



EDI

EXPERIMENTATION Equipe Diogène - Incurie

Rapport d'évaluation 2020-2022



Partenaires Associés

Alotra
Appart 13
Assistance Publique
Hôpitaux de Marseille
AR Hlm PACA & Corse
GCS GALILE
Habitat Alternatif Social

Métropole Aix Marseille
Provence
La Sauvegarde 13
UDAF 13
UNAFAM
Ville de Marseille

Membres Actifs

Centre Hospitalier Edouard Toulouse
Centre Hospitalier Valvert
ISATIS
SAJ
Soliha Provence



CMSMH

Coordination Marseillaise
Santé Mentale et Habitat



EDI

Equipe Diogène et Incurie

Rapport d'évaluation 2020-2022

Le rapport d'évaluation du projet
« Equipe Diogène et Incurie »
comporte 3 parties.

> La **première (évaluation des modalités de mise en oeuvre)** a été réalisée **en interne** à partir des données produites par l'Equipe.

> La **deuxième (valorisation des pratiques)** et la **troisième (impact de l'accompagnement)** ont fait l'objet d'une étude réalisée **en externe par Mathilde Sorba, sociologue.**

Nous vous présentons ici les résultats finaux de l'évaluation.

Sommaire.

| | |
|--|-----------|
| 1. Présentation de l'action..... | 9 |
| 1.1. Rappel du contexte de création du dispositif EDI..... | 10 |
| 1.2. Lancement du dispositif EDI..... | 11 |
| Mise en place du comité de suivi..... | 11 |
| Constitution de l'équipe..... | 12 |
| 2. Méthodologie de l'évaluation..... | 14 |
| 2.1. Axes et critères d'évaluation..... | 15 |
| Axe 1: Evaluation des modalités de mise en oeuvre de l'action..... | 15 |
| Axe 2: Valorisation des pratiques..... | 15 |
| Axe 3: Evaluation de l'impact de la prise en charge sur la santé mentale des personnes accompagnées..... | 15 |
| 2.2. Limites de la méthodologie..... | 19 |
| 3. Profil des personnes accompagnées..... | 20 |
| 3.1. Mode d'habitat à l'entrée dans le dispositif..... | 24 |
| 3.2. Situation sociale à l'entrée dans le dispositif..... | 26 |
| 3.3. Situation sanitaire à l'entrée dans le dispositif..... | 27 |
| 4. Axe 1 – Evaluation des modalités de mise en oeuvre de l'action..... | 28 |
| 4.1. Quantification et qualification de l'activité 2019-2022..... | 29 |
| 4.1.1. Synthèse de l'activité 2019-2022..... | 29 |
| 4.1.2. Analyse quantitative de l'activité 2022..... | 31 |
| Les modalités d'action..... | 31 |
| La phase d'évaluation..... | 31 |
| La phase de suivi..... | 33 |
| La sortie du dispositif..... | 35 |
| 4.2. Adéquation des moyens mobilisés et des besoins..... | 35 |
| 4.2.1. Ressources humaines..... | 35 |
| 4.2.2. Moyens matériels..... | 36 |
| 4.3. Place du projet dans son environnement institutionnel et territorial..... | 36 |
| 4.3.1. Inscription dans le projet d'établissement de la CMSMH..... | 36 |
| 4.3.2. Inscription dans le projet de coopération..... | 37 |
| 4.3.3. Inscription sur le territoire marseillais..... | 38 |

