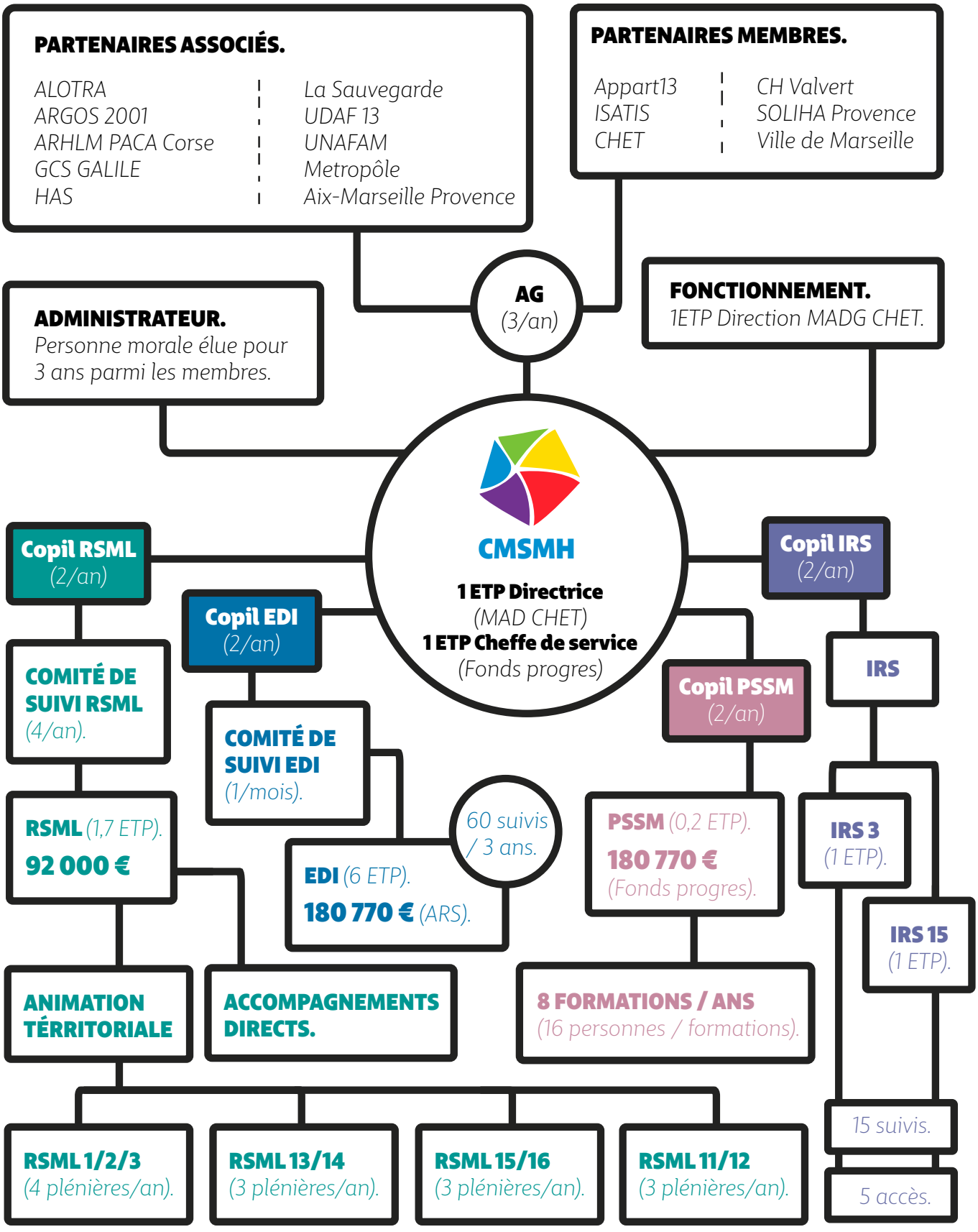
ce dispositif de formation à destination du grand public ainsi qu'aux acteurs de premières lignes permet d'apporter les premières réponses face à des personnes souffrant d'un trouble psychique. La formation permet de repérer et d'appréhender ces situations jusqu'à ce qu'une aide professionnelle puisse être apportée, ou jusqu'à ce que la crise soit résolue. Ils sont l'équivalent en santé mentale, des gestes de premier secours qui eux, apportent une aide physique à la personne en difficulté. Ce dispositif de formation s'inscrit dans la feuille de route stratégique nationale du plan en santé mentale et psychiatrie communiqué en début d'année ;

## L'équipe d'Intervention en Résidence Sociale - IRS :

le dispositif IRS a vocation à intervenir auprès des résidents d'ADOMA et d'Alotra, bailleurs très sociaux ainsi qu'auprès des personnes sortant d'hospitalisation ou suivies en CMP du Centre Hospitalier Edouard Toulouse. En 2018, une réponse commune à un appel à projet a permis d'apporter des renforts de postes (psychologues et infirmières) au sein des CMP afin qu'ils déploient une approche type 'case mangement' dans le cadre de leur accompagnement. Pour ce faire, la CMSMH à travailler à un projet de coopération au travers de conventions de partenariat permettant ainsi, d'apporter des réponses en termes d'accès et de maintien dans le logement (20 accès et 80 maintiens prévus). Le pilotage de ce projet ainsi que l'accompagnement opérationnel du projet ont été assurée par le CMSMH depuis décembre 2018 et fin 2020.

**Le schéma ci-après résume l'organisation de la CMSMH en 2020 :**

*> Schéma organisationnel de la CMSMH en 2020.*



## 1.7 Gouvernance

| INSTANCES | COMPOSITION EN 2020 | REGULARITE |
|---|---|---|
| ADMINISTRATEUR REPRESENTANT UNIQUE | Dominique TESTART | 24 réunions |
| ASSEMBLEE GENERALE INSTANCES DECISIONNNELS | Partenaires membres et associés de la CMSMH<br>Seuls les partenaires membres ont un droit de vote | 4 AG |
| COMITE COORDINATION INSTANCE D'APPUI A LA DIRECTION | CH Edouard Toulouse / CH Valvert Métropole Aix Marseille Provence Soliha Provence / Ville de Marseille Suppléant : GCS GALILE / Alotra / ISATIS | 5 comités |
| COPIL PSSM<br>INSTANCE DECISISONNELLE EN LIEN AVEC L'AG | Alotra<br>AR HLM PACA<br>CH Edouard Toulouse Métropole Aix Marseille Provence | 2 COPIL /AN |
| COPIL RSML INSTANCE DECISISONNELLE EN LIEN AVEC L'AG | ARS<br>Métropole Aix Marseille Provence Préfecture<br>Ville de Marseille | En cours |
| COPIL IRS<br>INSTANCE DECISISONNELLE EN LIEN AVEC L'AG | ADOMA<br>Alotra<br>Chefs de pôles du CHET Métropole Aix Marseille Provence Ville de Marseille | Initialement prévu en décembre 2020 décalé au 25 mars 2021 |
| COPIL EDI INSTANCE DECISISONNELLE EN LIEN AVEC L'AG | ARS<br>CH Edouard Toulouse CH Valvert<br>Ville de Marseille | 1 COPIL 8 comités |
| COPIL GRP BAILLEUR INSTANCE DECISISONNELLE EN LIEN AVEC L'AG | Alotra<br>Ar Hlm Paca<br>GCS GALILE<br>Métropole Aix Marseille Provence Soliha Provence | 4 comités |

Depuis la création de la CMSMH, les instances de concertation se sont structurées au fil des projets. Sur chaque projet sont programmés des comités de suivi mensuels, ainsi que deux copils par an. A cela s'ajoute l'instance de décisions : l'assemblée générale. Afin de répondre aux obligations statutaires de notre groupement, nous sommes passés d'une AG par mois à trois par an.

La direction est accompagnée dans ses orientations ou choix par un comité de coordination qui se réunit entre quatre à six fois par an, en fonction des problématiques organisationnelles rencontrées.

Il faut cependant souligner que malgré la complexité de notre objet et de notre thématique, et malgré leurs engagements professionnels ou bénévoles, les partenaires membres et associés sont très mobilisés sur nos projets et instances de concertation et cela de façon régulière, voire, de manière assidue.

# 2020, une année de structuration.

## 1.8 Constitution de l'équipe CMSMH

Trois professionnels sont salariés du CHET et quatre sont salariés de la CMSMH

(cf. récapitulatif dans le tableau).

— 2015 — Prise de fonction.

— 2019 — Prise de fonction.

— 2020 — Prise de fonction.

| Poste | Dates d'entrée / Date de sortie | ETP | Observations |
|---|---|---|---|
| **Directrice - CMSMH Laure PLAIS RICHARD** | **11 février 2015** | **1** | Salariée du CHET (CDI)<br>(En attente de la convention de MAD gracieuse) * |
| **Secrétaire – CMSMH Hélène BEJEAN** | **11 février 2015 / 1 mars 2016** | **0.3** | Salariée du CHET |
| **Coordinatrice - RSML Virginie LEHMANN** | **2 mai 2019** | **0.8** | Salariée du CHET avec rattachement fonctionnel à la CMSMH (Titulaire FPH) Depuis le 1er janvier 2020 : MAD (en attente de la convention de MAD) * |
| **Coordinatrice - RSML Jordane ARNAUD** | **1 avril 2019** | **0.9** | Salariée du CHET avec rattachement fonctionnel à la CMSMH (CDI)<br>Depuis le 1er janvier 2020 : salariée de la CMSMH |
| **Educateur spécialisé – EDI Vincent CLARAC** | **1 mars 2020** | **1** | Salarié de la CMSMH (CDI) |
| **Cheffe de service – CMSMH<br>Emilie COUTRET** | **16 mars 2020** | **1** | Salariée de la CMSMH (CDD) |
| **Assistante sociale – EDI Laurence VAILLANT** | **1 septembre 2020** | **0.8** | Salariée du CHET (Titulaire FPH)<br>(En attente de la convention de MAD gracieuse) |
| **IDE – EDI Véronique CARRIÉ** | **1 septembre 2020** | **1** | Salariée de la CMSMH (CDI) |

* : les salariés du CHET mis à disposition de la CMSMH sont effectivement présents dans les effectifs mais les conventions de MAD sont toujours en attente.

En 2020, la CMSMH a vu ses effectifs passés de trois à sept professionnels.

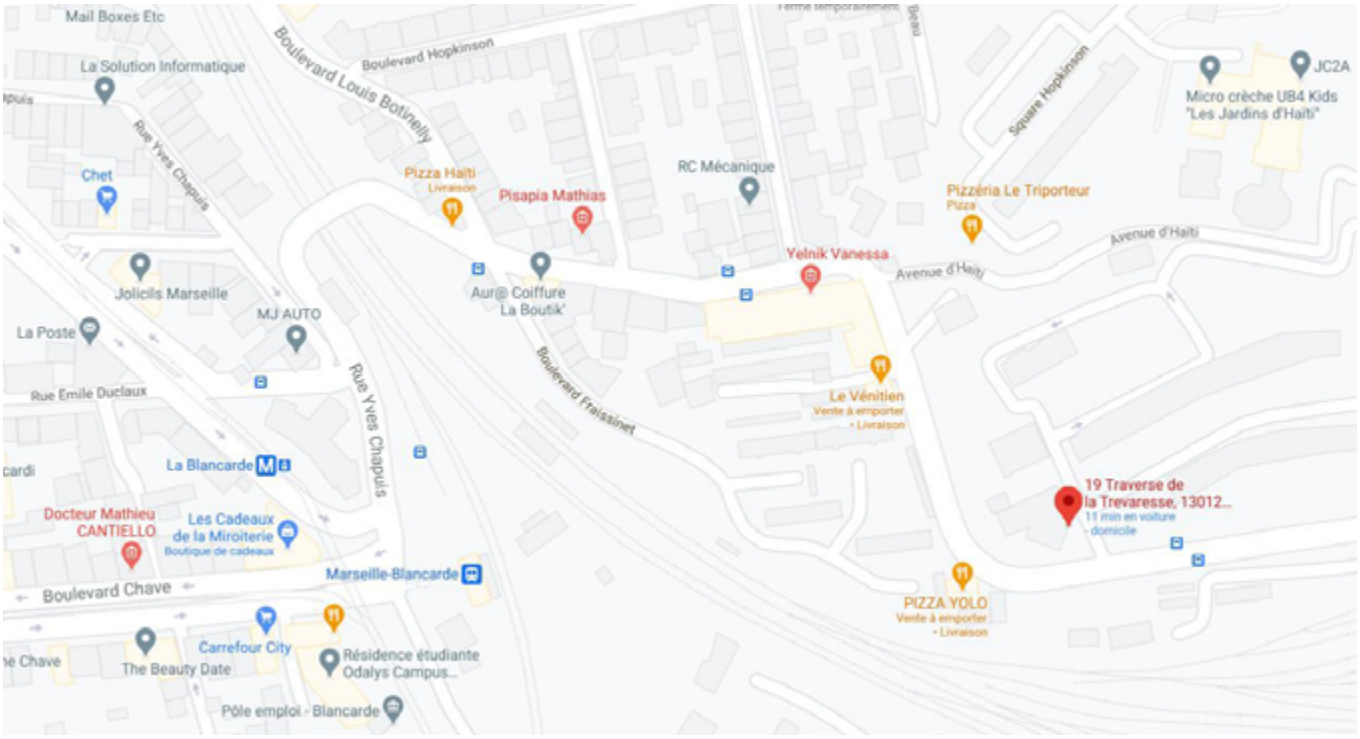
**Lors de l'assemblée générale du 23 juin 2020, le rattachement de la CMSMH à la CCN51 (Convention Collective Nationale des Etablissements Privés d'Hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif) a été voté. Un important travail de mise à jour des contrats de travail a donc été effectué en lien avec un juriste spécialisé.**

# 1.9 Emménagement dans les nouveaux locaux.

Depuis sa création, la CMSMH était hébergée gracieusement par le CHET. Mais, en lien avec les projets de développement et l'augmentation des effectifs, il a été décidé en 2019 de rechercher des nouveaux locaux à proximité du centre-ville.

Le 8 juin 2020, l'équipe a pu prendre possession de ses nouveaux bureaux localisés au 19 traverse de la Trévaresse dans le 12ème arrondissement de Marseille (La Blancarde). Cette installation s'est faite dans le cadre d'un accord avec M. Patrick Padovani, anciennement élu à la santé à la ville de Marseille et président d'HMP, ce qui nous a permis de bénéficier de locaux adaptés à notre activité.

Ces locaux se trouvent au sein de la cité « Les jardins de la Blancarde », à proximité de la gare de la Blancarde. Anciennement « Maison Pour Tous », ce bâtiment de 450 m2 bénéficie d'un jardin qui se situe dans un cadre agréable. Des travaux sont prévus pour l'année 2021.




# 1.10 Construction des outils de travail.

## a. Outils de gestion administrative et financière de la CMSMH

Le changement de local et l'arrivée de l'équipe ont imposé une structuration administrative, juridique et comptable en lien avec la fonction employeur de la CMSMSH qui s'est organisée ainsi :

- Recherche d'un expert-comptable et d'un commissaire aux comptes et mise en place des procédures en lien avec cette activité,
- Déclaration et adhésion à un organisme de médecine du travail,
- Mise en place des assurances, contrats de prévoyance et mutuelle,
- Déménagement et aménagement des locaux,
- Tuilage sur les différentes procédures internes au CHET,
- Mise en place de l'organisation interne de la CMSMH,
- Installation du système informatique,

- Mise en place des contrats de maintenance entretien des locaux, des extérieurs, du système informatique,
- Recherche et calibrage d'un système d'information capable de répondre aux besoins de la CMSMH. (Qualification de l'activité + Suivi parcours des personnes analyse des informations collectives, etc.).

## b. L'organisation de l'équipe CMSMH

En lien avec l'arrivée des professionnels de l'équipe, un important travail de réflexion a été mené en 2020 afin de mettre en place les temps de travail nécessaires au bon fonctionnement de la CMSMH, à la fois au niveau institutionnel qu'au niveau opérationnel :

- Partage d'informations entre les dispositifs : il était important de favoriser la transversalité et les échanges entre les équipes afin de garantir la cohérence entre les différentes activités portées par la CMSMH et que chacune soit envisagée comme faisant partie d'un tout : la CMSMH,
- Partage d'informations au sein de chaque dispositif pour favoriser le suivi des situations, la mise en place des accompagnements globaux, le travail en équipe pluridisciplinaire.

### Ainsi, trois temps de travail ont été définis :

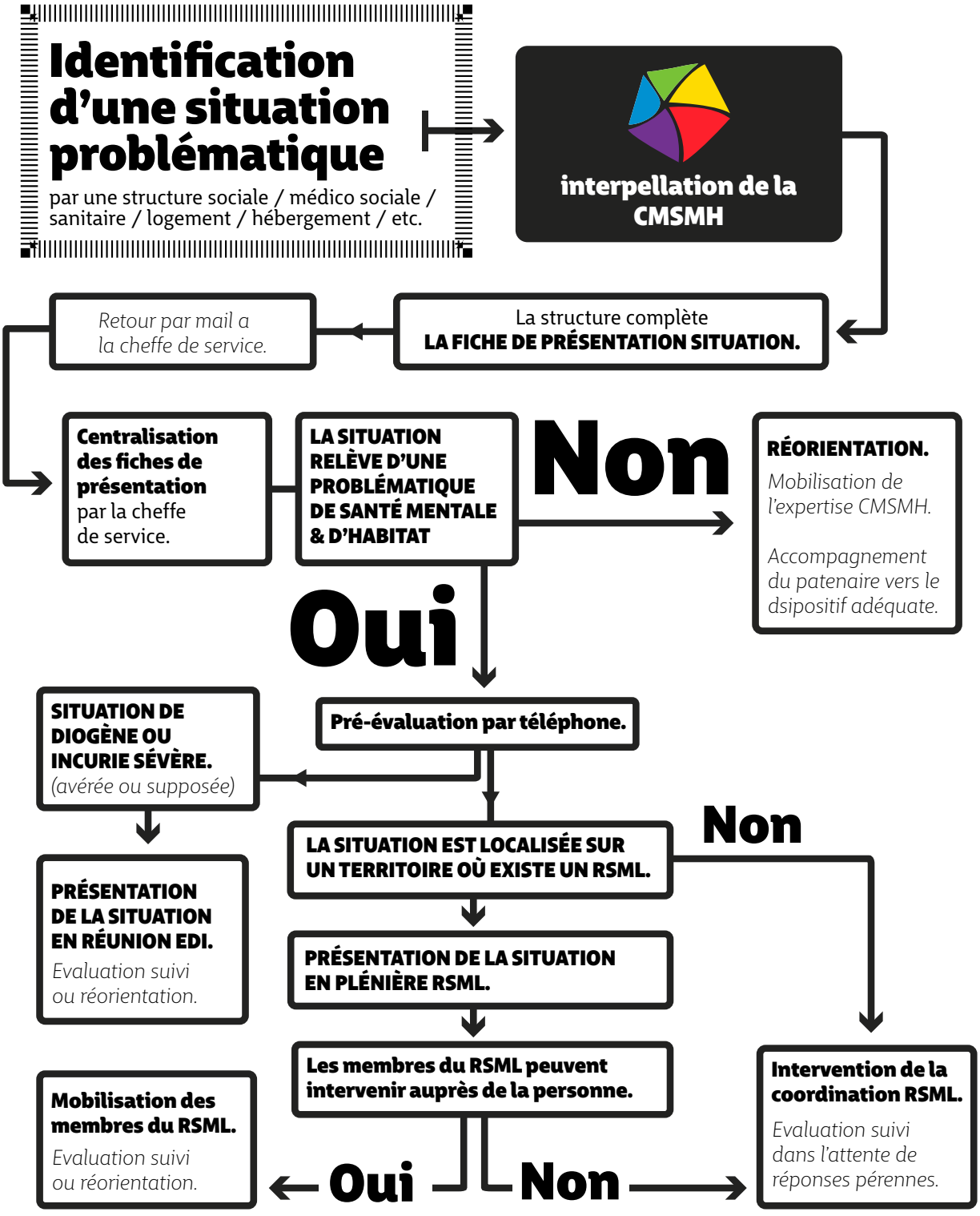
| Poste | Participants | Objet |
|---|---|---|
| **Réunion institutionnelle** | **Animation :** Directrice<br>**Participants :**<br>toute l'équipe CMSMH | **Fréquence : tous les deux mois**<br>- Aspects organisationnels, congés,<br>- Aperçu de l'avancement des différents projets. |
| **Réunion file active** | **Animation :** cheffe de service<br>**Participants :**<br>toute l'équipe CMSMH | **Fréquence : hebdomadaire**<br>- Présentation des demandes d'intervention arrivées via la cellule de centralisation,<br>- Validation des inclusions,<br>- Passage en revue des situations évaluées et suivi par les différents dispositifs,<br>- Validation des axes de travail. |
| **Analyse des pratiques professionnelles** | **Animation :** intervenante extérieure (psychologue)<br>**Participants :** toute l'équipe CMSMH | **Fréquence : mensuelle**<br>Dans un contexte de travail souvent difficile, auprès de personnes ayant des parcours complexes et se trouvant dans des situations très dégradées, les séances d'analyse des pratiques professionnelles permettent aux professionnels de prendre du recul sur leur pratique, de lui donner du sens.<br>Du point de vue de l'équipe, elles permettent l'activation des processus groupaux et facilitent ainsi la création d'un groupe « ressource » pour chacun de ses membres : développement de la solidarité, sentiment d'appartenance et construction d'une culture commune. |

## c. La centralisation des demandes d'intervention

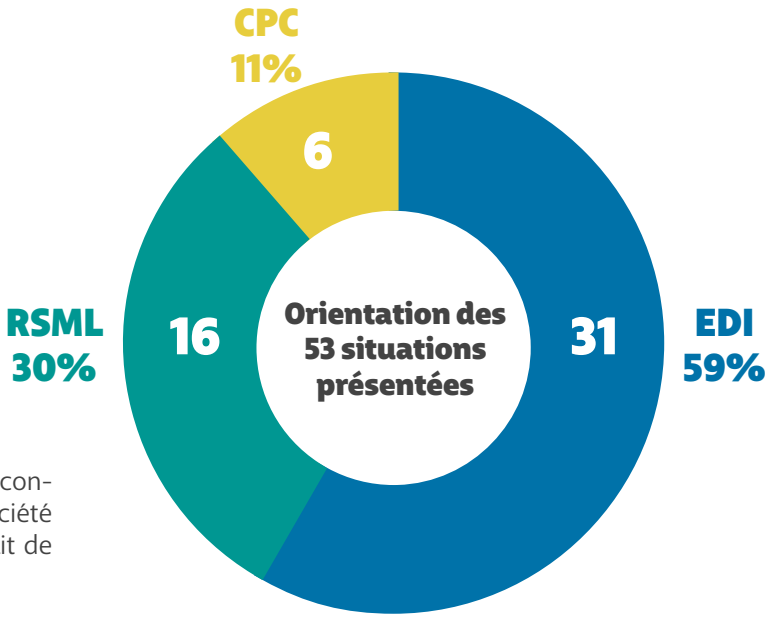
Afin de faciliter la prise en compte des demandes qui arrivaient de manière aléatoire auprès des différents professionnels de l'équipe, la CMSMH a mis en place, à l'automne 2020, un processus de centralisation s'appuyant sur une fiche de présentation de situation.

Cette fiche doit être remplie par toute structure qui sollicite la CMSMH pour une situation relevant d'une problématique de santé mentale. Elle permet de recueillir les informations nécessaires à une orientation vers le dispositif le plus approprié (en interne ou en externe de la CMSMH).

**Le schéma ci-dessous résume la procédure de centralisation.**



En 2020, 53 situations ont ainsi été présentées à la CMSMH et orientées vers les différents dispositifs de la CMSMH après une première évaluation par téléphone.




### d. Conception du système d'information

Afin de faciliter le suivi des activités et leur évaluation, il a été choisi de mettre en place un système d'information interne à la CMSMH.

Pour cela, une étude de marché a été réalisée et des contacts ont été pris avec plusieurs prestataires. La société TAGALIS a finalement été retenue car elle présentait de nombreux avantages :

**Flexibilité :** là où la plupart des logiciels sont figés, le modèle de développement de TAGALIS permettait de créer un logiciel spécialement adapté aux activités de la CMSMH,

**Réactivité :** il sera possible de lui apporter des modifications et des compléments tout au long de son utilisation et dans des délais très courts,

**Simplicité d'utilisation :** l'interface de TAGALIS est très ergonomique et intuitive ce qui en fait un outil très simple d'utilisation.

**Coût :** comparativement à d'autres logiciel, TAGALIS est particulièrement abordable.

Comme tous les logiciels médico-sociaux, TAGALIS permet le suivi de l'activité (suivi des actes par bénéficiaire) et son monitoring grâce à des tableaux de bord en temps réel.

L'essentiel du travail de paramétrage du logiciel a été effectué à l'automne 2020 et l'outil sera entièrement fonctionnel début 2021.

# 2. L'activité 2020

## 2.1 Les Réseaux Santé Mentale Logement

Les RSML sont des espaces de travail plurisectoriels et pluridisciplinaires réunissant les professionnels du sanitaire, du social, du médico-social, de l'habitat, de la justice, de la police, qu'il s'agisse de structures institutionnelles, associatives ou de professionnels libéraux, dès lors qu'ils sont amenés à rencontrer des personnes concernées par des problématiques de santé mentale en lien avec une problématique de maintien dans le logement.

Ils permettent d'assurer le suivi de personnes dont les parcours sont qualifiés de « complexes » afin de favoriser leur maintien dans le logement, la continuité ou la reprise de soins grâce à la mobilisation ou remobilisation des ressources identifiées sur le territoire.

Les réseaux fonctionnent à l'échelle des territoires du CH Edouard Toulouse (RSML 13/14 et RSML 15/16 dans les quartiers Nord et RSML 1/2/3 dans le centre-ville de Marseille) et du CH Valvert (RSML 11/12 dans les quartiers Est de la ville).

| Réseaux Santé Mentale et Logement - RSML | |
|---|---|
| **Objectif général** | Améliorer les modalités d'accompagnement de personnes vivant sur le territoire marseillais et concernées par des problématiques de santé mentale couplées à des problématiques en lien avec leur habitat via l'animation de réunion plénière à destination des professionnels de tous secteurs d'activité confrontés à des situations complexes. |
| **Public cible** | Acteurs du sanitaire, du social, du médicosocial, de l'habitat, de la justice, de la police : secteurs de psychiatrie générale, unités mobiles, MDS, CCAS, pôles insertion RSA, centres de soin, bailleurs sociaux, professionnels libéraux, CPTS, associations et dispositifs médico-sociaux... |
| **Coopération** | ➳ Démarche de fusion entre le dispositif RSML et la CMSMH depuis 2018,<br>➳ Accompagnement réalisé avec l'implication de la Métropole / ASV Santé mentale. |
| **Moyens RH et matériel** | ➳ 0,8 ETP de coordinatrice profil éducatrice spécialisée (MAD CHET),<br>➳ 0,9 ETP de coordinatrice profil psychologue (recrutement par la CMSMH, janvier 2020). |
| **Financement** | Budget global 92 000€ (ARS : 48 000€ / Contrat de ville : 8000€ / Ville de Marseille : 18 000€. |

## a. Rappel du contexte de création et de développement des RSML

Les RSML en quelques dates :

➳ 2005 : les élus locaux sont confrontés à la montée en charge des problématiques de santé mentale, côté santé publique, habitat et hygiène ;

➳ 2006 : création du Conseil d'Orientation en Santé Mentale-COSM ; précurseur sur la loi de modernisation de notre système de santé qui reconnait désormais juridiquement les conseils locaux de santé CLSM ;

➳ 2008 : expérimentation du 1er RSML dans le 1er arrondissement de Marseille sur le modèle des collectifs « réseau habiter ensemble » et sous l'impulsion des acteurs de la psychiatrie ;

➳ 2010 : élaboration du Rapport Bertolo commandité par la ville de Marseille service santé public sur l'évaluation des dispositifs des situations complexes liées à un problème de santé mentale dans le logement ;

➳ 2011 : création du RSML 13/14 ;

- 2013 : création du RSML 15/16 ;
- 2014 : création du RSML 11/12 et élargissement du territoire du RSML du 1er arrondissement au 2ème et 3ème arrondissement : le RSML 1/2/3 ;
- 2016 : évaluation externe des RSML (cabinet Regard Santé) ;
- 2017 : étude d'opportunité sur le rattachement des RSML à la CMSMH (cabinet SOLVIA en lien avec le DLA) ;
- 2018 : rattachement fonctionnel et hiérarchique des 2 postes à la CMSMH (1.7 ETP) ;
- 2018 : réalisation du cadre de fonctionnement et de la Charte des RSML ;
- 2019 : évaluation interne sur les partenariats ;
- 2020 : rattachement officiel des RSML à la CMSMH.

Les RSML ont émergé à la demande des institutions locales et des acteurs de terrain en 2008 sous la forme d'une expérimentation avec les professionnels du 1er arrondissement.

En 2010, une mission d'évaluation des dispositifs de gestion des situations complexes liées à un problème de santé mentale a été missionnée par le SSPH/ Ville de Marseille afin d'évaluer la cellule opérationnelle de santé mentale et le RSML du 1er arrondissement (Rapport Bertolo). Elle a abouti aux conclusions suivantes :

- Les deux dispositifs apparaissent comme des outils appréciés et utiles aux professionnels ;
- La principale valeur ajoutée observable des expériences est l'amélioration de la capacité des acteurs participants par le développement de compétences en matière de diagnostic ;
- Le RSML apparaît comme un dispositif organisateur et dynamisant du champ de l'action sanitaire et sociale locale ayant une valeur stratégique particulière pour le développement des politiques publiques locales de promotion de la santé mentale et de cohésion sociale.

À la suite de cela, la démarche réseau a été étendue avec pour chaque territoire une méthodologie différente :

- En 2011 : création du RSML 13/14 suivant la même méthodologie que pour le RSML 1 : un cabinet d'étude a été mandaté par la ville pour mener une étude de faisabilité (basée sur des rencontres d'acteurs) > formation-action > mise en réseau ;
- En 2013 : création du RSML 15/16. L'étude de faisabilité n'a pas été conduite. La formation-action a été réalisée par la coordinatrice du RSML 13/14 et des membres des premiers RSML ;
- En 2014 : création du RSML 11/12. Ni l'étude de faisabilité, ni la formation-action n'ont été mises en œuvre ;
- En 2014 : élargissement du territoire du RSML 1er au 2ème et 3ème arrondissement (RSML 1/2/3).

**En 2016,** les conclusions de l'évaluation externe du dispositif RSML conduite par le cabinet Regard Santé portaient sur le développement de la gestion de cas complexes, l'information à destination des personnes concernées, la consolidation du pilotage des RSML et l'intégration des RSML au sein à la CMSMH.

**En 2017,** une étude d'opportunité sur le rattachement des RSML à la CMSMH a été menée par le cabinet SOLVIA en lien avec le DLA. Elle a permis de définir un scenario de développement des RSML au sein de la CMSMH et une organisation et une gouvernance adaptée.

**En 2018,** la coordination et les partenaires des RSML ont été accompagnés par le cabinet Icone Médiation Santé pour la définition et la formalisation du cadre de fonctionnement et de la Charte des RSML.

L'évaluation interne menée en 2019 a mis en évidence l'intérêt pour les partenaires de participer à un réseau de professionnels coordonnés confirmant ainsi la pertinence du dispositif. Elle a permis de formuler trois recommandations concrètes :

- La création d'une équipe dédiée qui puisse intervenir directement auprès des personnes en complément des situations traitées en interne des RSML, afin d'apporter une réponse aux situations qui ne rentrent dans aucunes cases et ne bénéficient donc pas d'une possibilité d'intervention par un ou plusieurs professionnels des RSML ;
- Le développement de la démarche RSML sur l'ensemble des arrondissements de Marseille afin de répondre aux demandes de plus en plus fréquentes de professionnels exerçants sur d'autres arrondissements et de se mettre

en cohérence avec le territoire d'action de la CMSMH (toute la Ville de Marseille) ;

➳ Une évolution des réunions plénières avec deux niveaux de réunions différents :

- Un espace d'interconnaissance entre les professionnels, de partage de connaissance et de présentation de situation ;
- Une cellule de gestion de cas complexe regroupant seulement les professionnels concernés par la situation.

Sur le plan des ressources humaines, après plus de dix années de portage des postes de coordination par différents acteurs (association Arpsydemio, Hôpital Valvert et Edouard Toulouse), leur intégration au sein de la CMSMH depuis 2018 permet désormais de les penser en articulation avec les autres projets portés par la coordination afin d'améliorer la cohérence entre les dispositifs et de mieux structurer les réponses aux questions d'accès et de maintien dans l'habitat. Le fil conducteur est la mise en place de coopérations et de partenariats indispensables à la prise en charge des parcours.

## b. La composition de l'équipe RSML

L'équipe est composée de 2 coordinatrices soit un total de 1,7 ETP :

➳ Une coordinatrice (0,80 ETP) mise à disposition par le CHET,

➳ Une coordinatrice (0,9 ETP) salariée de la CMSMH.

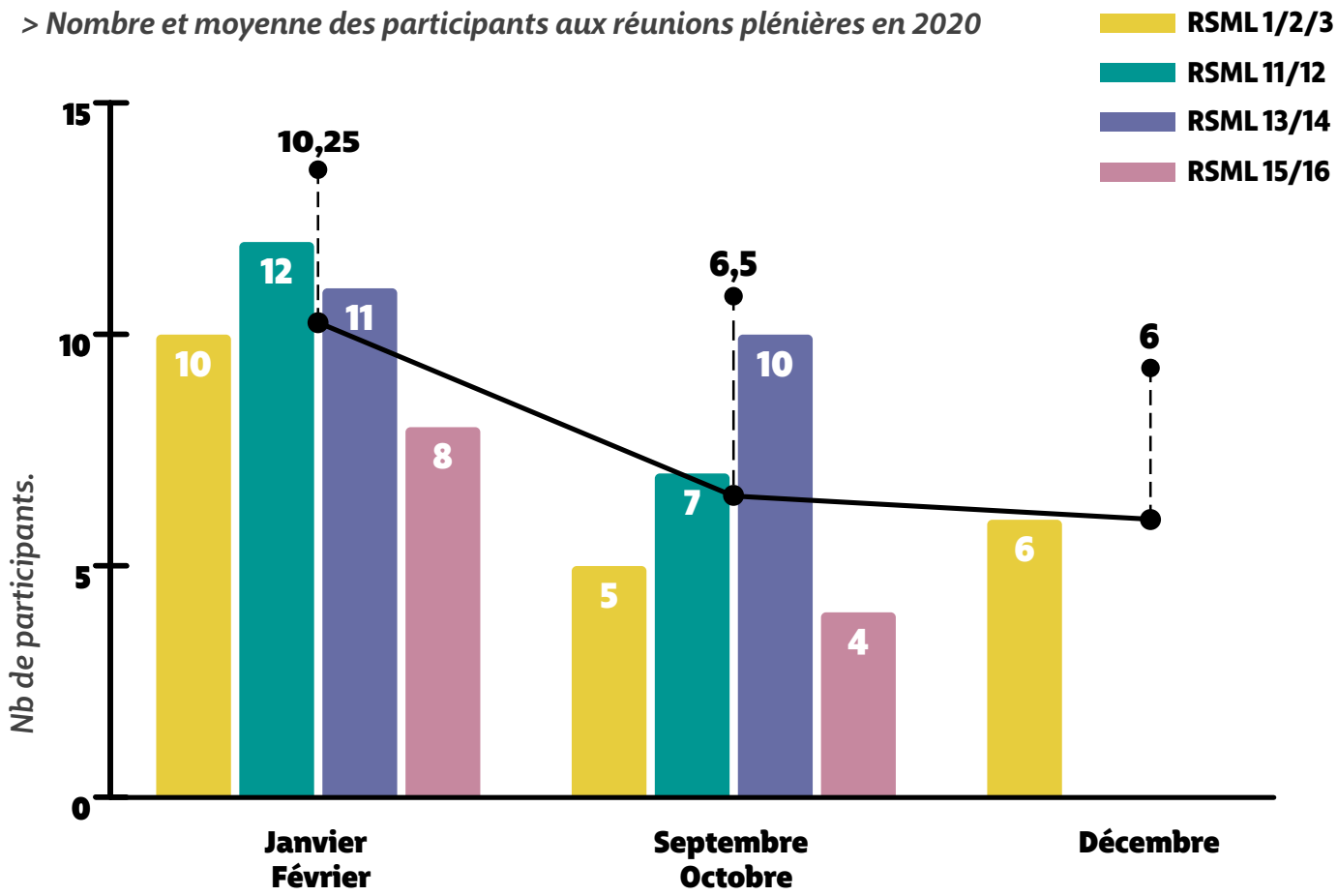
Le binôme travaille dans une dynamique d'équipe et non plus dans une logique de territoire comme dans les précédentes organisations des RSML. C'est une équipe complémentaire qui comprend un profil de psychologue et un profil d'éducateur spécialisé. Une répartition par mission s'est dessinée tout en laissant l'opportunité à la transversalité et l'interdisciplinarité.

## c. Les commissions plénières RSML

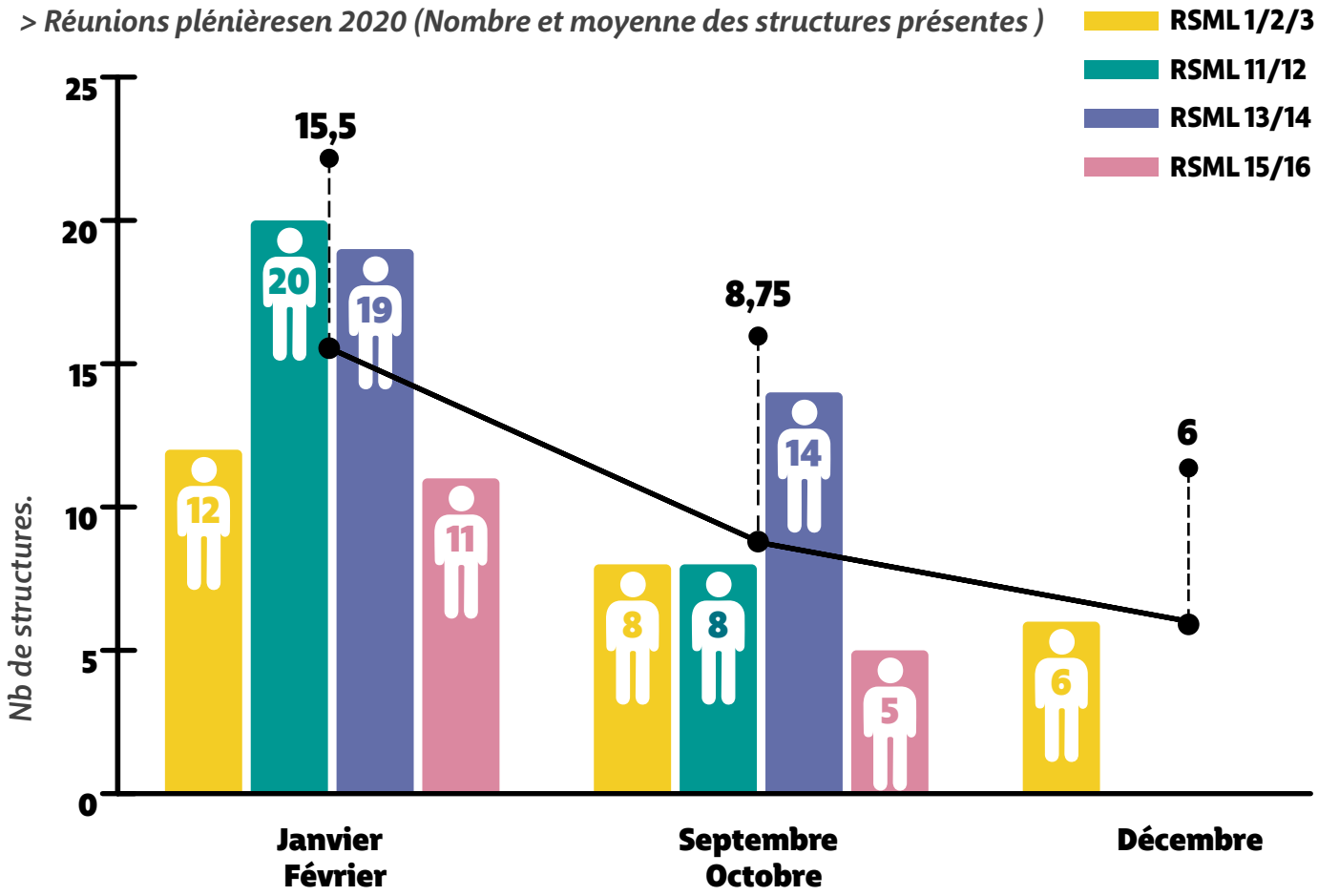
Les commissions plénières réunissent les membres des RSML à l'échelle de chaque territoire. Elles sont animées par les deux coordinatrices des RSML.

Elles s'organisent en trois temps principaux :

*> Nombre et moyenne des participants aux réunions plénières en 2020*



*> Réunions plénièresen 2020 (Nombre et moyenne des structures présentes )*




- **L'actualités des RSML et de la CMSMH :** partage d'informations générales sur l'actualité de la CMSMH et des partenaires des RSML ;
- **Les chroniques en santé mentale et habitat :** informations et échanges sur l'actualité en santé mentale et habitat, les dispositifs existants et les projets en développement à Marseille, en France, à l'international, revue de littérature, etc. ;
- **Les présentations de situations par les partenaires des RSML :** réflexion collective autour de la situation, élaboration de pistes concertée (identification d'acteurs mobilisables, mise en lien, etc.).

La coordination des RSML a animé **9 commissions plénières en 2020 :** trois pour le RSML 1/2/3, deux pour le RSML 11/12, deux pour le RSML 13/14 et deux pour le RSML 15/16.