| | |
|--|-----------|
| 4.4. Effectivité et cohérence du parcours de prise en charge..... | 39 |
| 4.5. Perspectives..... | 39 |
| 5. Présentation des axes de l'évaluation externe..... | 42 |
| AXE 2 : Valorisation des pratiques..... | 43 |
| AXE 3 : Impact de l'accompagnement sur la santé mentale des personnes accompagnées..... | 44 |
| 6. Présentation des enjeux de l'évaluation externe..... | 45 |
| 6.1. Diffusion d'une culture commune..... | 46 |
| 6.2. Production d'un référentiel commun..... | 46 |
| 6.3. Perspectives d'amélioration du dispositif..... | 46 |
| 7. Méthodologie..... | 47 |
| 7.1. Observation des pratiques..... | 48 |
| 7.1.1. Les visites à domicile..... | 48 |
| 7.1.2. Les réunions d'équipe..... | 49 |
| 7.1.3. Observation des activités professionnelles dans les murs..... | 49 |
| 7.2. Les entretiens avec les personnes accompagnées..... | 49 |
| 7.2.1. Enjeux des entretiens avec les personnes accompagnées..... | 49 |
| 7.2.2. Conditions d'énonciation..... | 50 |
| 7.3. Entretiens avec les professionnels de l'équipe EDI..... | 50 |
| 7.4. Réalisation de focus groupe..... | 51 |
| 7.4.1. Enjeux des focus groupe..... | 51 |
| 7.4.2. Limites méthodologiques du focus groupe..... | 51 |
| 7.5. Entretiens réalisés avec les partenaires..... | 53 |
| 8. Présentation des résultats de l'axe II valorisation des pratiques..... | 54 |
| 8.1. Pratiques favorisant le décloisonnement des champs sanitaire, social et médico-social au sein de l'équipe..... | 55 |
| 8.1.1. Communication et actualisation des informations dans le cadre de la multi référence..... | 56 |
| 8.1.1.1. L'actualisation des informations via les instances collectives et le logiciel TAGALIS..... | 56 |
| 8.1.1.2. L'actualisation des informations via la proximité des professionnels et le travail en binôme..... | 58 |
| 8.1.2. Passage de relais et transversalité des actions..... | 58 |
| 8.1.2.1. Identification des besoins spécifiques et passage de relais entre les professionnels de l'équipe..... | 58 |
| 8.1.2.2. Des activités transversales..... | 59 |
| 8.1.3. Clinique pluridisciplinaire et référentiels communs..... | 60 |
| 8.1.3.1. De la pathologie à la problématique du débordement : une culture commune de réduction des risques..... | 61 |
| 8.1.3.2. Une conception dynamique de l'autonomie..... | 62 |
| 8.1.3.3. Espaces de réflexivité et communication entre la pratique et la définition du dispositif : une approche pragmatique de l'ingénierie de projet..... | 62 |

| | |
|--|-----------|
| 8.1.4. Limites de la pluridisciplinarité..... | 65 |
| 8.1.4.1. Quelles formes de reconnaissances pour les « écarts » ?..... | 65 |
| 8.1.4.2. Un besoin de structuration autour des missions liées au poste de psychologue..... | 66 |
| 8.1.4.2.1. Un apport limité pour la déconstruction des représentations sociales au sein de l'équipe..... | 66 |
| 8.1.4.2.2. La difficile mise en place des outils thérapeutique hors les murs..... | 66 |
| 8.2. Pratiques favorisant la participation et la prise en compte du point de vue de la personne..... | 67 |
| 8.2.1. Processus et pratiques de co-définition des besoins : les espoirs, souhaits et désirs personnels comme moteur de l'action..... | 68 |
| 8.2.1.1. Des pratiques d'écoute transversales et à haut seuil de tolérance..... | 68 |
| 8.2.1.2. Le domicile comme sphère d'observation..... | 69 |
| 8.2.1.3. Pratiques de déstigmatisation..... | 69 |
| 8.2.1.4. Le traitement des demandes parallèles comme « techniques relationnelles »..... | 70 |
| 8.2.2. Pratiques favorisant le pouvoir d'agir des personnes :..... | 72 |
| 8.2.2.1. Une multi référence qui permet de sortir d'une représentation figée de la personne..... | 72 |
| 8.2.2.2. Une attention aux formes minimales de participation..... | 73 |
| 8.2.2.3. Pratiques d'information et de traductions..... | 74 |
| 8.2.2.4. Des pratiques de psychoéducation..... | 74 |
| 8.2.2.5. La question du pouvoir d'agir comme indicateur..... | 76 |
| 8.2.3. La prise en compte de la temporalité des personnes..... | 76 |
| 8.2.3.1. Un débarrassage progressif et évolutif..... | 76 |
| 8.2.3.2. Une capacité d'adaptation à l'agenda des personnes..... | 77 |
| 8.2.3.3. Des évaluations et des accompagnements psychologiques pour prévenir les risques en terme de santé mentale..... | 77 |
| 8.2.3.4. Une pluridisciplinarité au service des priorités des personnes..... | 78 |
| 8.2.3.5. Des professionnels « interchangeables » pour éviter les ruptures..... | 78 |
| 8.3. Pratiques orientées vers un objectif d'inclusion de la personne dans son environnement..... | 79 |
| 8.3.1. Pratiques d'accompagnement pour l'accès et le maintien des droits..... | 79 |
| 8.3.1.1. L'accompagnement à l'ouverture et au maintien des droits comme support de la relation..... | 79 |
| 8.3.1.2. Les pratiques d'accompagnement " physiques "..... | 81 |
| 8.3.1.3. Des visites à domicile tripartites pour assurer la continuité de l'accompagnement..... | 81 |
| 8.3.1.4. Une posture de porte parole qui peut fragiliser les rapports avec les partenaires..... | 82 |
| 8.3.2. Pratiques d'accompagnement pour l'inscription des personnes dans un parcours de soins..... | 83 |
| 8.3.2.1. Pratiques d'orientation vers les dispositifs de soins..... | 83 |
| 8.3.2.2. Au-delà de l'orientation : accompagnements physiques et pratiques de traduction..... | 84 |
| 8.3.2.3. Les pratiques d'évaluation des troubles de santé mentale..... | 84 |
| 8.3.2.3.1. Évaluation des troubles de santé mentale en interne..... | 84 |
| 8.3.2.3.2. Évaluation des troubles de santé mentale à partir des ressources externes..... | 85 |
| 8.3.2.4. Les différentes pratiques de coordination..... | 85 |

| | |
|---|------------|
| 8.3.2.5. La question de l'accompagnement des personnes avec des troubles cognitifs..... | 86 |
| 8.3.3. Pratiques d'accompagnement pour le maintien dans le logement..... | 87 |
| 8.3.3.1. L'accompagnement des situations d'expulsions : de l'accompagnement administratif aux pratiques de médiation avec les bailleurs..... | 87 |
| 8.3.3.2. Des pratiques d'évaluation des " proches "..... | 88 |
| 8.3.3.3. Un partenariat avec la direction générale de la prévention et des risques de la ville autour de l'impact collectif du trouble..... | 89 |
| 8.3.3.4. La recherche d'alternatives pour redonner du sens au débarrassage et faciliter le détachement..... | 90 |
| 8.3.3.5. Travailler l'acceptation d'aides à domicile..... | 91 |
| 9. Présentation des résultats de l'axe 3 « Impact de l'accompagnement sur la santé mentale des personnes accompagnées »..... | 94 |
| 9.1. Impact sur le maintien dans le logement..... | 95 |
| 9.1.1. Des expulsions locatives évitées et retardées..... | 95 |
| 9.1.2. L'orientation des personnes vers des lieux de vie adaptés..... | 96 |
| 9.1.3. Amélioration de l'aisance dans le logement..... | 97 |
| 9.1.4. Un réinvestissement de l'hospitalité..... | 97 |
| 9.2. Impacts sur le parcours de soins..... | 98 |
| 9.2.1. Impact sur l'accès aux soins..... | 98 |
| 9.2.2. Les effets thérapeutiques du "diagnostic"..... | 99 |
| 9.2.3. La transition vers un espace « hospitalier »..... | 100 |
| 9.3. Les différentes formes d'investissement de la « vie sociale »..... | 100 |
| 9.4. Une expérience de l'accompagnement par les personnes vécu sur un mode collaboratif..... | 101 |
| 9.4.1. Des conditions réunies pour une prise en charge « individualisée »..... | 101 |
| 9.4.2. Une expérience du débarrassage vécue sur le mode du compromis..... | 102 |
| 9.4.3. La participation de la personne : moyen ou objectif de l'accompagnement ?..... | 103 |
| 10. Perspectives d'évolution du dispositif..... | 104 |
| 10.1. Structurer les missions liées au poste de psychologue..... | 105 |
| 10.2. Valeurs et engagements personnels des professionnels..... | 106 |
| 10.3. Exercer une vigilance sur le renforcement de l'équipe et préserver la communication interne..... | 106 |
| 10.4. Améliorer la lisibilité des instances collectives..... | 107 |
| 10.5. Clarifier les enjeux liés à l'usage du logiciel métier TAGALIS..... | 110 |
| 10.6. Quelle collaboration avec le Service Hygiène de l'Habitat de la Ville de Marseille ?..... | 113 |
| 10.7. Une réflexion à organiser autour d'actions de mise en lien des personnes accompagnées..... | 114 |
| 10.8. Organiser des formations ciblées..... | 114 |
| 10.9. Améliorer la lisibilité de la mission de l'équipe auprès des partenaires..... | 115 |
| 10.10. Tableau des actions préconisées..... | 116 |
| 11. Conclusion : L'approche « EDI » : le paradigme de l'inclusion en pratique..... | 118 |

Comment accompagner les professionnels et les personnes en difficulté ?
Quelles réponses face aux situations d'incurie dans le logement ?