La participation moyenne aux réunions plénières est de **11,4 participants et 8,3 structures.**

Les professionnels présents lors des plénières sont issus des champs du sanitaire, du social, de l'habitat, du médico-social.

Les plénières du mois de juin 2020 ont dû être annulées en raison du contexte sanitaire lié à l'épidémie de la COVID-19. Afin de pallier à ces annulations et de répondre aux besoins des membres des RSML, il leur a été proposé d'interpeller directement la coordination RSML pour aborder des situations sans passer par une présentation en réunion plénière.

Les plénières du mois de septembre et d'octobre ont pu être maintenues avec un nombre limité de participants afin de satisfaire aux règles sanitaires en vigueur.

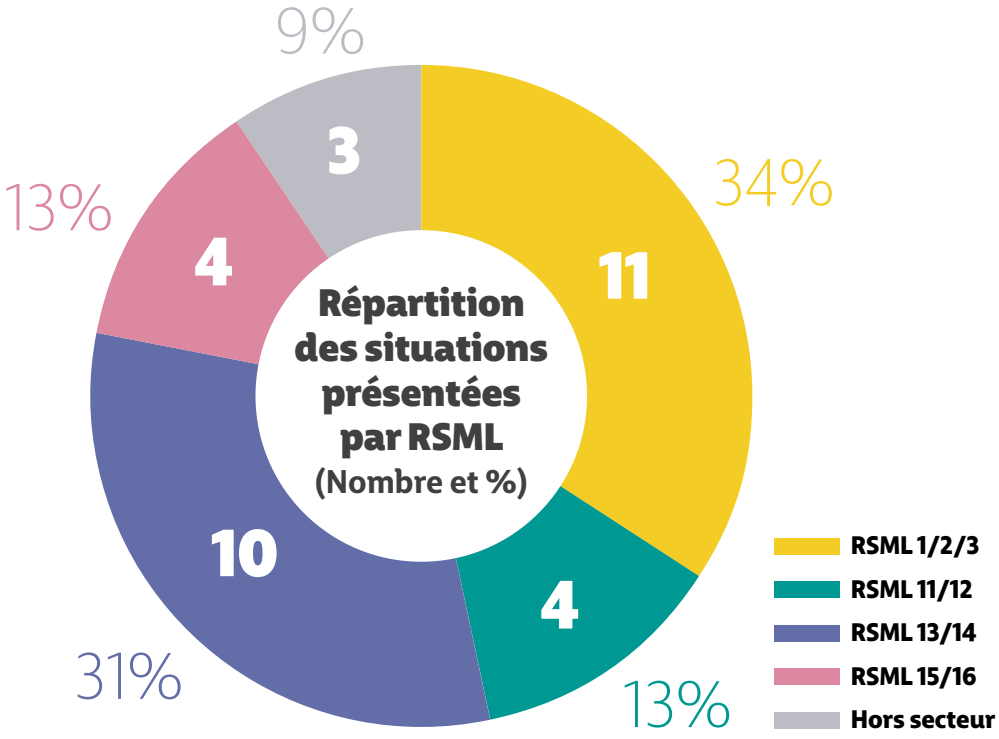
## d. Les situations « RSML »

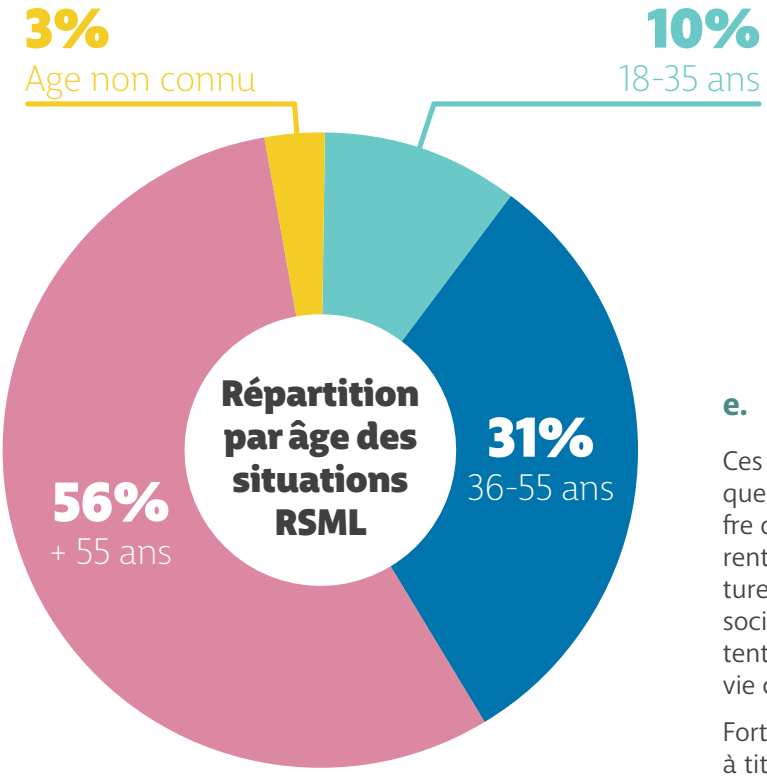
Les RSML fonctionnent en utilisant la mobilisation des acteurs du réseau afin d'apporter des pistes d'amélioration pour des situations touchées par une problématique de santé mentale qui s'exprime au sein d'un habitat. Cette mobilisation se fait grâce aux temps de rencontres comme les plénières et à une activité de coordination effectuée entre les acteurs. Les situations suivies dans ce cadre sont appelées « situations RSML ».

En 2020, **32 situations** ont été suivies au sein des RSML. Sur ces 32 situations, 13 sont sorties du dispositif durant l'année. Pour certaines situations, la mobilisation des ac-

teurs se fait directement lors de la plénière, pour d'autres, la mobilisation est travaillée en dehors de cette instance qui nécessite un temps de coordination, de mise en lien et de suivi de la situation.

Plus de la moitié des personnes suivies habitaient dans le centre-ville (RSML 1/2/3/4/5/6/7) et les quartiers sud (8/9/11) et plus d'un tiers dans les quartiers nord (RSML 13/14/15/16).




## Profil des personnes suivies dans le cadre des RSML

Sur les 32 situations suivies par les RSML, 53% étaient des femmes et 47% des hommes. La moyenne d'âge était de 58,5 ans. Plus de la moitié des personnes suivies (56%) avaient plus de 55 ans.

## e. Situations en accompagnement direct

Ces dernières années, la coordination des RSML a observé que certaines situations ne correspondaient à aucune offre de prise en charge disponible sur le territoire : elles ne rentrent en effet, pas dans les critères définis par les structures, institutions, dispositifs sanitaires, médico-sociaux et sociaux. Il s'agit principalement de situations qui nécessitent d'aller à la rencontre de la personne sur son lieu de vie ce que peu de structures ont la possibilité de faire.

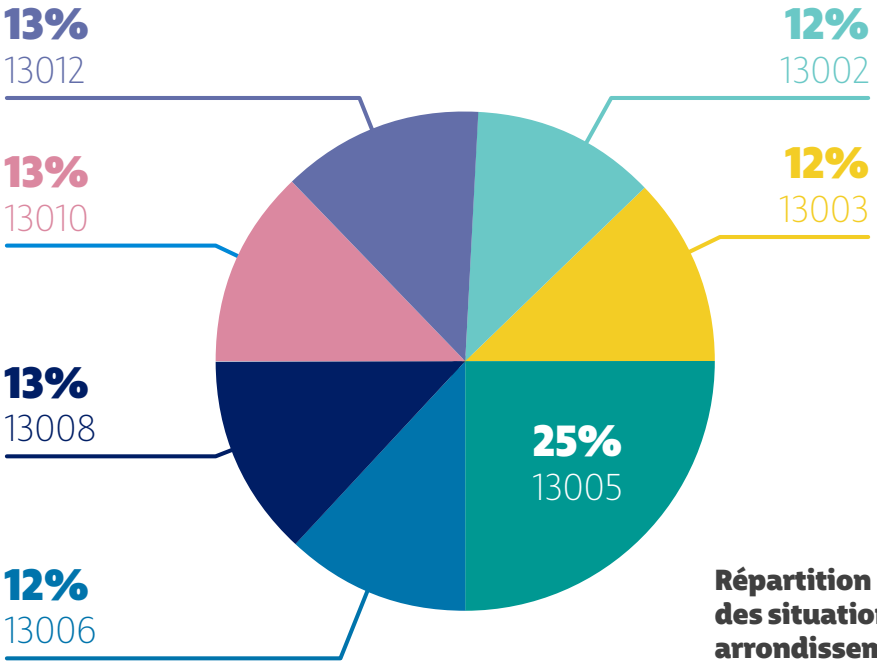
Fortes de ce constat, les coordinatrices RSML ont initié, à titre expérimental, un travail d'accompagnement direct de ces personnes qui nous sont réorientées par des partenaires des RSML n'ayant pas ou plus la possibilité d'assurer les suivis.

Ces derniers peuvent parfois interpeller la coordination des RSML dans une fonction de tiers ou bien, pour d'autres situations comme porteur du premier contact.

Ainsi, en 2020, 8 situations ont fait l'objet d'un suivi par les deux coordinatrices RSML dont 5 situations localisées sur des territoires hors RSML (quartiers sud correspondant aux secteurs AP-HM).

Ces situations ont été présentées par les partenaires suivants :

- Bailleurs sociaux (3 situations),
- Point RSA (1 situation),
- Plateforme Territoriale d'Appui (1 situation),
- Médecin généraliste (1 situation),
- Structure Addiction (1 situation),
- Opérateur ASELL (1 situation).

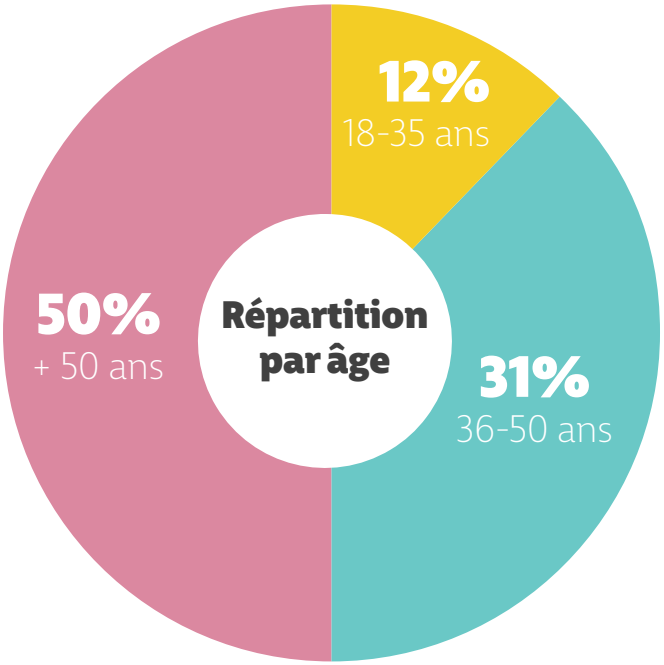



**Répartition des situations par arrondissement.**

## Profil des personnes en accompagnement direct

La moitié des personnes accompagnées avaient moins de 50 ans. Pour la majorité se sont des hommes (62%). Le seul critère d'inclusion est que la personne soit âgée de plus de 17 ans.

50 % des personnes suivies étaient logées dans le parc privé, 25% dans le parc public et 25% dans des logements de transition (résidences sociales).




## Une pratique tournée vers « l'aller vers »

Les accompagnements « directs » reposent sur une pratique de « l'aller vers ». En effet, la rencontre avec la personne se fait « in-situ » dans son environnement ou bien à proximité de celui-ci. Cela peut être sur le seuil du logement, à l'intérieur ou dans l'espace public. D'une part, cela permet de recueillir la parole de la personne et d'évaluer ses besoins, car bien souvent les professionnels orienteurs n'ont pas eu l'opportunité de rencontrer la personne. D'autre part, cela représente un premier pas vers une participation de la personne, à sa prise en charge et à la création de lien avec les professionnels orienteurs qui sont préoccupés par la situation.

Les modalités d'action utilisées par les coordinatrices sont principalement la visite à domicile, l'entretien hors-domicile et l'accompagnement physique vers une structure autre.

54 actions d'aller vers ont été nécessaires pour l'ensemble des personnes suivies en 2020. La durée de chaque rencontre varie entre 45min et 2h.

## Nature de l'accompagnement

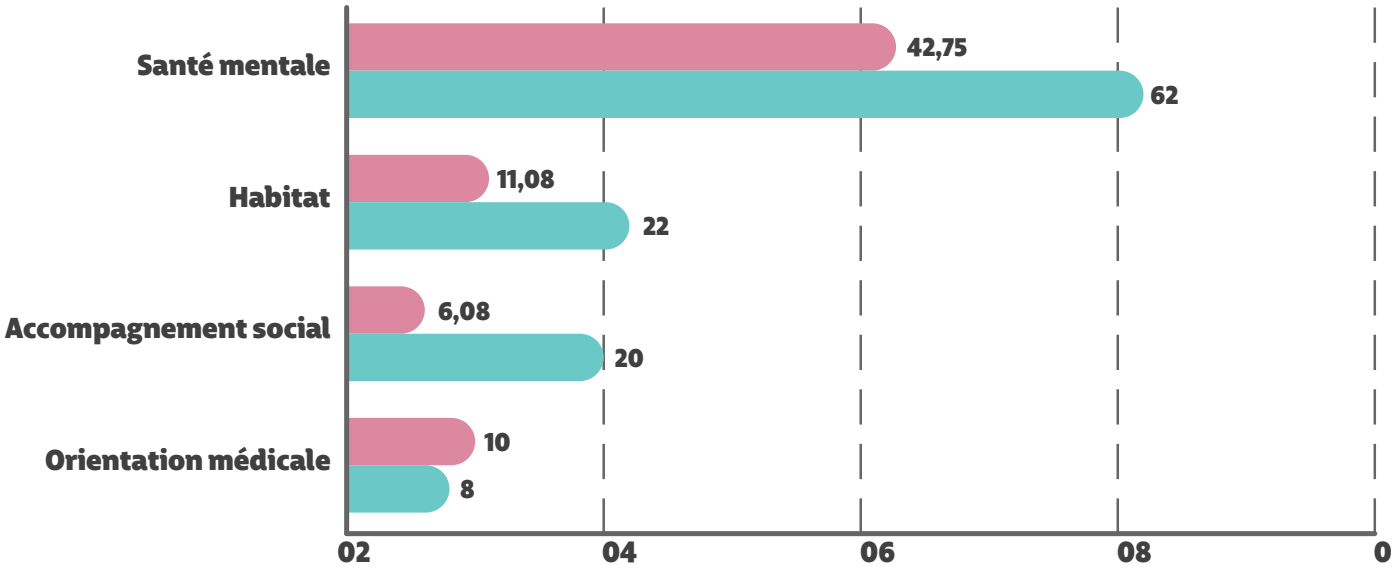
Les prises en charge sont majoritairement orientées sur le volet « santé mentale ». Certaines d'entre elles portent également sur les thématiques « habitat » et « accompagnement social ». Cependant, la prise en compte systématique de la dimension psychique de la personne est le dénominateur commun des suivis.

## Zoom sur les actes « santé mentale »

La majorité des actes « santé mentale » sont des accompagnements psychologiques.

*> Nombre d'actes et temps de travail par modalités d'action.*

*> Nombre d'actes et temps de travail par thématique.*

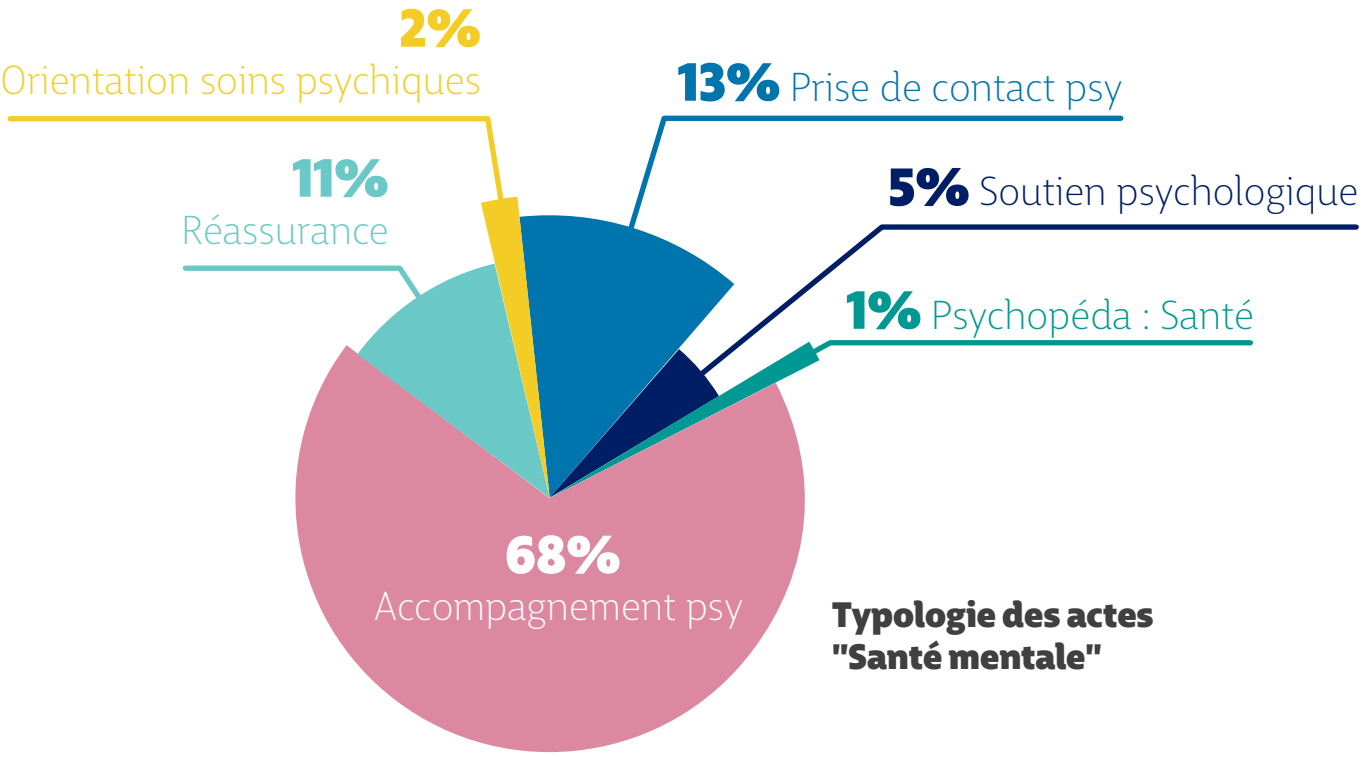



Pour ce faire, il y a dans un premier temps une étape de prise de contact qui selon les situations peut prendre du temps car les personnes rencontrées ne sont pas toujours dans une demande clairement explicitée.

Ainsi, avant d'initier la première prise de contact avec la personne et à chaque fois que cela est possible, les coordinatrices travaillent les modalités de rencontre avec le partenaire qui est à l'origine de la sollicitation.

L'accompagnement se met ensuite en place progressivement, pour certains, au domicile et pour d'autres à l'extérieur du domicile. L'équipe reste ouverte à toutes modalités qui pourraient favoriser le tissage de lien.

Cette pratique de « l'aller vers » bouscule l'espace de rencontre réel et donc le cadre thérapeutique classique, ce qui nécessite des réajustements et des questionnements continues quant aux postures des intervenants. Ces as-




**Typologie des actes "Santé mentale"**

pects sont régulièrement abordés et travaillés lors des séances d'analyse de la pratique professionnelles et/ou en réunion d'équipe auxquelles nous participons tous les mois.

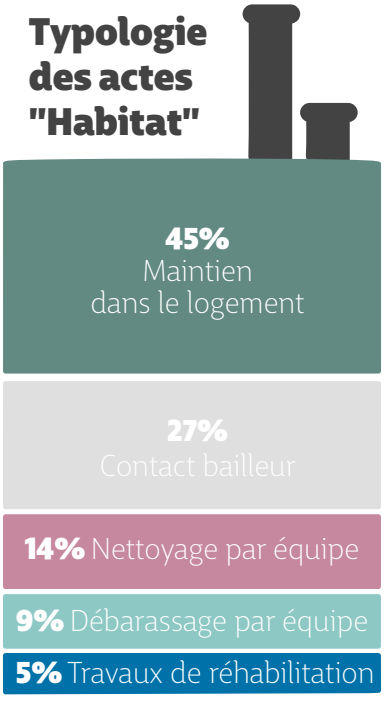
## Zoom sur les actes « habitat »

L'accompagnement au maintien dans l'habitat reste un objectif majeur de nos actions. Les RSML n'ont jusqu'alors pas vocation à faire de l'accès, même si les situations complexes entraînent parfois l'aide à la personne dans son projet de relogement.

L'ensemble des actes « Habitat » consiste à étudier et évaluer les situations des personnes au regard de leur logement. 27% des actes « Habitat » sont des contacts avec les bailleurs. En effet, les coordinatrices engagent une médiation avec les acteurs du logement. Souvent, les liens des personnes avec leurs propriétaires, syndicats de copropriétés ou bailleurs sociaux sont dégradés ou inexistants.