EDI

Equipe Diogène et Incurie



1. Présentation de l'action.

1.1. 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'accompagnement

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 embolésés 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 dites « complexes » qui engendre

un sentiment de ne pas être légitime pour intervenir et entraîne un renvoi vers d'autres structures (logique de la patate chaude).

En plus de l'intervention d'une équipe 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.

1.2. Lancement du dispositif EDI

Le dispositif Diogène Incurie a été initié en 2019 avec pour objectif de proposer un accompagnement aux personnes présentant un syndrome de Diogène et/ou une problématique 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, 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. 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'UMP-PA (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.

Après une interruption au premier semestre 2020 en raison de la crise



sanitaire, les comités ont repris en septembre 2020 sur une fréquence mensuelle (sept rencontres jusqu'en mars 2021) puis bimensuelle (quatre rencontres de mai à novembre 2021).

Les Compagnons Bâtisseurs Provence et les gestionnaires de cas MAIA ont participé aux comités de suivi à partir de 2020, en lien avec les activités de formation mises en place (pour les Compagnons Bâtisseurs) et les suivis de certaines situations (pour les GC MAIA).

→ CONSTITUTION DE L'ÉQUIPE.

Le projet de coopération attendant 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.

L'équipe s'est constituée progressivement en 2020/2021 avec l'arrivée d'un éducateur en mars 2020 puis d'une assistante sociale et d'une infirmière en septembre 2020. Après quelques mois d'activités à trois salariés et en lien avec les besoins identifiés chez les premières personnes accompagnées, il a été décidé de compléter l'équipe par un poste de psychologue en février 2021. Le

CH Valvert a pu déléguer un nouveau médecin psychiatre de l'Unité Mobile Psychiatrie de la Personne Âgée (UMPPA) à disposition en octobre 2021 à 0.2 ETP. **Ainsi, en décembre 2021, l'équipe comptait 4 ETP. A la fin de l'expérimentation, l'équipe compte 5 personnes dont 4 ETP.**

Le tableau ci-dessous présente en détail la composition de l'équipe et les dates de prises de poste.

| PROFESSIONNEL | PRÉVISIONNEL | RÉALISÉ AU 31 DÉCEMBRE 2021 | RÉALISÉ AU 31 DÉCEMBRE 2022 |
|-------------------------|--------------------------------------|---|--|
| EDUCATEUR SPÉCIALISÉ | 1 ETP / Recrutement CMSMH | Prise de poste en mars 2020 | Prise de poste en mars 2020 |
| IDE | 1 ETP / Recrutement CMSMH | Prise de poste en sept 2020 | Fin de prise de poste Juillet 2021 |
| IDE | 1 ETP / Recrutement CMSMH | Non effectif | Présence dans les effectifs CMSMH en sept 2021 |
| ASSISTANTE SOCIALE | 1 ETP / MAD CHET | Présence dans les effectifs CMSMH en sept 2020 sur un 0.8 ETP (en attente de MAD) | Présence dans les effectifs CMSMH en sept 2020 sur un 0.8 ETP (en attente de MAD) |
| PSYCHOLOGUE | Pas prévu | Prise de poste en février 2021 (en remplacement du deuxième poste IDE) | Présence dans les effectifs CMSMH en fév 2021 |
| PSYCHIATRE | 0.2 ETP / MAD CH Valvert | Participation effective de janvier 2019 à mars 2020 Participation effective depuis le 1 ^{er} octobre 2021 | 0.2 ETP / convention de partenariat CH Valvert |
| INSPECTEUR DE SALUBRITÉ | 1 ETP / MAD Ville de Marseille | Non effectif | Non effectif |
| COORDINATRICE | | | Présence dans les effectifs EDI en avril 2022 sur un 0.2 ETP (MAD CHET) |



2.

2. Méthodologie de l'évaluation.

Méthodologie de l'évaluation.

2.1. Axes et critères d'évaluation

L'évaluation du dispositif EDI s'articule autour de trois axes principaux :

- **AXE 1 :
EVALUATION
DES MODALITÉS DE
MISE EN OEUVRE
DE L'ACTION.**

- **AXE 2 :
VALORISATION
DES PRATIQUES.**

- **AXE 3 :
EVALUATION
DE L'IMPACT
DE LA PRISE EN
CHARGE SUR LA
SANTÉ MENTALE
DES PERSONNES
ACCOMPAGNÉES.**

L'évaluation de l'axe 1 dont les résultats sont présentés dans ce rapport, a été conduite en interne par la CMSMH. L'évaluation des axes 2 et 3 a été conduite par un évaluateur externe et fait l'objet d'un second rapport.

Le tableau ci-dessous présente pour chaque axe, les différents critères d'évaluation retenus, les indicateurs correspondant ainsi que leur source de vérification et leurs modes de collecte.

| AXE 1 : EVALUATION DES MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE DE L'ACTION | | |
|---|---|---|
| Critères d'évaluation | Indicateurs | Source de vérification |
| Quantification et qualification de l'activité réalisée : <ul style="list-style-type: none"> • Synthèse de l'activité 2019-2022 • Modalités d'actions • Phase d'évaluation • Phase de suivi • Sortie du dispositif | Indicateurs d'activités : nb d'actions de suivi, temps passé / action de suivi / thématiques abordées | Logiciel métier Tagalis Rapports d'activités |
| Adéquation des moyens mobilisés et des besoins : <ul style="list-style-type: none"> • Ressources humaines mobilisées • Moyens matériels | Nb de salariés / professions Nb de véhicules | Rapports d'activités Rapports financiers |
| Place du projet dans son environnement institutionnel et territorial : <ul style="list-style-type: none"> • Inscription dans le projet d'établissement de la CMSMH • Inscription dans le projet de coopération • Inscription sur le territoire marseillais | Nb de comité de suivi Nb de comité de pilotage Nb de rencontres partenariales | Rapports d'activités CR de réunions d'équipe CR des instances de pilotage CMSMH |
| Effectivité et cohérence du parcours de prise en charge compte tenu de l'environnement institutionnel et territorial | Comparaison parcours projet initial / fonctionnement réel | Projet initial Rapports d'activités |

| Critères d'évaluation | Indicateurs | Source de vérification |
|---|---|---|
| <p>Pratiques favorisant le décloisonnement des champs sanitaire, social et médico-social au sein de l'équipe</p> | <p>Analyse du fonctionnement de l'équipe Actions de suivi / thématiques abordées / catégories professionnelles</p> | <p>Logiciel métier Tagalis CR de VAD / observation des VAD CR des Focus groupes CR des entretiens avec les membres de l'équipe</p> |
| <p>Pratiques favorisant la participation et la prise en compte du point de vue de la personne :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Respect des droits • Personnalisation de l'accompagnement • Implication des personnes accompagnées dans leur PEC | <p>Temporalité de l'implication des PA Nb de règlement de fonctionnement signés (RGPD) Recueil des attentes et besoins des PA Taux de présence des PA sur VAD et accompagnement / phase de pec Observation des VAD (place donnée à la parole de la PA) Ressenti des PA Ressenti de l'équipe</p> | <p>Signature des règlements de fonctionnement Logiciel métier Tagalis CR de VAD / observation des VAD CR des Focus groupes CR des entretiens avec les membres de l'équipe CR des entretiens avec les personnes accompagnées</p> |
| <p>Pratiques orientées vers un objectif d'inclusion de la personne dans son environnement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ouverture de l'équipe sur son environnement partenarial : identification des ressources disponibles sur le territoire : dans les champs de l'accès aux droits, la santé, le logement / hébergement, l'insertion professionnelle, la vie sociale, etc. • Mobilisation des ressources partenariales pour maintenir ou faciliter l'inclusion sociale des personnes accompagnées | <p>Nb / type de partenaires identifiés Nb / type de rencontres, réunions de synthèse, appel tél... Analyse des parcours de prise en charge</p> | <p>Logiciel métier Tagalis Journal des actes / bénéficiaires Rapports d'activités CR de VAD / observation des VAD</p> |