Certaines personnes accompagnées sont en procédure d'expulsion locative, la plupart du temps pour cause d'impayés de loyers et/ou pour troubles du voisinage. La prévention des expulsions reste problématique sur notre territoire. Les montants de dettes cumulées peuvent être supérieurs à 3000 euros. Cela correspond à des impayés de plusieurs mois, voire des années. Les FSL maintien sont peu accordés par les bailleurs.

19% des actes « Habitat » représentent un travail autour de la réhabilitation, du débarrassage et du nettoyage. L'amélioration des conditions d'habitat passe par une remobilisation de l'ensemble des intervenants de plusieurs champs (sanitaire, social et médico-social) avec la personne concernée, car souvent elles ont renoncé, se laissant aller face aux difficultés rencontrées.




Pour certaines situations, des Actions Educatives Budgétaires (AEB) sont menées ainsi qu'un travail administratif proche des assistants de services sociaux, cela dans l'attente d'avoir pu mobiliser le droit commun ou d'organiser une réponse coconstruite en pluridisciplinarité.

La complexité des situations tient en partie à l'intrication et à l'entremêlement de facteurs défavorables : repli social, isolement, incurie, perte de droits communs, pauvreté. C'est pourquoi, les modalités d'actions « classiques » ciblant une seule dimension semblent moins opérantes.

Le métissage et l'alliance de pratiques entre le psychologique et le social permettent à la personne d'une part, une certaine

réappropriation de son environnement, et d'autre part, une sorte de réanimation psychique.

## f. Les RSML et le confinement

Lors du 1er confinement, la Préfecture des Bouches-du-Rhône nous a interpelé pour mettre en place un suivi auprès des bailleurs sociaux. Les coordinatrices des RSML ont donc produit un document ressource et contacté l'ensemble des acteurs réseaux de l'habitat, soit neuf bailleurs sociaux, afin de proposer un appui psychologique pour les locataires avec qui ils étaient en contact. Trois situations qui nécessitaient un soutien ont été travaillées.

Une permanence téléphonique a été mise à disposition des professionnels pendant toute la période du confinement. Au total, il y a eu une cinquantaine de sollicitations.

## g. La formation aux « Premiers secours en santé mentale »

### Description du programme PSSM

PSSM est un programme de formation à destination du grand public et des acteurs de premières lignes. Il permet d'apporter les premières réponses face à des personnes souffrant d'un trouble psychique. La formation permet de repérer et d'appréhender ces situations jusqu'à ce qu'une aide professionnelle puisse être apportée ou jusqu'à ce que la crise soit résolue. Ils sont l'équivalent en santé mentale, des gestes de premiers secours qui eux, apportent une aide physique à la personne en difficulté.

Il est issu du programme international « Mental Health First Aid » (MHFA) créé en Australie en 2001 pour lutter contre la stigmatisation et ses conséquences économiques et sociales. Le programme est aujourd'hui adapté et déployé dans 28 pays (Canada, Suède, Finlande, Pays Bas, Danemark, Royaume Uni, Irlande, certains États des USA, Suisse, Allemagne, France…). En France, c'est en 2019 que le programme est adapté, en lien avec la structure internationale MHFA, par trois porteurs nationaux :

- L'INFIPP : structure experte en formation santé mentale,
- Santé Mentale France : fédération regroupant des établissements et structures sanitaires et médico-sociales, etc.
- L'UNAFAM : association représentant les usagers.

Le portage du programme PSSM est géré par une structure à but non lucratif, l'association Premiers Secours en Santé Mentale France (PSSM France). L'association forme les formateurs, les référence, assure la mise à jour des formations supports, organise l'évaluation de la qualité des formations, délivre les attestations, édite et distribue les supports dont le guide de référence. Le programme PSSM a l'avantage de proposer à un niveau national des contenus de formation et supports pédagogiques homogènes, validés et connus par tous (pouvoirs publics, représentants des usagers, professionnels…) Ces supports sont actualisés régulièrement au gré des avancées en matière de recherche, de politique de santé, de demande sociale.

La formation standard aux *« Premiers Secours en Santé mentale »* dure 14 heures soit 2 jours de formation. Un *« Manuel des premiers secours en santé mentale »* est remis à chaque secouriste formé.

L'objectif contractualisé avec Santé Publique France est de former 1 000 secouristes d'ici juin 2020 et 4 500 d'ici juin 2021. À l'échéance de 2030, l'objectif est de former 500 000 personnes grâce à la formation de plus de 600 formateurs.

### Programmation de la formation PSSM par la CMSMH

En interne de la CMSMH, il a été décidé de former une des coordinatrices RSML afin qu'elle soit accréditée formatrice PSSM et qu'elle puisse animer des formations sur le territoire marseillais. Ainsi, en novembre 2019, la coordinatrice (profil psychologue) a participé à la formation standard aux PSSM. Elle a ensuite suivi la formation de formateur aux PSSM en janvier 2020 lui permettant d'organiser et animer des formations.

En premier lieu et en cohérence avec sa démarche de coopération, la CMSMH a proposé des sessions de formations gratuites à ses membres soit plus de 16 structures. Cinq sessions de formation étaient initialement prévues mais en raison de la crise sanitaire, seules deux ont pu être maintenues en 2020 (septembre et octobre). Elles ont eu lieu dans les locaux de la CMSMH. Les autres sessions ont été reprogrammées au premier trimestre 2021.

En 2020, cinq structures membres de la CMSMH ont bénéficié des deux sessions de formations : l'UDAF 13, Alotra, SOLIHA, la Sauvegarde 13, le CH Valvert. Au total, 25 personnes ont été formées.

Au regard des premières évaluations centralisées par PSSM France et des retours faits lors de la formation, les participants étaient très satisfaits de la formation.

## 2.2 L'équipe Diogène Incurie

| Equipe Diogène Incurie - EDI | |
|---|---|
| **Date de début d'activité : 1er avril 2020** | |
| **Objectif général** | **Construire des réponses adaptées aux situations d'incurie et de Diogène pour lesquelles il est difficile d'apporter une réponse coordonnée avec les différents acteurs du territoire.**<br>➳ Apporter des réponses aux personnes en situation de Diogène et/ou d'incurie en menant une prise en charge globale (personnes, voisins partenaires),<br>➳ Apporter des réponses adaptées aux acteurs de terrain confrontés à ces situations,<br>➳ Travailler à un modèle d'équipe dans une démarche de coopération. |
| **Public cible** | ➳ Tout public présentant une problématique Diogène ou incurie sévère dans le logement (objectif : 60 personnes accompagnées sur 3 ans d'expérimentation),<br>➳ Professionnels des secteurs social, médico-social et sanitaire. |
| **Coopération** | ➳ Ville de Marseille : MAD gracieuse d'un inspecteur de salubrité sur le partenariat en lien avec le service référent de la ville de Marseille,<br>➳ CH Valvert : MAD gracieuse d'un 0,2 ETP de médecin,<br>➳ CH Edouard Toulouse : MAD gracieuse d'un 0,8 ETP d'assistante sociale. |
| **Moyens RH et matériel** | ➳ - 1 EPT d'éducateur spécialisé (recrutement CMSMH, mars 2020),<br>➳ - 1 ETP d'infirmière (recrutement CMSMH, septembre 2020),<br>➳ - 0,8 ETP d'AS (MAD gracieuse CHET, septembre 2020),<br>➳ - 0,2 ETP de psychiatre (MAD gracieuse CH Valvert, de mars 2019 à mars 2020),<br>➳ - Recrutement en cours d'un psychologue,<br>➳ - Voiture de fonction (hors budget).<br>➳ En attente du recrutement par la ville de l'inspecteur de salubrité.<br>➳ En attente d'un nouveau médecin psychiatre par le CH Valvert,<br>➳ En attente de validation de la MAD d'un appartement par le CHET. |
| **Financement** | Attribution en 2019 d'une enveloppe 180 770€ /an pour une expérimentation de 3 ans.<br>Budget global : 542 310€. Fonds portés par le GCSMS. |

## a. Rappel du contexte de création du dispositif EDI

En 2018, la Ville de Marseille et la CMSMH ont engagé une réflexion - action portant sur plusieurs recommandations pour agir sur les situations d'incurie dans le logement à Marseille.

En mai 2018, une première manifestation sur le thème de « Quelles réponses face aux situations d'incurie dans le logement ? Comment accompagner les professionnels et les personnes en difficulté ? » a été organisée. Ce travail s'est appuyé sur l'expertise d'acteurs engagés sur les questions de Diogène et d'incurie dans le logement sur d'autres territoires (Toulouse, Paris, Grenoble). Leurs positions sont unanimes : le problème n'est pas de repérer les situations d'incurie (les services à domicile SSAD, SSIAD ou CCAS, et globalement, toute personne se rendant au domicile peut être témoin de la situation), mais de pouvoir mobiliser une équipe chargée d'intervenir à domicile pour travailler l'adhésion de la personne, réaliser le diagnostic de sa situation (sur les plans sanitaire et social) et l'accompagner tout en mettant en place les relais possibles dans le droit commun.

La création d'un service dédié à cette mission est donc apparue indispensable pour plusieurs motifs :

- En cas de non-demande, certains services n'interviennent pas au domicile sous couvert du respect des libertés individuelles,
- Certains services sont embolisés par leur file active, d'autres n'interviennent à domicile qu'auprès des personnes qu'ils connaissent déjà (phase d'adhésion des personnes trop chronophage),
- Les dispositifs d'accompagnement dans le logement sont en nombre insuffisant, saturés, ou inadaptés à la prise en compte de situation d'incurie dans le logement (ASELL, SAVS, SAMSAH...). Ils peuvent prendre le relai d'un accompagnement mais nullement le démarrer.
- Inexistence d'équipes mobiles pouvant faire de l'évaluation et du suivi à domicile ce qui exclut de fait la possibilité de travailler la dynamique d'adhésion puis d'accompagnement global avec les personnes,
- Expression par les acteurs du réseau marseillais d'un manque de savoir-faire en matière d'accompagnement à domicile de situations dîtes « complexes » qui engendre un sentiment de ne pas être légitime pour intervenir et entraine un renvoi vers d'autres structures (logique de la patate chaude).

En plus de l'intervention d'une équipé dédiée, une partie de la réponse se situe également du côté de la qualification des professionnels, de façon à travailler leur regard, et leurs pratiques face à des situations relevant de l'incurie dans le logement.

## b. Lancement du dispositif EDI

Le dispositif Diogène Incurie a été initié en 2019 avec pour objectif de proposer un accompagnement aux personnes présentant des syndromes de Diogène et/ou des problématiques d'incurie sévère dans le logement via la création d'une équipe dédiée intervenant au domicile des personnes à l'échelle du territoire de la ville de Marseille.

Après une phase de préfiguration entre mars 2019 et mars 2020, qui a permis le repérage des premières situations à travers la mise en place du comité de suivi, l'expérimentation a réellement pu démarrer en mars 2020 suite au recrutement du premier salarié de l'équipe (éducateur spécialisé).

### Mise en place du comité de suivi

Sur la phase de préfiguration du dispositif, le comité de suivi s'est réuni une fois par mois entre mars 2019 et décembre 2019. Après une interruption au premier semestre 2020 en raison de la crise sanitaire, les comités ont repris en septembre 2020 avec des rencontres mensuelles soit quatre comités entre septembre et décembre 2020.

Il a réuni les partenaires à l'origine de la création du dispositif avec pour mission principale de valider l'inclusion dans le dispositif des personnes identifiées par les différents services :

- Direction de la CMSMH (animation),
- Coordinatrice RSML en 2019 puis professionnels de l'équipe EDI en 2020,
- Représentants du SSPH (Service Santé Publique et des Handicapés) de la Ville de Marseille : le chef de service et la chargée de mission Santé mentale,
- Représentant du service Santé Environnement de l'ARS PACA,
- Représentant de l'UMPPA (Unité Mobile pour la Personne Agée) du CH Valvert,
- Présents uniquement sur la phase de préfiguration (2019) : représentants du SCHS (Service Communal d'Hygiène et de Santé) de la Ville de Marseille (le chef de service et l'inspecteur de salubrité), le directeur adjoint de l'Ar Hlm PACA Corse, la pilote de la MAIA.

Lors des premiers comités de suivi en 2019, les partenaires membres ont pu effectuer un repérage des situations de Diogène / Incurie connues ce qui a servi de base de travail à l'équipe EDI lorsqu'elle s'est constituée. En décembre 2019, le comité de suivi avait validé l'inclusion de cinq personnes et en 2020, quatorze autres personnes ont été incluses.

| Professionnel | Prévisionnel | Réalisé |
|---|---|---|
| Educateur spécialisé | 1 ETP/Recrutement CMSMH | Prise de poste au 1er mars 2020 |
| IDE | 1 ETP/Recrutement CMSMH | Prise de poste au 1er sept 2020 |
| IDE | 1 ETP/Recrutement CMSMH | Non effectif |
| Assistante sociale | 1 ETP/MAD CHET | Présence dans les effectifs CMSMH au 1er sept 2020 sur un 0.8 ETP (en attente de MAD) |
| Psychiatre | 0.2 ETP/MAD CH Valvert | MAD effective du janvier 2019 au 15 mars 2020 |
| Inspecteur de salubrité | 1 ETP/MAD Ville de Marseille | Non effectif |

## Constitution de l'équipe

Le projet de coopération attenant à l'arrivée de l'équipe prévoyait la mise à disposition de personnels par les centres hospitaliers et la Ville de Marseille, auxquels des recrutements directs par la CMSMH venaient s'ajouter. L'équipe devait ainsi être composée de six professionnels pour un total de 5.2 ETP.

En décembre 2020, l'équipe était composée de trois salariés. Le tableau ci-dessous présente en détail la composition de l'équipe.

## c. Parcours des personnes dans le dispositif

Il était prévu initialement, que le comité de suivi ait la charge d'examiner tous les signalements de situations Diogène / Incurie reçus par le SCHS via un inspecteur de salubrité dédié au projet. Cet inspecteur devait présenter les signalements dont il aurait pu ou pas constater en amont la réalité des désordres d'insalubrité. Puis, le comité de suivi devait valider collégialement l'inclusion des personnes dans le dispositif.

Or, le recrutement de l'inspecteur de salubrité n'ayant pas abouti, la procédure initiale a du être révisée et l'inclusion dans le dispositif a été repensée en lien avec la procédure de centralisation des situations RSML pour aboutir à un processus unique pour l'ensemble des dispositifs portés par la CMSMH (cf. p8).

Le schéma ci-après présente le parcours des personnes dans le dispositif EDI, de leur signalement jusqu'à leur suivi. Le projet étant expérimental, il a été décidé que les personnes seraient suivies jusqu'à la fin de l'expérimentation (pas de sortie du dispositif sauf motifs impérieux) afin de pouvoir évaluer les facteurs de rechute sur le long terme.

## d. Activité de l'équipe EDI

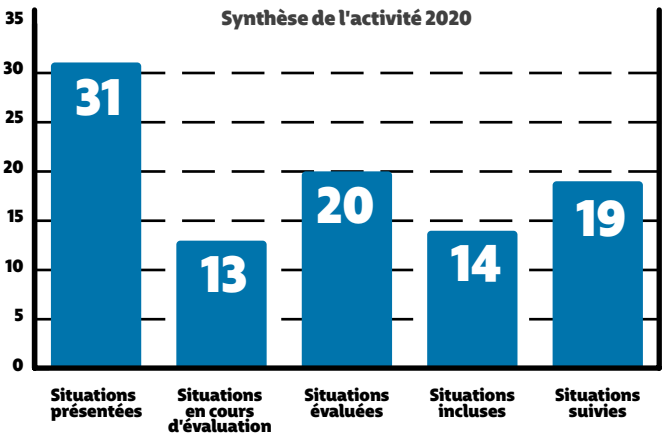
En 2020, l'équipe EDI a travaillé sur 45 situations.

Parmi elles, 14 avaient été signalées au comité de suivi dès 2019. Il s'agissait de personnes connues par les membres du comité (UMPPA, SSPH, etc.). Au 1er janvier 2020, 5 situations avaient déjà été évaluées et incluses dans le dispositif et 9 situations étaient en cours d'évaluation.

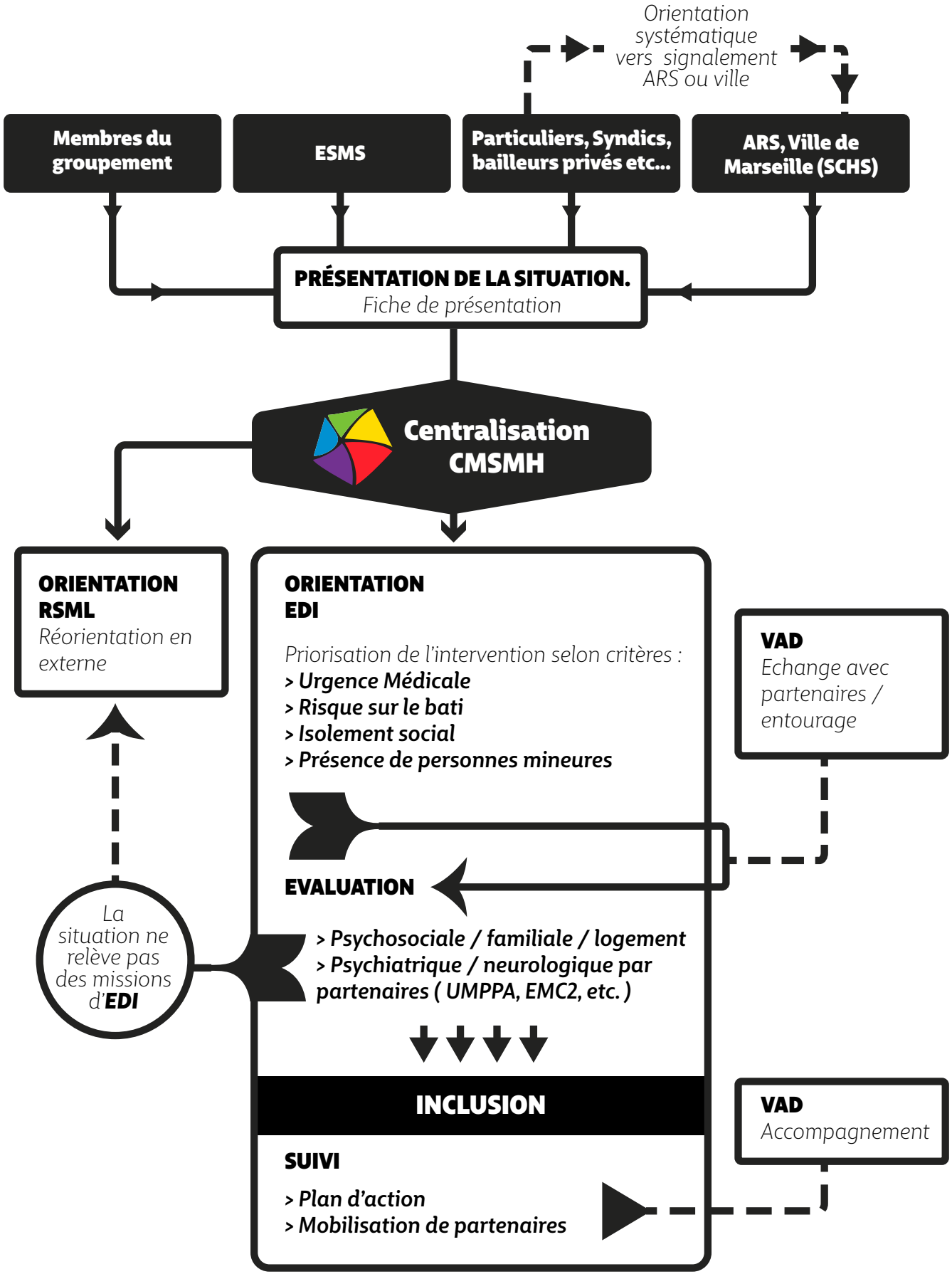
Sur les 53 nouvelles situations présentées à la CMSMH en 2020, 31 ont été orientées vers le dispositif EDI soit 58%.

33 évaluations ont été initiées en 2020. Parmi elles, 14 ont été incluses portant ainsi à 19 le nombre de personnes accompagnées en 2020. Fin 2020, 14 situations étaient toujours en cours d'évaluation.

6 personnes n'ont pas été incluses dans le dispositif : 1 personne a déménagé, 4 personnes ont été réorientées vers d'autres dispositifs car leur situation n'entrait pas dans les critères d'accompagnement EDI, et une personne a été sortie de la liste faute de retour des partenaires orienteurs et d'informations suffisantes pour pouvoir être rencontrée.



***> Parcours de prise en charge d'une situation Diogène / incurie.***



## e. Profil des personnes accompagnées

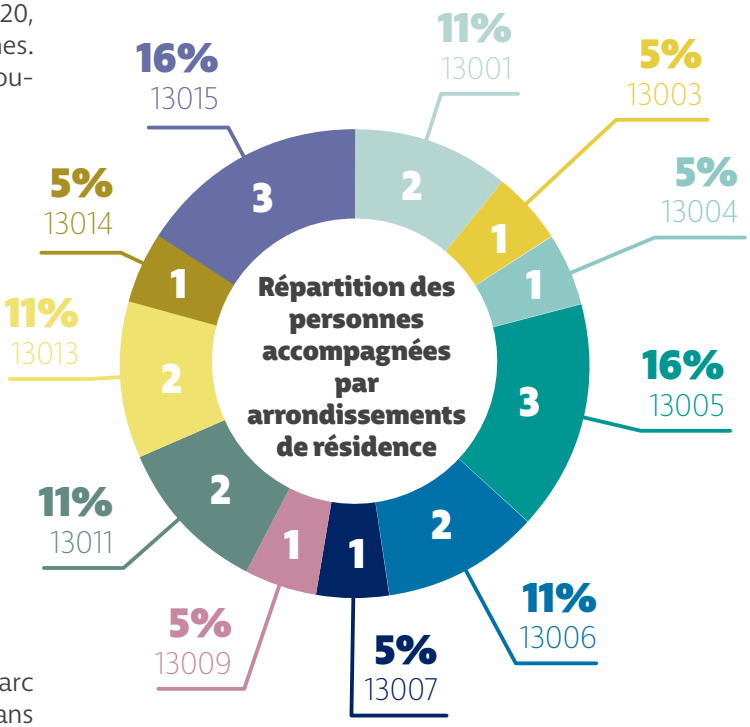
Parmi les 19 personnes incluses dans la file active en 2020, 9 (47%) étaient des hommes et 10 (53%) des femmes. Tous vivent seuls en dehors d'une dame qui vit en couple. 9 personnes ont des enfants mais ne les ont pas à charge.

La moyenne d'âge globale est de 64.6 ans, 74% de la file active a plus de 61 ans. Les femmes accompagnées sont globalement plus âgées. 90% d'entre elles sont âgées de plus de 61 ans contre seulement 56% des hommes.

Les lieux de résidence des personnes accompagnées sont répartis de manière assez uniforme sur le territoire marseillais. Ainsi, l'équipe intervient sur 11 arrondissements.

Un peu plus de la moitié des personnes accompagnées sont locataires (58% soit 11/19), tandis que 42% (soit 8/19) sont propriétaires ce qui représente une part importante de la file active. La majorité des personnes vivent en appartement (84% soit 16/19).

Parmi les personnes locataires, 8 résident dans le parc public (42%) dont 5 dans une résidence 13 Habitat, 2 dans une résidence Unicil et 1 dans une résidence Logirem.




## f. Partenaires orienteurs

Les personnes suivies en 2020 ont été orientées par 11 partenaires du territoire marseillais :

- 9 situations via des signalements au service de la Ville et à l'ARS,
- 4 situations par des partenaires de la psychiatrie (secteur du CH Valvert, UMPPA – CH Valvert et EMLPP – CHET),
- 2 situations par des bailleurs (un privé et un social),
- 4 situations viennent d'autres partenaires (ESAT, MDS, PTA, association).

## g. L'accompagnement proposé par EDI

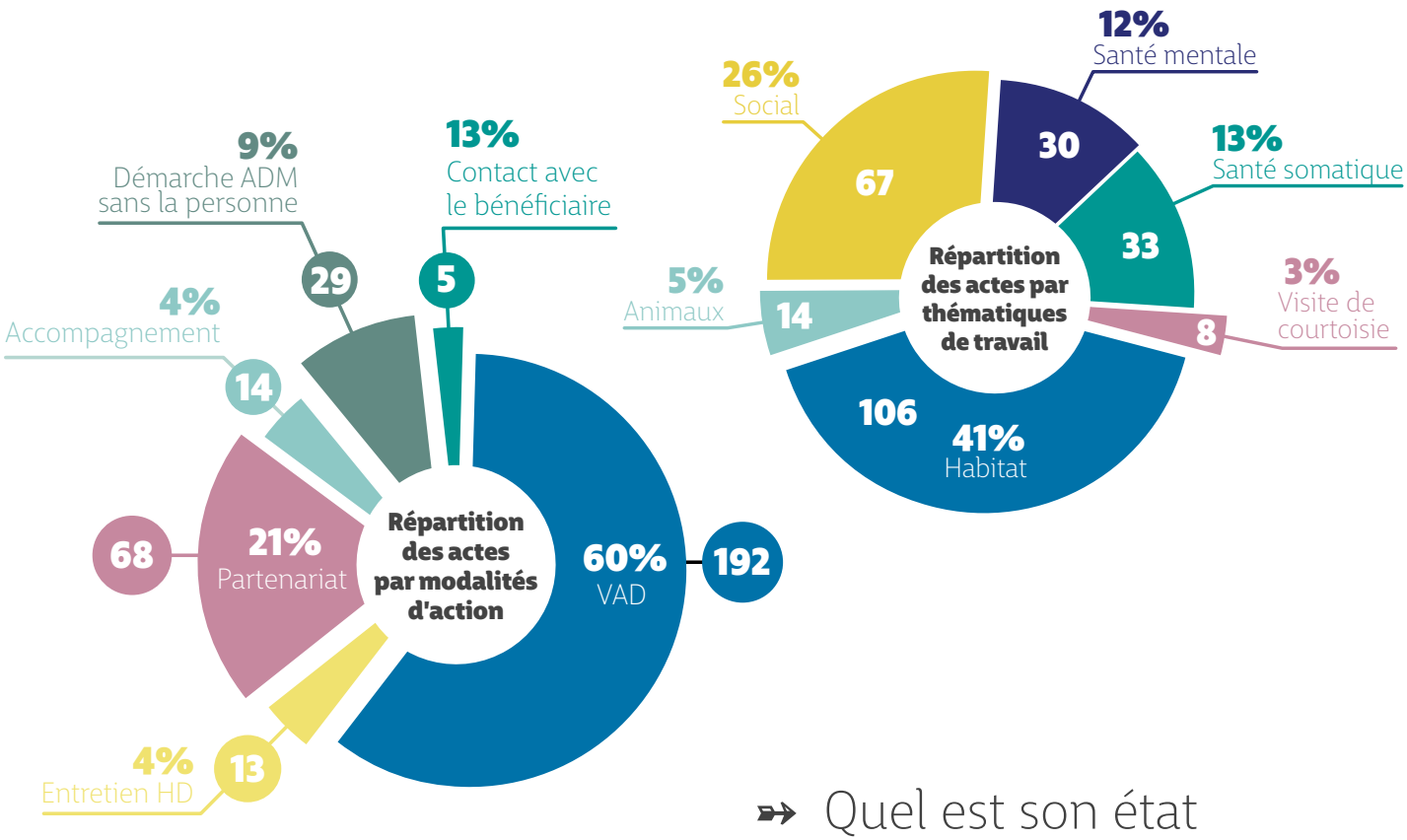
***Les données quantitatives présentées dans cette partie sont sous-estimées du fait de la mise en place du logiciel métier en fin d'année. L'activité n'a donc pas été saisie dans son intégralité bien qu'un travail de récupération des informations ait été effectué par l'équipe. L'analyse proposée ci-dessous se base sur un total de 333 actes. Elle permet une première qualification des besoins des personnes accompagnées et de la pratique développée par l'équipe.***

### Les modalités d'action

Depuis sa création, l'équipe Diogène Incurie a développé une pratique tournée vers « l'aller vers ». Ne disposant pas de lieu d'accueil fixe, l'intégralité des rencontres avec les personnes en cours d'évaluation ou en suivi se fait à l'extérieur, principalement au domicile des personnes, sur le seuil de la porte, à l'intérieur du domicile, ou bien dans l'espace public sur un banc. Toutes les options sont envisageables tant qu'elles facilitent la rencontre et la création du lien.

Ainsi, les temps de rencontres avec les personnes (en cours d'évaluation ou en suivi) représentent 64% de l'activité d'accompagnement de l'équipe dont 60% de visites à domicile (VAD) et 4% d'entretiens hors domicile. Environ une fois sur dix, la rencontre n'a pas lieu car les personnes sont absentes.

Le reste de l'activité d'accompagnement se répartit entre du travail de partenariat (21%), des démarches administratives sans la personne (9%), des accompagnements vers des acteurs du soin, du social ou du médico-social (4%) et enfin, des prises de contacts téléphoniques ou mails avec les personnes (2%).




L'activité de l'équipe porte principalement sur l'habitat (41% des actes) ce qui est logique compte tenu des spécificités du public cible. Un quart des actes concerne de l'accompagnement social et un autre quart, les thématiques « Santé » (dont 12% sur la santé mentale).

Il est à noter que l'accompagnement d'une personne présentant un syndrome de Noé a mobilisé l'équipe sur des actions de nettoyage et de soins des animaux (changement de litière, nourriture, promenade – 5% des actes). Ce travail a été décisif dans le tissage de lien avec la personne.

## La phase d'évaluation

La première étape de la prise en charge EDI consiste en une évaluation multidimensionnelle.

Après avoir pris tous les éléments de contexte auprès des partenaires prescripteurs et des éventuelles autres acteurs mobilisés autour de la situation, l'équipe prend contact par téléphone avec les personnes ou se rend directement sur place en binôme pour se présenter.

La première rencontre peut ainsi se faire dès la première tentative ou prendre plus de temps selon les situations. La présence d'un partenaire ou d'un membre de l'entourage est souvent facilitatrice car ils peuvent introduire l'équipe et ses missions.

Au cours de cette phase d'évaluation, l'équipe analyse la situation globale de la personne :

### ➳ Quel est son état de santé mentale ?

**Présence ou non d'un suivi psychiatrique ou psychologique, suspicion de troubles psychiques (identifier par les partenaires / entourage / équipe au cours des entretiens), expression d'une souffrance psychique par la personne ;**

### ➳ Quel est son état de santé somatique ?

**Présence ou non d'un suivi médical ou paramédical (généraliste, spécialiste, IDEL, etc.), recueil d'informations auprès de la personne sur des suivis et diagnostics antérieurs ;**

### ➳ Quel est l'état de l'habitat ?

**Constatation d'une accumulation, d'une incurie, de la présence de nuisibles, de troubles du voisinage, risques d'expulsion, animaux, etc.**

### ➳ Où en sont les droits sociaux ?

**Ouverture ou non des droits communs, budget, mesure de protection, liens sociaux, etc.**

En fonction des situations, des axes de l'évaluation multidimensionnelle seront priorisés et d'autres pourront être abordés ou approfondis après l'inclusion. En effet, certaines données personnelles (budget, relations familiales, etc.) peuvent être sensibles et demandent du temps et de la confiance avant d'être évoquées. Lors de la phase d'évaluation, il convient de ne pas perturber la création du lien.

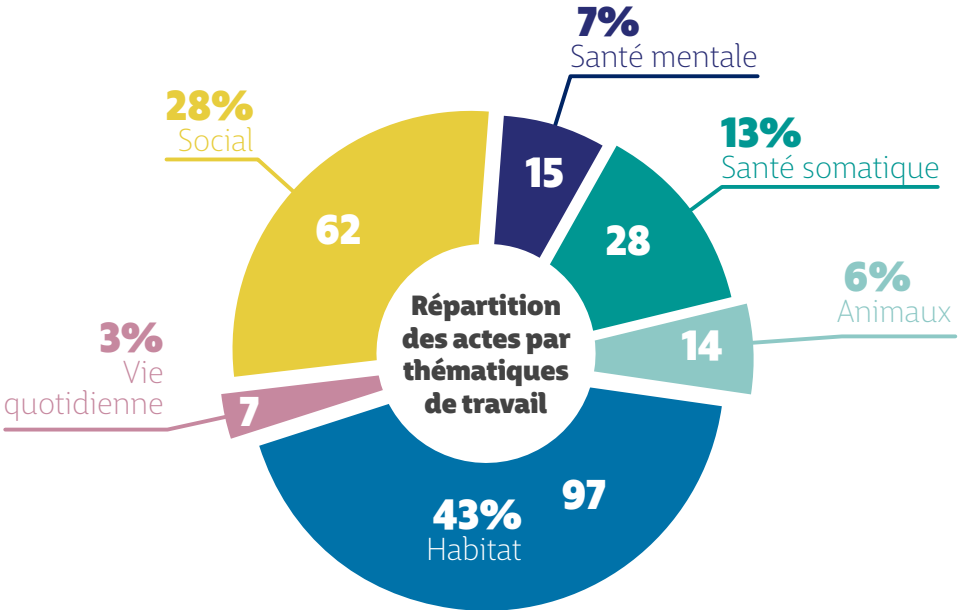
A la fin de l'évaluation, les personnes sont soit incluses dans le dispositif, soit réorientées vers un dispositif plus adapté à leurs problématiques.

La durée moyenne des évaluations est de 36 jours. Les évaluations peuvent être plus ou moins longues et fastidieuses selon la précision et l'exactitude des informations transmises lors de la présentation de la situation (Adresse, digicode, heures de présence de la personne...) mais aussi, en fonction de l'acceptation de la rencontre par la personne. Il est en effet indispensable que la personne laisse l'équipe entrer dans son logement ou à minima accepte une rencontre sur le seuil de la porte pour qu'elle puisse constater l'état de l'habitat. On observe ainsi des durées d'évaluation oscillant entre 4 jours et 3 mois.

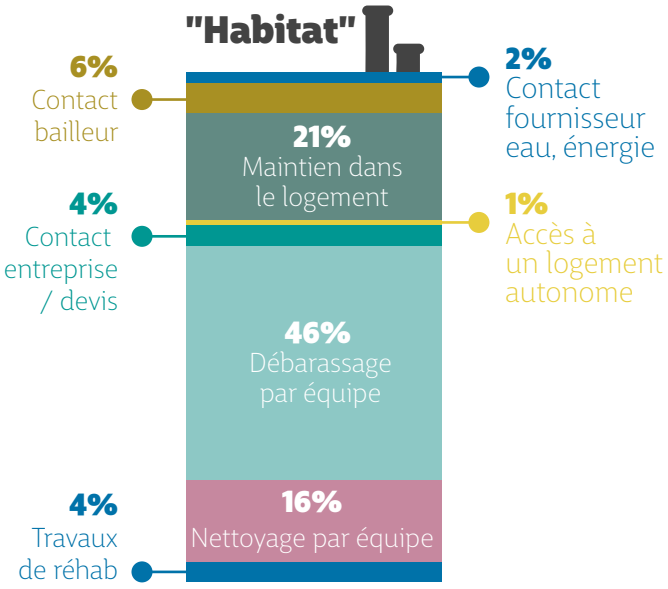
## La phase de suivi

Près des trois quarts de l'activité de suivi se fait avec la personne, lors des VAD, des rencontres hors du domicile ou des accompagnements chez des partenaires (71%), généralement une fois par semaine. Le reste de l'activité de l'équipe consiste en des démarches administratives sans la personne et du travail partenarial.

En début de suivi et dans la continuité du travail amorcé lors de l'évaluation, la priorité de l'équipe est de créer du lien avec la personne accompagnée. Cela se fait progressivement, au fil des VAD et principalement autour de la thématique « Habitat » (43% des actes de suivis).




Suivi :

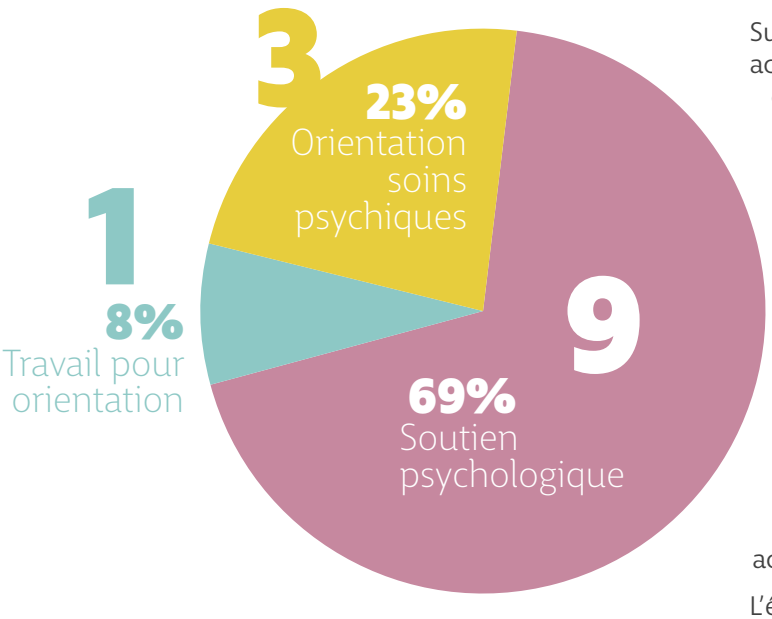



Ainsi, les temps consacrés au débarrassage du logement, à son nettoyage et à son aménagement par le biais de petits travaux de réhabilitation représentent 66% du travail autour de l'habitat. Lors de ces temps de travail, les personnes accompagnées sont systématiquement présentes et participent à la hauteur de leurs capacités. Le tri se fait progressivement, sac par sac, toujours avec le consentement de la personne. Lorsque cela est possible, des objectifs sont définis pour la VAD suivante. Il peut, par exemple, être convenu que la personne ait à préparer deux sacs de vêtements à donner à une association, ou bien éliminer trois sacs poubelle de détritus...

Tous les professionnels de l'équipe, quel que soit leur métier, participent à ces actions de débarrassage et de nettoyage qui sont la porte d'entrée de l'accompagnement EDI. La remise en état de l'habitat, en respectant le rythme des personnes permet d'établir un lien de confiance et de poser les bases de la prise en charge.

Mais le débarrassage permet également de comprendre le lien que les personnes ont pu développer avec les objets, la logique de leur accumulation. C'est aussi un temps d'échange durant lequel les personnes se racontent, évoquent leur parcours. La frontière entre le travail sur l'habitat et le soutien psychologique est souvent très mince. Les deux thématiques viennent s'entremêler.

Suivi :
**Typologie des actes "Santé mentale"**




En matière de santé mentale, le travail de l'équipe consiste principalement en du soutien psychologique (écoute, réassurance) et des orientations vers des soins psychiatriques.

La quasi-totalité des personnes accompagnées ont peu de liens sociaux. Certaines éprouvent un sentiment de honte, se questionnent sur leur mode de vie. La présence de l'équipe est alors vécue comme un soulagement et les personnes expriment leurs peurs et leurs angoisses.

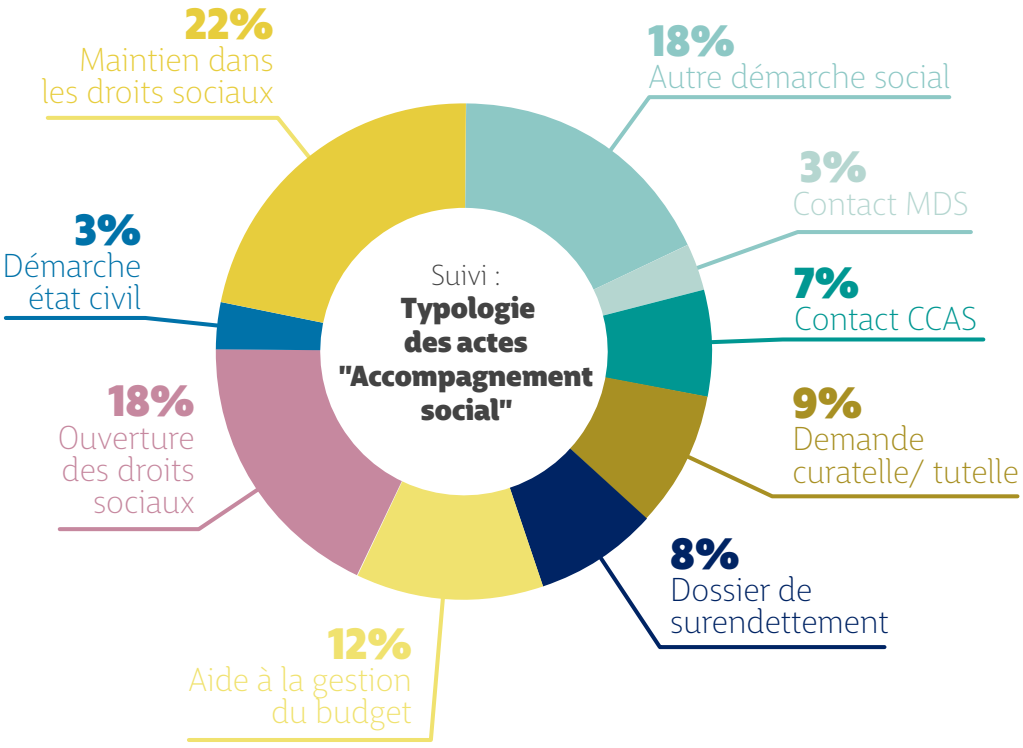
Ce soulagement est d'autant plus important que l'équipe « a le temps ». Ce point a été souligné par les personnes accompagnées à plusieurs reprises : les rencontres sont fréquentes et régulières (en moyenne une fois par semaine, souvent le même jour), leur durée n'est pas limitée. En fonction des besoins, l'équipe peut ainsi passer plusieurs heures auprès de la personne créant ainsi un vrai espace de parole qui va permettre d'étayer la prise en charge dans tous les domaines, de déterminer les axes de travail et le plan d'action avec la personne.

Sur le plan de l'accompagnement social, la majorité des actions concerne le maintien dans les droits sociaux (22% des actes) et l'ouverture de droits (18%) : retraite, sécurité sociale, mutuelle, RSA, APA, etc. Les personnes accompagnées se sentent pour beaucoup débordées par la complexité et l'ampleur des démarches administratives. En conséquence, elles peuvent avoir accumulé des retards dans leurs dossiers, renoncé à des droits et être en rupture (processus d'auto-exclusion).

En parallèle des démarches administratives classiques, s'ajoute un important travail d'aide à la gestion du budget : reprise des dépenses, résiliation d'abonnements divers et variés (Internet, assurances, etc.). Dans certaines situations, cela va jusqu'à la gestion des dossiers de surendettement (20% des actes « Accompagnement social »).

L'équipe est également régulièrement en lien avec les organismes de mise sous protection et instaure un travail de partenariat avec les mandataires.

Au-delà du traitement des dossiers sociaux, un important travail de lien avec les référents sociaux des différentes institutions est effectué afin de pouvoir les réintroduire progressivement dans la prise en charge et qu'à terme, les parties (personne accompagnée et institutions) puissent à nouveau interagir sans avoir besoin de la médiation de l'équipe.



## EDI : une pratique en construction

L'accompagnement des personnes présentant un syndrome de Diogène et/ou une situation d'incurie confronte les professionnels du secteur médico-social à des situations particulièrement variées. Cela nécessite, pour chaque intervention, des ajustements permanents afin de préserver, autant que possible, l'individualisation des réponses. Ainsi, les quelques mois de mise en œuvre du dispositif en 2020 ont permis à l'équipe EDI de développer un cadre d'intervention flexible et adapté au contexte.

La pratique de l'équipe se construit progressivement autour de trois axes : « l'aller-vers », la rencontre et l'accompagnement à proprement parler, avec en trame de fond, pour chacun de ces axes, la question de la non-demande.

« L'aller-vers », au-devant de l'autre, au domicile des personnes du fait de leur isolement social et d'une auto-exclusion majoritairement partagés au sein de notre file active, balise notre pratique. Dans la mesure où cette démarche rompt avec l'idée selon laquelle les interventions médico-sociales font systématiquement suite à une demande, elle donne nécessairement une place particulière à la rencontre et à la création du lien. Dans cette perspective, « l'aller-vers » garantit des rencontres qui ne sont jamais acquises mais à construire au long cours, parfois précédées d'un travail de repérage à la fois géographique, mais également à travers une investigation d'informations glanées auprès des personnes nous ayant signalé une situation. « Aller-vers » afin de susciter de la demande au-devant de personnes qui, aux yeux d'un visiteur, « ne demandent rien alors qu'elles auraient besoin de tout » (Monfort, 2016), invite également les professionnels à prendre en considération la dimension intrusive de cette démarche et ce qu'elle impose en termes de positionnement professionnel : neutralité bienveillante, mise en suspens de ses propres représentations idéologiques, respect de la temporalité et des modes de vie des personnes. A travers ces quatre axes qui jalonnent le déploiement de cette pratique professionnelle, ce sont également les questions éthiques et déontologiques qui s'imposent à EDI : en filigrane de chaque accompagnement, s'active en coulisse la prudence de la dérive injonctive, qui consisterait à conformer les personnes accompagnées aux normes sociales relatives aux modes d'habiter socialement admis et promus.

## « L'aller-vers »

Plus concrètement, l'approche « d'aller-vers » au sein de l'équipe EDI se met en œuvre à travers des visites à domicile qui, comme dit précédemment, peuvent avoir été amorcées par un premier recueil d'informations exploratoire. « Aller-vers » au domicile des personnes est une démarche pro-active de la part des professionnels qui, comportant une part d'intrusion, rend parfois nécessaires plusieurs tentatives avant que la personne décide de nous ouvrir les portes de sa sphère de vie privée. Conscients des caractéristiques de notre file active en lien avec des situations d'auto-exclusion, la démarche « d'aller-vers » suppose d'adopter une communication verbale et non verbale qui s'ajuste à chaque profil en fonction des mouvements de craintes voire d'hostilité à notre égard. La pratique « d'aller-vers », précédant la rencontre, met en jeu la façon dont l'objet de notre travail, de nature relationnelle, nous conduit à accompagner et aider des individus dans un travail d'inscription ou de réinscription dans un corps social les ayant rejetés ou qui n'a pas été en mesure de les inclure (Humbert, 2009). Dans le sillage de la loi de 2002, la pratique d'aller-vers au sein de l'équipe EDI répond ainsi à des principes plus généraux de lutte contre l'isolement social des personnes vulnérables, d'actions préventives dans le champ de la santé à la fois somatique, psychologique et sociale, de créations et de restaurations de liens entre les personnes concernées et la cité, dans le but, idéalement, d'une reprise d'un parcours de soins et/ou d'ouverture et de maintien des droits civiques et sociaux.

## La rencontre

Compte tenu des spécificités de notre file active, la création d'une relation de confiance afin de susciter le processus d'adhésion de la personne est le cœur battant de notre pratique. Ce temps de création du lien en dehors des murs de l'institution peut s'établir dans la durée car il respecte la temporalité et le rythme des personnes. Selon la formule de Renée Roussillon (2012), peut alors se mettre en place une véritable « chorégraphie de la rencontre » : visites impossibles en raison de déconvenues de dernière minute, visite prévue non honorée, détour par un lieu tiers et/ou en présence d'une personne de confiance ayant tenue la fonction d'intermédiaire ; dans certains cas, c'est le rejet explicite des professionnels que les personnes peuvent exprimer. La rencontre, dans la cadre d'une pratique d'aller-vers suppose ainsi d'accepter l'incertitude et l'insécurité qui placent les professionnels en dehors de leur zone de confort mais également de contrôle. Autant de situations auxquelles l'équipe EDI doit s'adapter, mais surtout accueillir avec bienveillance et réflexivité face aux spécificités de son terrain d'intervention : la clinique psychosociale caractérisée par l'effacement de certains individus de la scène sociale (Velut, 2009).

## L'accompagnement

L'accompagnement que l'équipe EDI propose est pluridisciplinaire. L'équipe se compose d'une assistante sociale, d'un éducateur spécialisé, d'une infirmière diplômée d'Etat et d'une psychologue. Lorsqu'une personne est déjà inscrite dans un parcours de soins, nous le maintenons sans toutefois s'y substituer, l'objectif étant, à plus long terme, la reprise du pouvoir d'agir des personnes. Cette pluridisciplinarité nous permet de proposer un accompagnement global à la personne, c'est-à-dire qui la considère dans ses dimensions à la fois psychique, somatique, sociale et spi-

rituelle. En fonction de chaque situation et des possibilités des personnes, les compétences et les savoirs de chacun des professionnels peut venir se déployer davantage et proposer, en parallèle d'un accompagnement global, un accompagnement spécifique (somatique par l'infirmière, social par l'assistante sociale et psychologique par la psychologue). Pour autant, cette pluridisciplinarité s'ajoute à l'interdisciplinarité, et fait référence ici, à la mise en commun de savoirs et de pratiques favorisant un travail d'équipe où les membres partagent un socle commun de connaissances.

### ➳ La non-demande

La démarche d'aller-vers suppose de composer avec des situations de non-demande d'aide, notamment face à un public en situation de marginalisation dont la caractéristique est une perte parfois totale d'un souci de soi. Appréhender la question de la non-demande nous amène à faire des allers-retours entre la théorie et le terrain, afin de mieux répondre aux besoins des personnes. Cette auto-exclusion, consécutive de « la dimension réfléchie du mépris et de l'identification négative » véhiculée par la société, aurait eu pour conséquence l'internalisation du stigmate et donc des comportements volontaires de retraits sociaux (Furtos, 2008). L'autodisqualification serait ainsi sous-tendue et précédée d'un vécu de mort symbolique du sujet. Le sentiment de honte est ainsi dépassé et avec lui l'estime et la reconnaissance de soi (Mannoni, 2000). Dans ce contexte et face à un refus d'intervention en lien avec l'habitat ou une problématique de santé, il est parfois nécessaire de construire l'accompagnement sur la base d'une demande parallèle et susceptible de susciter l'intérêt de la personne : celle-ci peut s'agir d'un accompagnement budgétaire ou encore d'un soutien juridique dans le cadre d'une mesure d'expulsion.

Dans le même temps, la non-demande des personnes accompagnées compose avec la demande formulée des personnes et/ou partenaires nous ayant sollicités. Ainsi, travailler auprès de personnes non-demandeuses amène EDI à effectuer une analyse de la demande pour chaque situation rencontrée : qui demande ? Dans quels buts et dans quels intérêts ? Le respect du droit à la vie privée et à l'intimité des personnes nous amène ainsi à développer une pratique aux enjeux éthiques et déontologiques forts. Ces enjeux se retrouvent aussi dans la façon dont veillons à ne pas projeter nos propres besoins sur les situations rencontrées, qu'ils soient ou non liés à notre identité professionnelle : décider de ne pas recevoir de soins est un choix que nous respectons sans culpabilisation ni infantilisation et, lorsque cela est nécessaire, nous n'hésitons pas à nous rétracter lorsqu'une personne refuse de nous rencontrer en dépit de nos tentatives.

D'un point de vue général, EDI s'inscrit au sein d'un GCSMS dont le projet social vise à déstigmatiser les problématiques de santé mentale. En d'autres termes, l'accompagnement médico-psychosocial proposé par l'équipe, coloré de ce qui constitue la pratique d'aller-vers, la non-demande et la rencontre, propose de limiter les risques liés au syndrome de Diogène et/ou aux situation d'incurie sévère, tout en préservant les modes de vie ainsi que les libertés individuelles.

## 2.3 Le projet d'intervention en résidences sociales

### a. Rappel du contexte de création du projet

En 2018, la CMSMH et le bailleur Alotra ont travaillé sur l'élaboration d'un état des lieux sur les publics concernés par des troubles psychiques au sein de leurs résidences sociales. En parallèle, l'ARS a diffusé un appel à projet sur les soins ambulatoires dans la cité. La direction générale du CHET a donc interpellé la CMSMH pour travailler à une réponse commune à l'échelle de ses pôles.

La CMSMH a donc soumis à Alotra la possibilité de travailler sur une démarche de coopération, afin d'apporter une réponse plus significative compte tenu de leur implantation territoriale et couvrir au mieux l'aire géographique des pôles du CHET. Alotra s'est alors rapprochée du bailleur ADOMA également doté de résidences sociales sur différents secteurs de Marseille permettant ainsi de couvrir l'ensemble du territoire du CHET.

Les besoins en suivi des locataires identifiés chez les deux bailleurs nécessitaient d'apporter une réponse de type « case mangement ». Cette approche, pensée de manière stratégique, intégrative et globale, est centrée sur la personne et sa capacité à agir. Elle vise à favoriser le décloisonnement des pratiques, la mise en œuvre de nouvelles modalités d'accompagnement et la réappropriation d'un travail plus collaboratif. Elle nous est donc apparue pertinente à mettre en place dans le cadre de ce projet.

C'est donc dans cette logique que nous nous sommes inscrits dans cette réponse, qui proposait de développer une pratique « d'aller vers » à travers le financement de postes en renfort sur les CMP afin de favoriser un retour aux soins des résidents ainsi qu'un accès pour des personnes suivies en CMP.

En 2018, des financements pour les CMP de la Belle de Mai et de la Viste ont été obtenus. En 2019, une nouvelle enveloppe dédiée a été obtenue pour les CMP de Pressensé et du Parc puis en 2020, une autre enveloppe pour les CMP de Ste Agnès et Ste Marthe. Cela représentait un total de 9 ETP supplémentaires à recruter par le CHET.

Afin d'assoir le projet de coopération et de construire une entente répondant aux enjeux de chacun, des conventions ont été établies entre les différents partenaires. Elles ont permis de définir :

| Dispositif IRS : Intervention en Résidence Sociale | |
|---|---|
| **Date de début d'activité : 1er juin 2019** | |
| **Objectif général** | **Faciliter l'accès et le maintien dans le logement des personnes concernées par un trouble psychique en lien avec les résidences sociales ADOMA et Alotra.**<br>➳ Répondre aux besoins des personnes en difficultés dans leur manière d'habiter en leur proposant un accompagnement global de type « case management »,<br>➳ Faciliter l'accès à des logements pour des publics suivis par la psychiatrie,<br>➳ Former les personnels bailleurs à la thématique de la santé mentale. |
| **Public cible (par année)** | ➳ Phase 1 (Juin 2019) : 20 résidents des résidences sociales ADOMA et Alotra sur les 15ème et 3ème arr., 20 personnes suivies au sein des CMP de la Belle de Mai et de la Viste,<br>➳ Phase 2 (Septembre 2020) : 20 résidents des résidences sociales ADOMA et Alotra des 16ème et 1er et 2ème arr., 10 personnes suivies au sein des CMP de Pressensé et du Parc. |
| **Coopération** | Réalisation d'un état des lieux CMSMH / Alotra / ADOMA.<br>Réponse commune CMSMH / CHET à l'appel à projet sur le renforcement des CMP : mobilisation de fonds et recrutement des renforts de personnel.<br>Rédaction de deux conventions :<br>➳ - CMSMH / CHET / Bailleurs portant sur la définition des modalités de coopération,<br>➳ - CMSMH / ADOMA portant sur le cadre du partenariat puisqu'ils ne sont pas membres du GCSMS, la facilitation de l'accès à un total de 20 logements par les bailleurs Alotra et ADOMA sur les 1er, 2ème, 3ème, 15ème et 16eme arrondissements et sur la mise en place d'accompagnement de type « Case management » auprès de 40 résidents par les professionnels recrutés dans les CMP.. |
| **Moyens RH et matériel** | Temps dédié coordinatrice RSML puis cheffe de service CMSMH sur un 0,2 ETP. |
| **Financement et instances** | Pour le renfort des équipes CMP :<br>➳ Attribution en 2018 par l'ARS d'une enveloppe de 192 000€ au CHET dont 50% du temps de travail fléchés sur l'UF de la CMSMH (Fonds pérennes inscrits dans la dotation globale du CHET),<br>➳ Attribution en 2019 par l'ARS d'une deuxième enveloppe de 192 000€ au CHET dont 50 % fléchés sur l'UF de la CMSMH (Fonds pérennes inscrits dans la dotation globale du CHET),<br>➳ Attribution en 2020 d'une troisième enveloppe de 192 000€ non fléchée.<br>➳ Pour l'animation partenariale et le suivi de l'activité :<br>➳ Convention de reversement entre le CHET et la CMSMH (38 000€). |

- La constitution d'un comité de pilotage,
- La mise en place de comités de suivi,
- L'accompagnement au maintien dans le logement de 20 personnes résidentes pour chaque CMP,
- L'accès à 5 logements par CMP à destination de personnes suivies.

L'enjeu principal de cette coopération était d'apporter des solutions de logements et d'accompagnements aux personnes souffrant de troubles psychiques pour lesquelles l'accès ou la reprise des soins est nécessaire.

## b. Actions de coordination portées par la CMSMH

La CMSMH s'est engagée dans ce projet avec une mission d'animation partenariale et de suivi de l'activité. Ainsi, elle a été en charge d'animer différents temps de travail.

### Les comités de suivis

Les comités de suivis ont réuni les parties prenantes à l'échelle de chaque territoire. Ils ont été animés par la coordinatrice des RSML. En 2020, trois comités ont été organisés. Ils ont permis aux partenaires de présenter les situations, de les analyser collectivement et d'élaborer une réponse concertée (plan d'action, identification d'acteurs mobilisables, mise en lien, etc.).

### Les réunions d'équipes

Quatorze réunions d'équipe regroupant les salariés référents du projet se sont tenues afin qu'ils aient la capacité d'appréhender le dispositif et de mieux l'intégrer dans leur projet de service. L'idée était de créer une cohésion d'équipe inter sectoriel et d'associer les salariés référents aux ajustements et à l'évolution du dispositif.

### Actions de coordination

Parallèlement aux suivis des situations, la CMSMH a animé différents temps de travail de coordination de l'action :

- 2 réunions de présentation des personnes en charge d'assurer l'animation et le suivi du partenariat au niveau opérationnel auprès des bailleurs,
- 9 visites sur site (résidences) afin de repérer les lieux et se présenter aux équipes,
- 4 réunions avec le secteur de la Belle de Mai afin de repréciser le projet,
- 2 réunions avec les médecins référents afin de leur présenter le projet,
- 1 réunions avec les chefs de pôles,
- 3 réunions avec le président de la CME.

## c. Formation

Un volet formation s'est avéré nécessaire pour favoriser l'acculturation entre ces secteurs d'activités radicalement opposés dans leur pratiques et cultures professionnelles. Entre novembre 2019 et janvier 2020, vingt professionnels issus des bailleurs ont ainsi pu bénéficier d'une formation dispensée par l'association In Citta dans le cadre du catalogue de formation de l'ASV Santé Mentale.

La formation de « case manager » à l'attention des équipes d'intervention initialement annoncée dans le projet n'a pas été dispensée.

## d. Activités réalisées par les équipes de première ligne du CMP La Viste

En 2020, 28 situations[1] ont été « signalées » par les bailleurs. 15 par le bailleur Alotra et 13 par le bailleur ADOMA.

Sur ces 28 personnes :

- 2 femmes seulement : une vivant avec ses deux enfants, l'autre seule,
- 26 hommes vivant seuls dans leur logement,
- la moyenne d'âge était de 53 ans (de 33 à 83 ans),
- 18 personnes étaient déjà connues du CHET mais 8 n'étaient pas ou plus suivies au moment de la présentation,
- 19 personnes ont fait l'objet d'une évaluation clinique au domicile,
- 12 signalements ont été réorientés vers des services de gérontologie,
- 5 situations ont été évaluées comme « non prioritaires » : les besoins des personnes ont été réévalués régulièrement,
- 4 personnes ont bénéficié d'un suivi spécifique,
- 4 suivis ont pris fin récemment parce que les personnes étaient déjà bien prises en charge par ailleurs (2 au CHET, 1 APHM, 1 en libéral) et que notre présence ne s'est pas avérée indispensable pour le maintien à domicile. Les suivis ont duré entre 6 et 9 mois (8 mois en moyenne),

[1] *Durant le confinement, 3 autres situations nous ont été adressées par ADOMA. Elles ont été « gérées » par téléphone et n'ont pas donné lieu ni à une évaluation à domicile ni à une prise en charge spécifique.*

- 6 suivis étaient toujours en cours au 31 décembre 2020.
- Au total, 84 visites à domicile ont eu lieu, dont 18 ont échoué (Personne absente ou ne voulant pas nous ouvrir).
- 3 personnes ont bénéficié d'un accès à un logement :
- 2 jeunes patients du CMP La Viste en décohabitation de chez leurs parents
- 1 personne en situation d'expulsion.

### e. Activités réalisées par les équipes de première ligne du CMP Belle de Mai

En 2020, 32 situations[2] ont été « signalées » par les bailleurs.

Sur ces 32 personnes :

- 8 personnes étaient connues par le CHET mais en rupture de soins. Certaines avaient arrêté leur suivi depuis des années. Une démarche « d'aller-vers » a permis de les « raccrocher » aux soins psy (médicaux et psychologiques), mais aussi de remettre en place leurs droits sociaux et de l'accès aux soins somatiques,
- 17 personnes n'étaient pas connues du CHET et ont bénéficié d'une évaluation à domicile. Parfois plusieurs VAD ont été nécessaires. (20 actes entretien d'évaluation),
- 7 évaluations n'ont pas donné lieu à un suivi (Pour 3 d'entre elles, un suivi renforcé n'était pas nécessaire et 4 personnes ont refusé nos propositions d'accompagnement malgré des nombreuses relances),
- 10 personnes ont accepté d'être accompagnées et suivies par le binôme,
- 1 personne bénéficiant de l'accompagnement est décédée,
- 6 personnes n'ont pas pu être évaluées. (Personne en errance car logement squatté, personne restée au Sénégal à cause du confinement, personnes qui refusent d'ouvrir la porte, personne hospitalisée depuis longtemps, personne partie sans information),
- Au total : 18 personnes ont bénéficié d'un accompagnement pour le maintien dans leur logement.
- 6 personnes ont bénéficié d'un accompagnement pour accéder au logement.
- 2 accès ont abouti,
- 1 personne a déménagé vers une autre région pendant l'accompagnement,
- 1 personne qui avait été positionnée pour un logement a été refusée car il se trouvait en situation irrégulière,
- 1 personne avait été informée de l'attribution d'un logement avant d'être finalement refusée,
- 1 personne était en cours d'accompagnement pour la constitution de son dossier d'accès fin décembre 2020.

[2] *Durant le confinement, 3 autres situations nous ont été adressées par ADOMA. Elles ont été « gérées » par téléphone et n'ont pas donné lieu ni à une évaluation à domicile ni à une prise en charge spécifique.*

## 2.4 Développement de projets

### a. Mise en place du groupe Bailleurs

#### Rappel du contexte

En 2018, l'Union sociale pour l'habitat (USH) et l'ArHlm Paca Corse, membres de la CMSMH, souhaitaient travailler à un projet de coopération sur les questions d'accès et de maintien dans le logement à destination des personnes ayant des troubles psychiques ou des problématiques psychosociales au sein des parcs des bailleurs sociaux implantés à Marseille. En effet, dans certains quartiers marseillais, les difficultés économiques et environnementales (prégnance des réseaux de drogues, chômage, difficultés d'accès à l'emploi, montée du communautarisme, habitat dégradé, manque de moyens de transports, squat...) accentuent le sentiment de repli, entraînant régulièrement de la « non-demande » ce qui complexifie les prises de contact auprès de ces publics souvent exclus, isolés et donc très fragilisés.

De leur côté, les acteurs de la psychiatrie qui souhaitent travailler le retour en milieu « ordinaire » des patients sont souvent confrontés à des difficultés d'accès à des logements (en moyenne 4 ans pour un accès à un logement social) ainsi qu'à une offre peu suffisante de dispositifs d'accompagnement dans le milieu de vie. Sans compter que les personnes elles-mêmes, mettent en avant un besoin d'appui pour accéder à un logement et s'y maintenir.

Au regard de ces enjeux, l'AR Hlm PACA &Corse a proposé qu'un groupe de travail « bailleurs sociaux », soit constitué pour coproduire un projet structurant favorable au maintien et à l'accès des personnes dans le logement social. Cette démarche s'est donc mise en place en 2020.

| Dispositif IRS : Intervention en Résidence Sociale | |
|---|---|
| **Objectif général** | **Créer une dynamique avec les bailleurs sociaux marseillais afin de répondre à la problématique des personnes souffrant de troubles psychiques dans leur parc immobilier.**<br>➳ Formuler des propositions en termes d'accès et de maintien dans un logement à ceux dont les conditions de vie sont impactées par les troubles psychiques (malades, proches, aidants, etc.). En amont, à titre préventif se donner les moyens de prendre des mesures avant que les situations ne se dégradent et/ou ne deviennent critiques, en aval organiser des réponses adaptées,<br>➳ Former les professionnels du logement social,<br>➳ Structurer une offre d'accompagnement à domicile adaptée répondant aux besoins des personnes souffrant de troubles psychiques dans leur logement. |
| **Public cible** | L'ensemble des bailleurs sociaux de Marseille (18). |
| **Coopération** | ➳ Travailler au repérage des situations le plus en amont possible, avec la possibilité de dresser un état des lieux avec les bailleurs,<br>➳ Evaluer qui a la capacité d'intervenir (compétences, moyens, limites) et construire des réponses collectives, dans une démarche de coopération (Donnant-Donnant),<br>➳ Travailler à la proposition de formations pour les équipes,<br>➳ Identifier les financements à mobiliser. |
| **Moyens RH et matériel** | Démarche d'animation du projet assurée par le coordinateur de l'ASV Santé Mentale et par la directrice de la CMSMH en lien avec les bailleurs membres du groupement :<br>➳ AR Hlm Paca Corse,<br>➳ GCS GALILE,<br>➳ SOLIHA Provence,<br>➳ Alotra. |
| **Financement** | En cours d'identification. |

La Métropole avec le concours de Soliha Provence, du GCS GALILE ainsi que les bailleurs sociaux 3F et Logirem ont répondu à l'appel à projet « 10 000 logements accompagnés ». Cet appel à projet permettait aux bailleurs de s'inscrire dans de nouvelles pratiques, au regard de la précarité croissante des locataires, des incivilités et des troubles de voisinage en augmentation dont les effets ne sont pas sans conséquence sur « le mal être » des habitants. Cette approche par la santé mentale a permis de sensibiliser les personnels des organismes HLM et ainsi, d'évoluer vers des pratiques de « gestion adaptée » aux populations les plus fragiles. Après trois ans d'expérimentation et compte tenu de la plus-value que le dispositif à apporter aux personnes suivies, un rapprochement de ces deux démarches s'est initié afin de construire une réponse globale favorisant des co-financements dans la perspective d'un porteur unique.

5 réunions partenariales ont eu lieu en 2020. Elles portaient sur la définition de la méthodologie de projet, sur l'organisation d'une rencontre inter bailleurs à l'échelle de Marseille, ainsi que sur les perspectives à envisager dans le cadre du projet des 10 000 logements.

## b. Conception du projet SIIS - Santé Mentale

| Projet SIIS Santé Mentale – Equipe Mobile Inclusive (EMI) | |
|---|---|
| **Objectif général** | **Améliorer l'efficience de la prise en charge médico-sociale en milieu ordinaire d'une population présentant des troubles psychiques invalidants, des besoins médico-sociaux élevés, ayant un recours important à des hospitalisations en psychiatrie et n'ayant pas accès aux dispositifs d'accompagnement existants.**<br>➳ Favoriser la prise en charge des personnes en milieu ordinaire,<br>➳ Accompagner la personne dans tous les aspects de la mise en oeuvre de son projet de vie,<br>➳ Garantir l'accès et la continuité des soins psychiatriques et somatiques en coordination avec les différents acteurs et respectueux des choix et préférences des personnes accompagnées,<br>➳ Améliorer la pertinence du modèle de financement. |
| **Public cible** | Environ 100 personnes sur les 5 années d'expérimentation (80 personnes en file active) : patients hospitalisés au long cours (au minimum 50 jours d'hospitalisations au total par année pendant au moins deux années sur les trois années précédant l'inclusion). |
| **Coopération** | ➳ Equipe EMI portée par la CMSMH en lien avec le CH Valvert et la Clinique des Quatre Saisons - Ramsay Santé,<br>➳ Coportage du projet avec le GROUPE SOS Solidarités en lien avec l'AP-HM. |
| **Moyens RH et matériel** | Recrutement de 12,5 ETP en direct par la CMSMH (MAD du médecin en cours de réflexion) |
| **Financement** | Projet en cours de dépôt pour un financement par l'ARS et par l'Article 51 (DGS) :<br>➳ ARS : financement de la phase d'amorçage : 164 202€ par équipe,<br>➳ Article 51 (DGS) : coûts d'exploitation en année pleine : 878 274€ par équipe. |

### Vers un projet de suivi intensif à domicile – Equipe mobile inclusive /EMI

En décembre 2018, la CMSMH proposait un projet de coopération en réponse à l'appel à candidature « Logement d'abord et santé » initié par la DRDJSCS et l'ARS PACA. Ce projet avait pour objet de permettre le rétablissement d'une centaine de personnes sans chez soi hospitalisées au CHET : 50 patients en unité longs séjours et 50 patients dont la durée d'hospitalisation annuelle dépassait 50 jours. L'objectif principal était de proposer un accès direct à un logement pour les personnes en sortie d'hospitalisation en utilisant l'intermédiation locative comme support et en assurant un accompagnement soit modéré, soit intensif au domicile à destination de ces mêmes personnes mais au sein de la cité.

Pour réaliser ce projet, nous avons amorcé une démarche de coopération dont le principe portait sur une transformation de l'offre du pôle centre-ville, avec la fermeture du pôle des soins prolongés (25 lits).

Le projet émargeait sur :

- des crédits Etat du programme 177 (Hébergement, parcours vers le logement et insertion des personnes vulnérables) sur la ligne « intermédiation locative »,
- des crédits FIR de l'ARS pour la phase d'amorçage,
- la dotation globale du CHET pour le financement de l'équipe d'intervention à domicile.

En janvier 2020, l'ARS a finalement proposé d'associer ce

projet à un autre projet en cours d'élaboration entre l'AP-HM et le GROUPE SOS Solidarités, les deux projets présentant certaines similitudes sur les objectifs et les approches. Ce rapprochement permettait d'inscrire l'expérimentation dans un financement Article 51[3] .

En février 2020, une collaboration entre le GROUPE SOS Solidarités et la CMSMH s'est donc construite afin d'apporter une réponse commune. Cette collaboration affichait de fait que les porteurs seraient le GROUPE SOS Solidarités et la CMSMH en collaboration avec l'APHM et le CHET.

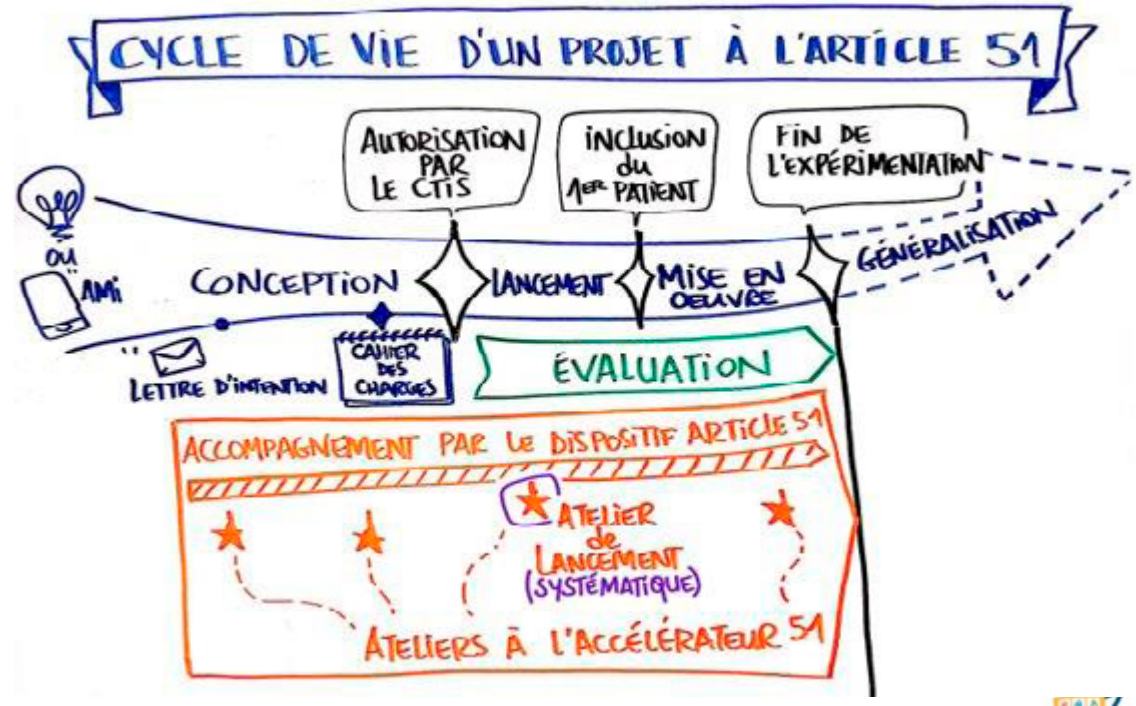
Plusieurs rencontres avec l'équipe de l'Article 51 ont eu lieu entre mars et juillet 2020 dont une session d'accompagnement sur une semaine : « l'accélérateur 51 », cycle assuré par des consultants pour développer et soutenir dans leur progression les projets présentés dans le cadre de l'Article 51.

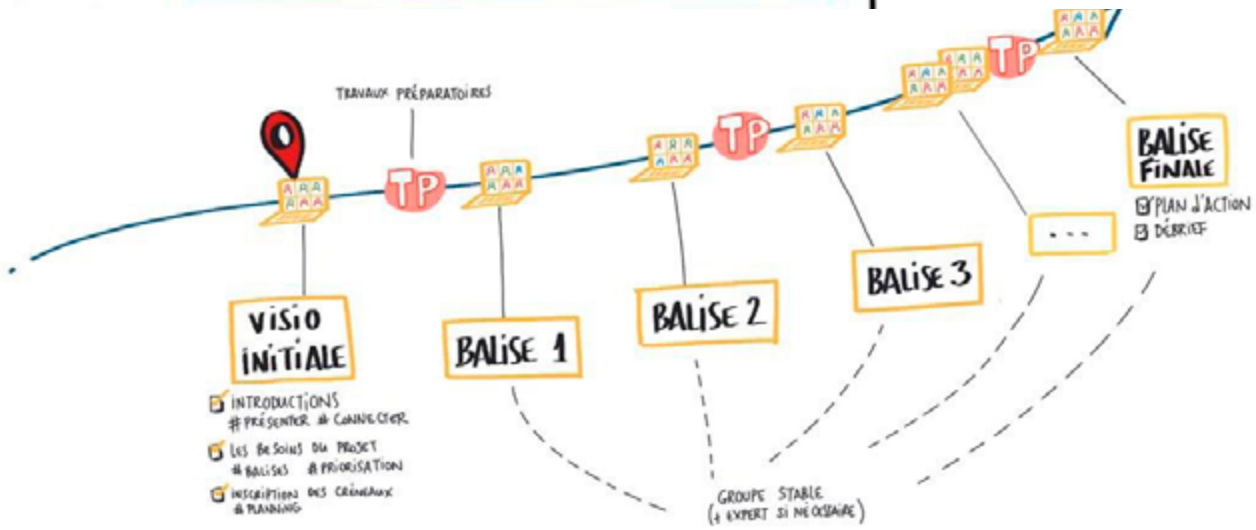
Cet accompagnement a mobilisé sur l'année les représentants des institutions suivantes : la DGOS, la CNAM, l'ARS PACA, la DGS, le GROUPE SOS solidarités, l'AP-HM et la CMSMH.

[3] *La loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a introduit, en son article 51, un dispositif permettant d'expérimenter de nouvelles organisations en santé reposant sur des modes de financement inédits*

## Mobilisation déployée par la direction de la CMSMH pour le projet EMI/SIIS

| | | |
|---|---|---|
| **Réunions porteurs du projet** | | |
| **Réunion de travail** | **CMSMH / Métropole / Groupe SOS / ARS** | **13** |
| **Réunion de travail** | **CMSMH / Métropole** | **5** |
| **Réunions Equipe Art 51** | | |
| **Accompagnement / Point d'avancement** | **CNAM / ARS / CMSMH / CHET / Groupe SOS / AP-HM / DGOS** | **8** |
| **Réunions institutionnelles** | | |
| **Point d'avancement** | **ARS PACA / Groupe SOS / Métropole / CMSMH / AP-HM** | **3** |
| **Réunions internes aux membres de la CMSMH** | | |
| **Mise en oeuvre du partenariat** | **CHET / CH Valvert / AP-HM / CMSMH** | **7** |
| **Réunions externes aux membres de la CMSMH** | | |
| **Démarche partenariale** | **CPTS 123 / CPTS 11 12** | **4** |




## Présentation de la méthodologie d'accompagnement « Accélérateur 51 »

Fin juillet 2020, la CMSMH a participé à cinq ateliers sur une période d'une semaine afin de repréciser, border, discuter le projet dans toutes ces composantes.

Les balises retenues par la CMSMH et le GROUPE SOS Solidarités pour ces ateliers portaient sur :

- **Le modèle de financement en s'assurant de la viabilité financière du projet,**
- **Le repérage de la bascule de financement et d'organisation,**
- **L'anticipation de l'évaluation du projet,**
- **La cartographie de l'écosystème du projet.**

## Création d'un nouveau partenariat avec le CH Valvert et la Clinique des Quatre Saisons (Groupe Ramsay)

Le projet initialement pensé par la CMSMSH ayant évolué pour se conformer au cahier des charges de l'Article 51, il a été difficile pour les parties prenantes initiales (CHET) de trouver des modalités de fonctionnement répondant aux attentes de chacun. Le projet SIIS - Santé Mentale affiche en effet clairement l'autonomie de ses équipes mobiles de suivis intensifs à domicile, avec certes un partenariat resserré avec les CMP mais sans prises en charges bifocales avec les équipes hospitalières. Ces modalités ont eu raison de la collaboration avec le pôle centre-ville du CHET.

Après plusieurs rencontres de présentation et d'échanges sur le projet, le CH Valvert, membre de la CMSMH, a

souhaité rejoindre le projet. Ils ont également souhaité y inclure la Clinique des Quatre Saisons (Groupe Ramsay) afin de travailler à un partenariat public / privé. Leurs positionnements respectifs et leurs problématiques communes ont permis de redéfinir dans des conditions sereines le cahier des charges compte tenu des nouveaux territoires concernés.

Ce dernier a fait l'objet d'une présentation et d'une validation par les commissions médicales d'établissement et par les directions des deux établissements.

### Résumé du projet travaillé avec les équipes de l'Art 51

Le projet Suivi Intensif pour l'Inclusion Sociale - Santé Mentale (SIIS - Santé Mentale) vise à proposer un accompagnement global à destination des personnes présentant des troubles psychiques invalidants, avec des besoins médico-sociaux élevés, et ayant un recours important aux hospitalisations en psychiatrie (Au minimum 50 jours d'hospitalisations par année pendant au moins deux années consécutives sur les trois années précédant l'inclusion).

Ce dispositif de suivi intensif, centré sur le projet de vie de la personne, sera expérimenté sur deux territoires différents de la ville de Marseille avec deux co-porteurs du champ médico-social, et une forte implication partenariale d'établissements sanitaires publics et privés du territoire :

- **EMI (Equipe Mobile Inclusive) portée par la CMSMH, s'adressera aux personnes ayant un recours important aux hospitalisations dans les unités des secteurs 13G07 et 13G08 du CH Valvert et/ ou à la clinique des 4 Saisons de Ramsay Santé : quartiers Est (11e et 12e arrondissements, la Penne-sur-Huveaune, Allauch et Plan-de-Cuques),**

- **SIDIIS (Suivi Intensif pour la Des-Institutionnalisation et l'Inclusion Sociale) portée par le GROUPE SOS Solidarités, s'adressera aux personnes ayant un recours important aux hospitalisations dans les unités du CHU Ste Marguerite de l'AP-HM : quartiers Sud (8e, 9e et 10e arrondissements).**

Les deux équipes travailleront en concertation avec l'ensemble des partenaires présents sur le territoire : hôpitaux, communautés professionnelles de territoriales de santé et maisons de santé, professionnels de l'accompagnement vers l'emploi, la formation, les activités socioculturelles ou de loisirs, l'accès et le maintien dans le logement ou toutes autres formes d'habitats, groupes d'autosupport et d'entraide mutuelle...

L'approche des équipes EMI et SIDIIS sera axée sur les pratiques orientées vers le rétablissement.

L'innovation sera à la fois organisationnelle : transfert d'une offre sanitaire et essentiellement intra hospitalière à une offre ambulatoire médico-sociale, déploiement d'un accompagnement de type « suivi-intensif » pour une population n'y ayant pas accès en France (seules les équipes de suivi intensif à destination des sans-abris ont été expérimentées et généralisées dans le contexte français), application d'une méthodologie d'accompagnement de type « place and train » peu diffusée que ce soit dans le champ sanitaire ou médico-social ; et financière : expérimentation en deux temps permettant, à l'issu d'une période de trois ans de financement forfaitaire médico-social, de proposer à partir des données recueillies un modèle de financement à l'usager modulable en fonction du parcours de celui-ci.

## 2.5 Participation à la démarche d'élaboration du PTSM des Bouches-du-Rhône

Depuis 2019, la CMSMH participe à la démarche d'élaboration du projet territorial de santé mentale des Bouches-du-Rhône qui sera opérationnel début d'année 2021.

La CMSMH est membre du comité de pilotage et travaille plus particulièrement sur la question des parcours de santé et de vie de qualité sans rupture.

### Implication de la CMSMH en 2020 :

| Instance | Participants | Régularité |
|---|---|---|
| **Réunion du Copil** | **En présence des membres du comité de pilotage de l'ARS et du CRESS** | **5** |
| **Réunion Pilotes et Co pilote** | **Réunion de travail et du CRESS** | **2** |
| **Réunion thématique** | **En grand groupes avec les acteurs de terrains et du CRESS** | **4** |

# 3.Perspectives 2021

**Après une année 2020 très riche pour la CMSMH ; nouveau local, nouvelle équipe, conception de nouveaux projets ; nous souhaitons aborder 2021 comme une année de consolidation de nos dispositifs et de notre fonctionnement.**

## Renforcement de la dynamique RSML :

Afin de répondre à des sollicitations de plus en plus fréquentes, il nous apparaît nécessaire d'étendre la démarche aux territoires de l'AP-HM (création d'un RSML 4/5/6/7 et RSML 8/9/10) mais aussi de formaliser les possibilités d'accompagnements direct de situations par l'équipe RSML. Ces évolutions impliquent une augmentation des ressources humaines avec la création d'un troisième poste sur un profil d'intervenant spécialisé « Santé mentale ».

## Promotion des formations PSSM :

Nous prévoyons, pour 2021, de proposer à nos membres mais aussi aux partenaires du réseau marseillais des sessions de formations mensuelles. Il faudra pour cela envisager de former un deuxième intervenant de la CMSMH à être formateur PSSM.

## Vers la pérennisation du dispositif EDI :

2021 sera la deuxième année d'expérimentation du dispositif EDI prévue sur trois ans. Il conviendra donc d'amorcer des réflexions sur la pérennisation du dispositif avec nos partenaires et avec les tutelles en lien avec les résultats intermédiaires de l'évaluation.

## Redéfinition de notre place dans le dispositif IRS :

La fin de l'année 2020 aura permis d'identifier plusieurs freins à nos missions de coordination du dispositif , entre autres, la difficulté à mettre en œuvre des outils de suivi de l'activité communs. Il conviendra en 2021 de statuer sur les plus-values et la pertinence de la présence de la CMSMH dans cette action.

## Vers le lancement du dispositif EMI :

Après deux années de conception, 2021 devrait être l'année de la concrétisation de ce projet qui impliquera le recrutement d'une toute nouvelle équipe, sa formation, le développement d'une nouvelle pratique d'accompagnement, le début d'une aventure que nous souhaitons pleine de sens et de succès !

## La mise en place du Groupe Bailleurs :

La création de ce nouvel espace d'échange devrait permettre d'impulser une nouvelle dynamique de travail, de mieux faire remonter les difficultés et les succès du terrain vers les directions des institutions et ainsi d'identifier les futures réponses à imaginer dans le cadre de la coopération. L'avenir du dispositif « 1000 logements » devra également être questionné.

Les pistes de travail pour 2021 ne manquent donc pas. La CMSMH va poursuivre sa structuration autour de ces actions et un des enjeux principaux sera de faire le lien entre les dispositifs, les équipes et les partenaires membres pour la mise en œuvre d'un projet que nous voulons transversal.

# ANNEXES : VIGNETTES CLINIQUES

## L'incurie et l'impayé

*Situation suivie en accompagnement direct par les RSML et par EDI*

M. est âgé de 50 ans. Par suite d'un accident dans les années 90's, il a subi un traumatisme crânien grave. Depuis, il est cérébrolésé. Sa vie a basculé. Il était peintre carrossier. Il a perdu son travail, quitté sa compagne d'alors. Il décide de partir de sa région d'origine pour rejoindre les Bouches du Rhône, vont suivre des années d'errance. Il reste sans domicile fixe pendant des années. Ses troubles cognitifs s'aggravent. Heureusement, il retrouve un emploi en milieu protégé. Il travaille dans un ESAT en tant que salarié du service quincaillerie. Il a tendance à récupérer toute sorte d'objets dans son quartier et fréquente les casses pour recycler les métaux qu'il entasse. Il habite depuis quelques années dans un quartier populaire et pauvre de la ville. Son immeuble est dégradé et l'environnement insécure.

Il y a un an, son employeur découvre qu'il est infesté de punaises de lit. Ils doivent prononcer une mise à pied et procéder à une désinsectisation complète de leurs locaux. Son moniteur d'atelier a un bon lien avec lui et propose de l'aider au domicile. Il constate alors une incurie et une accumulation importante et inquiétante. L'ESAT sort vite de ses prérogatives et de ses missions. En septembre 2020, ils sollicitent les RSML afin de les aider dans cette situation complexe. Le chef de service a entendu parler de l'équipe EDI et il pense qu'un accompagnement sur le syndrome de Diogène est une priorité. La CMSMH étudie la situation et nous décidons la mise en place un binôme formé de l'éducateur spécialisé d'EDI et d'une coordinatrice des RSML. En date du 26/10/2020, une première visite à domicile tripartite est organisée avec l'ESAT et notre équipe. Notre évaluation multidimensionnelle met en évidence une problématique multi factorielle : troubles cognitifs et mnésiques importants, environnement insécure et dégradé, indécence, procédure d'expulsion locative, surendettement, syndrome de Diogène et suivi en addictologie. M. est inclus dans les RSML et EDI. Une synthèse est organisée le 11 janvier 2021 avec M. et l'ensemble des intervenants de sa situation (psychiatre, moniteur d'atelier de l'ESAT, 2 membres de l'équipe CMSMH. Nous construisons ensemble le plan d'actions suivant :

- **Mise en place d'une mesure de protection avec l'accord de Monsieur**
- **Débarrassage par EDI et RSML et accompagnement spécifique sur le syndrome de Diogène**
- **Relogement avec recherche d'un nouveau logement ou hébergement adapté**

Chacune de ces actions convoque des compétences différentes et illustre la notion décrite ci-dessus du métissage entre psychologique et social dans la coordination de parcours complexe. LES RSML tendent à travailler les questions d'habitat et de santé mentale de manière globale avec les personnes et avec pour méthode le « case management ».

## Quand l'autre s'efface de la scène sociale

*Situation suivie en accompagnement direct par les RSML*

Un bailleur social en la personne d'une conseillère sociale du service contentieux fait part aux coordinatrices RSML de la situation d'un homme d'une trentaine d'année. La conseillère est inquiète car elle ne parvient pas à entrer en contact avec lui. Depuis le décès de la mère en 2014 qui vivait avec lui, M. est en impayé de loyers. Tout récemment, une interruption complète des paiements est constatée. Le gardien a aperçu M. et décrit un amaigrissement significable. La conseillère décide de faire intervenir les pompiers face aux observations du gardien et aux constatations sur la détérioration de la situation locative. De plus, le service contentieux pense enclencher une Procédure d'Expulsion Locative (PEL). Les pompiers cassent la fenêtre, M. n'est pas à son domicile. Dans leur rapport, ils décrivent un appartement fortement négligé. Le bailleur n'a reçu aucune plainte du voisinage en ce sens. La conseillère obtient les coordonnées d'une sœur. Elle apprendra d'ailleurs qu'il se trouvait chez elle au moment où les pompiers sont intervenus.

La situation est discutée en réunion plénière. Puis la décision est prise d'organiser une visite à domicile chez M. avec la conseillère sociale du bailleur, le gardien de l'immeuble et la psychologue/Coordinatrice du RSML. M. ouvre la porte et entame une conversation d'une heure au seuil. Il accepte de donner son courriel afin de continuer à faire notre connaissance. Des contacts épistolaires s'amorcent, la teneur des réponses à nos mails est laconique mais perdure. Au bout de quelques semaines, la psychologue/ coordinatrice parvient à mettre en place des visites mais jamais à l'intérieur du logement. Les premières rencontrent révèlent une personne qui a en quelque sorte désertée la scène sociale (absence de téléphone, boite aux lettres non

consultée, sorties rares, droit commun suspendu depuis plusieurs mois, lien avec la famille dissout) mais également un individu qui a vécu de nombreux deuils récents et plus anciens. Une perte de la confiance en soi en autrui et en l'avenir. Des accompagnements physiques sont organisés en particulier pour remettre en place des droits et des ressources car M. n'a plus aucun droit ouvert. La mise en place du RSA sera priorisée. La reprise du paiement des loyers en dépend. Chaque accompagnement nécessite une préparation et un soutien psychologique important. En effet, M. présente des symptômes dépressifs non négligeables et une anxiété sociale importante qui entraine de nombreux comportements d'évitement. La confrontation avec le monde extérieur est une épreuve nécessitant une progression d'exposition. Nous faisons fonction de support dans ce parcours de ré affiliation avec les institutions. Puis, une fois que M. a des référents identifiés et connus sur l'aspect social (référents RSA, référent ASELL), nous continuons le suivi psychologique via des entretiens qui se passent au seuil du logement, sur un banc dans le quartier ou bien dans la rue et s'accompagnent d'une marche en côte à côte. Selon René Roussillon, la solitude radicale invite les professionnelles à aller davantage vers une posture d'adossement (adossement psychique). Plutôt que le face à face, les accompagnants peuvent privilégier « l'épaule contre « épaule » et le partage du lieu, bien avant celui du lien.

Aujourd'hui, les rencontres se sont espacées. M. maintient sa situation sociale, il continue à percevoir des ressources tout en remplissant ses devoirs de locataire avec l'appui des référentes RSA et ASELL.

La difficulté même de cette situation ne réside pas dans la présence même d'une problématique de santé mentale mais bien dans la place et la temporalité qu'on va lui accorder. De prime abord, nous aurions pu être tentés de céder à l'urgence sociale de cette situation, rapidement nous aurions été confrontés à de nombreux freins (rendez-vous non honorés, refus de la personne) qui n'auraient été autres que des manifestations de mécanismes de défenses de la personne. Nous avons pris le temps de travailler avec elle sur ces freins psychologiques, de tisser une relation ce qui nécessite une posture de résistance face aux logiques du « manque de temps ».

## Accumulation passive et non demande

*Situation suivie par EDI*

M. A a 36 ans, il a toujours vécu à Marseille et est propriétaire de son logement. Ses parents sont séparés, sa mère passe quelques mois dans l'année à Marseille, il a très peu de contact avec son père. M. A a occupé un emploi dans la marine marchande et il parle de ce métier avec passion. Durant sa période salariée, il gagnait bien sa vie et il a souscrit un crédit immobilier pour l'achat d'un appartement neuf en 2009. Il s'est mis à consommer massivement de l'alcool et de la cocaïne de manière festive, puis seul, allant jusqu'à se mettre en difficulté au travail et à perdre son emploi en 2012. A partir de cette date, il s'est progressivement replié chez lui et ne pouvant plus maintenir son niveau de vie, ses relations sociales se sont délitées. Il n'a pas renouvelé ses droits arrivés à échéance et se retrouvant sans ressources, il a arrêté de payer ses charges courantes (mensualités du crédit, électricité, abonnements).

En 2016, son état de santé psychique s'est dégradé et il a été hospitalisé en psychiatrie durant quelques jours. Pendant ce séjour, sa famille a procédé au débarrassage de son logement, encombré de déchets sur toute la superficie. A l'issue de son hospitalisation, il a bénéficié d'un court suivi en service d'addictologie : après quelques rencontres avec un médecin psychiatre, il a surtout rencontré l'assistante sociale du service qui a mis en place l'AAH afin qu'il retrouve des ressources et a monté un dossier de surendettement, qui a abouti à un moratoire de 2 ans et un gel de ses créances.

M. A n'a pas poursuivi le suivi proposé et la situation s'est répétée : il n'a pas renouvelé ses droits et s'est retrouvé sans ressources, l'encombrement du logement par les déchets a repris et les dettes ont continué à augmenter à l'issue du moratoire de 2 ans. Notre équipe est alertée sur sa situation par les services d'hygiène de la mairie à la fin de l'année 2019. Le syndic de copropriété a fait un signalement après un début d'incendie dans l'appartement de M. A et des conditions d'hygiène dans la résidence. Il fait également état du comportement de M. A qui se présente alcoolisé et agressif lors des assemblées générales de copropriété.

Après plusieurs tentatives, une VAD est réalisée avec un inspecteur de salubrité de la mairie. Elle permet de constater l'état d'encombrement de l'appartement, entièrement rempli de déchets sur une hauteur allant de 50cm à 1m. M. A présente un état d'incurie corporelle important et déclare ne pas vouloir d'une autre rencontre car il va bientôt être expulsé. L'équipe prend alors contact avec sa mère et il accepte de rencontrer les travailleurs sociaux et le médecin psychiatre de l'équipe à l'extérieur de son domicile. Des démarches sont alors entreprises en collaboration avec sa mère afin de remettre en place ses droits au RSA et à la couverture santé. Divers accompagnements sont réalisés dans les services administratifs et M. A se montre peu loquace, même s'il est toujours présent. Il évoque des troubles du sommeil et un moral en berne, et accepte de rencontrer le médecin psychiatre même s'il se montre réticent à la prise de médicaments. Une mesure de protection est demandée en accord avec M. A et sa mère, afin de soulager celle-ci de la gestion du budget et d'étaler la distribution de l'argent sur le mois.

Lors des rencontres qui s'étalent sur plusieurs mois, nous évoquons la situation dans son logement. M. A explique

qu'il jette ses déchets par terre, qu'il faudrait tout vider, qu'il ne veut rien garder, mais qu'il n'est pas prêt à le faire. Il se décrit comme un déchet vivant au milieu des déchets. Il a progressivement développé une négligence du soin apporté à sa personne dans un processus d'auto-exclusion. Pour autant, nous observons qu'il a conservé des habilités sociales et se montre très adapté dans ses interactions. L'équipe ne disposant plus de médecin, nous abordons la question de sa consommation massive d'alcool, de sa santé psychique, d'autant qu'il présente des moments de soliloque envahissants. Il ne souhaite pas consulter un nouveau médecin psychiatre, et parle de retourner voir un généraliste.

Après plusieurs tentatives, il accepte que nous débutions ensemble le débarras de son logement au mois de juillet 2020. A cette occasion, nous découvrons ses conditions de vie : pas d'électricité, volets roulants bloqués, appartement plongé dans la pénombre, fenêtres inaccessibles et fermées. Des détritus occupent la totalité du logement, les meubles sont ensevelis, hormis un canapé qui surnage de cette mer de déchets. Sur ce radeau à la dérive, M. A a rassemblé les objets importants : monnaie, cigarettes, briquet, café. Il reste assis et nous laisse faire mais manifeste des signes d'angoisse importants : lividité, transpiration excessive. Il participe en évacuant au fur et à mesure les sacs poubelles remplis.

Le débarras de son logement nécessitera 10 séances identiques, à raison d'une fois par semaine. M. A se montre plus à l'aise au fur et à mesure des séances et nous réussissons à échanger pendant l'action. Une fois ce débarras effectué, nous constatons que le logement a été entièrement dégradé pendant ces années : plus de portes, meubles cassés, trous dans les murs, présence de rongeurs. Un grand ménage est effectué et M. A participe en passant le balai et la serpillère à plusieurs reprises. Il possède un garage où il a stocké des meubles donnés par son oncle. Nous allons puiser dans ce garage de quoi remeubler son logement : matelas, canapé, table, télévision, machine à laver.

M. A exprime ensuite le souhait d'avoir de l'électricité. Il aimerait s'éclairer, regarder la télévision et se chauffer. Sa curatrice fait intervenir un électricien afin de rétablir le courant. Ce gain en confort le laisse incrédule, il prend plaisir à regarder la télévision, se prépare des repas chauds, et se chauffe pendant l'hiver. Ses déchets ne sont plus jetés sur le sol, il les met en sac au fur et à mesure.

Depuis la fin du premier dossier de surendettement, la procédure de saisie immobilière a été relancée. M. A souhaitant se maintenir dans son logement, nous décidons de présenter un nouveau dossier de surendettement afin de geler la procédure. En parallèle, nous travaillons un passage à l'AAH pour augmenter ses ressources et négocier avec la banque une reprise des mensualités. Cela nécessitera une reprise de contact avec un médecin psychiatre afin de faire établir un certificat médical.

# Une expulsion évitée !

*Situation suivie par EDI*

M. N a 76 ans, il est locataire chez un bailleur social et a toujours vécu avec ses parents et n'a pas d'enfants. Sa famille habite, depuis 1958, un appartement dans une cité HLM. Il y vit seul depuis le décès de sa mère en 2013. Il a occupé les métiers de docker et de boulanger avant d'être en invalidité et retraité aujourd'hui. Il revendique sa condition d'ouvrier et est très attaché à son quartier où il a ses habitudes. Il évoque de lui-même des antécédents psychiatriques, notamment une dépression pour laquelle il a été hospitalisé dans sa jeunesse, la prise de neuroleptiques, ainsi que des cures d'amaigrissement dues à des prises de poids successives.

M. N a assisté sa mère dans sa fin de vie à domicile et il reconnaît qu'il a laissé aller l'entretien du logement depuis le décès de celle-ci. Dans le courant de l'année 2019, une rupture de l'évacuation des toilettes provoque un dégât des eaux important et persistant dans le logement. La réparation tarde à se faire et M. N doit alors éponger et ramasser les excréments répandus au sol. Un artisan envoyé par le bailleur refuse d'intervenir devant l'état du logement et la présence de nombreuses blattes. Une équipe de désinsectisation est alors mandatée et intervient après plusieurs mois de dégât des eaux. Lors de l'intervention de cette équipe, M. N doit quitter son logement quelques heures et se dit victime de vol d'objets personnels. La réparation des toilettes est effectuée, mais l'inondation persiste sans que la cause soit identifiée, dégradant son logement ainsi que les logements situés au-dessous sur 2 étages. Le bailleur fait alors constater la persistance des nuisances par photos, qui révèlent outre le dégât des eaux, la présence de déchets en putréfaction dans l'appartement. Il déclenche une procédure d'expulsion en raison des nuisances et du mauvais usage et entretien du logement.

L'UMPPA se déplace pour rencontrer M. N en septembre 2019 et constate la situation d'incurie et l'insalubrité du logement liée à des mois de dégât des eaux. M. N exprime de la souffrance liée à cette situation et une orientation en CMP est préconisée mais il la refusera. L'UMPPA nous a sollicité et nous allons rencontrer M. N en juin 2020. Il se décrit victime de l'habitat indigne et témoigne des vols commis par l'entreprise lors de l'intervention à son domicile. Il a été convoqué au tribunal dans le cadre de la procédure d'expulsion mais celle-ci a été reportée à cause du confinement du printemps 2020. Il est convaincu de gagner ce procès contre le bailleur et d'être reconnu comme victime.

Nous nous présentons auprès de lui comme un soutien dans l'amélioration de ses conditions de vie et dans ce conflit avec le bailleur. A l'été 2020, malgré plusieurs rendez-vous posés, nous nous verrons 3 fois en 3 mois. M. N est absent à l'heure du RDV ou se prépare à sortir lors

de nos venues. A partir du mois de septembre 2020, les rencontres deviennent plus régulières. Lors des RDVs, il se raconte, évoque son histoire familiale, son parcours professionnel, sa condition d'ouvrier et revient à chaque fois sur le conflit qui l'oppose au bailleur. Il présente des signes d'angoisse importants, un discours répétitif, des tics de langage et ne parvient à s'apaiser qu'à la fin de nos rendez-vous. Dans l'attente d'une nouvelle audience afin de statuer sur la procédure d'expulsion, nous lui proposons d'initier des actions afin d'améliorer de manière effective ses conditions de vie. En effet, les ordures sont toujours présentes dans le logement, le sol est recouvert de linges mouillés et M. répand lui-même de l'eau ou des détergents par litres entiers. D'abord gêné, il accepte notre aide et nous commençons à débarrasser le logement de ses ordures à raison de deux heures par semaine. Nous constatons alors que l'ensemble des meubles et placards sont également remplis de détritus. La présence de trois membres de l'équipe est alors nécessaire lors de ces visites afin de jeter les déchets et de débarrasser les meubles dégradés par l'humidité. M. N participe à ces actions dans la mesure de ses moyens en aidant au nettoyage. Ces séances comprennent un temps d'échange puis une mise en action progressive, cette transition étant rendue possible par la présence de plusieurs professionnels en même temps. Un travail est ensuite mené avec lui afin de changer ses habitudes ancrées : des poubelles sont installées afin qu'il y dépose ses déchets et nous le sensibilisons à la nécessité de ne plus épandre de l'eau au sol. M. N se saisit progressivement de ces conseils, ramassant ses déchets et épongeant l'eau entre nos venues, l'état du logement s'améliore de semaine en semaine. De plus, nous repérons et colmatons une fuite persistante dans une colonne d'évacuation d'eau, ce qui a pour effet d'assécher l'appartement. Durant cette période, il se met à confectionner des pains et des pizzas pour nous chaque semaine, cette occupation prend de plus en plus de place dans son quotidien. Cette pratique lui permet d'introduire de la réciprocité dans nos échanges et d'être valorisé à travers son savoir-faire de boulanger. Il continue de développer cette activité et en fait aujourd'hui profiter ses voisins.

Entre temps, une nouvelle audience a eu lieu, mais M. N n'en a pas été informé et ne s'y est pas présenté. La décision d'expulsion est alors passée en délibéré auprès du juge des contentieux. Nous faisons passer au juge en charge du dossier un rapport social et des photos témoignant de l'état actuel du logement. Les mêmes éléments sont fournis au service contentieux du bailleur avec qui un travail important de médiation est réalisé. Au vu des éléments fournis, le juge convoque une nouvelle audience pour évaluer la situation, et le bailleur s'engage à ne pas faire exécuter l'expulsion si celle-ci est prononcée et si la situation reste en l'état. Une VAD est organisée en présence de l'équipe, d'une chargée de clientèle du bailleur et du responsable technique du bâtiment. Devant l'amélioration considérable de l'état du logement, une rénovation complète à la charge du bailleur est décidée, prenant en compte l'électricité, la réfection des murs et du mobilier de cuisine. Toutes les poursuites intentées par le bailleur contre M. N sont abandonnées, y compris les frais de procédure.

M. N est extrêmement soulagé. Il vit l'abandon des poursuites comme une reconnaissance de son statut de victime. Dans nos interactions, il est jovial, les tics de langage ont pratiquement disparu et il ne manifeste plus de signes d'angoisse. Son état psychique n'est plus préoccupant et nous pouvons aborder avec lui la question de la reprise des soins somatiques. Des démarches administratives sont également menées afin de lui permettre d'accéder à ses droits de santé et de réduire ses dépenses par la résiliation d'abonnements souscrits abusivement. Des VAD hebdomadaires sont maintenues et nous travaillons la question d'un relais auprès d'un organisme d'aide à domicile afin d'assurer une présence lorsque l'accompagnement par l'équipe sera terminé.

CMSMH

Coordination Marseillaise
Santé Mentale et Habitat