| AXE 3 : EVALUATION DE L'IMPACT DE LA PRISE EN CHARGE SUR LA SANTÉ MENTALE DES PERSONNES ACCOMPAGNÉES | | |
|---|---|--|
| Critères d'évaluation | Indicateurs | Source de vérification |
| Impact du dispositif sur le maintien dans le logement : <ul style="list-style-type: none"> • Aisance dans le logement : ergonomie, aménagement, matériel médicalisé, etc. • Risques d'expulsion / dettes, etc. • Qualité des relations avec le voisinage | Observation de l'évolution de l'habitat avant / après intervention de l'équipe | Logiciel métier Tagalis Journal des actes / bénéficiaires Rapports d'activités CR de VAD / observation des VAD CR des Focus groupes CR des entretiens avec les membres de l'équipe CR des entretiens avec les personnes accompagnées |
| Impact du dispositif sur le parcours de soin : <ul style="list-style-type: none"> • Somatique • Psychiatrique • Addictologique • Neurologique | Observation de l'évolution de la prise en charge sanitaire avant / après intervention de l'équipe | Logiciel métier Tagalis Journal des actes / bénéficiaires Rapports d'activités CR de VAD / observation des VAD CR des Focus groupes CR des entretiens avec les membres de l'équipe CR des entretiens avec les personnes accompagnées |
| Impact du dispositif sur l'inclusion sociale : <ul style="list-style-type: none"> • Droits • Emploi / activités • Vie sociale : famille, amis | Observation de l'évolution de la situation sociale avant / après intervention de l'équipe | Logiciel métier Tagalis Journal des actes / bénéficiaires Rapports d'activités CR de VAD / observation des VAD CR des Focus groupes CR des entretiens avec les membres de l'équipe CR des entretiens avec les personnes accompagnées |

2.2. Limites de la méthodologie

L'analyse qualitative se base sur le recueil des actes effectués par les membres de l'équipe dans le logiciel métier. Ce recueil implique une catégorisation du travail qui donne parfois une vision « limitée » et restreinte du travail fourni par l'équipe et de l'accompagnement proposé.

Si dans certain cas il est facile d'objectiver le travail effectué, par exemple « Débarrassage » ou « Dossier MDPH », dans certaines situations cela peut être plus complexe. C'est le cas notamment des actions « Santé mentale » qui sont souvent très transversales. Un débarrassage, le remplissage d'un dossier administratif ou un accompagnement pour faire des courses donnent souvent lieu à des échanges sur la vie des personnes, leur parcours et servent donc de support à du soutien psychologique,

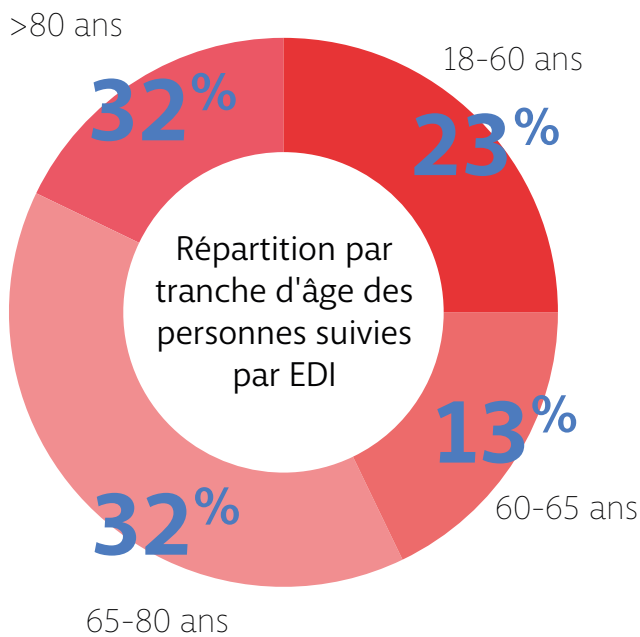
à un travail sur des orientations vers du soin psychique, etc.

Concernant l'analyse qualitative, elle se base, entre autres, sur les VAD d'observation des pratiques et les entretiens avec les membres de l'équipe et avec les personnes accompagnées conduits par l'évaluateur externe. Mais il existe plusieurs biais de sélection. L'évaluateur externe n'est pas en capacité d'accompagner l'équipe sur toutes les VAD ni de s'entretenir avec toutes les personnes accompagnées pour des raisons évidentes de contraintes de temps mais aussi parce que, sur certaines situations, l'introduction d'un professionnel extérieur au suivi pourrait fragiliser le lien et l'accompagnement. Cela peut aussi s'avérer très intrusif et certaines personnes peuvent refuser de participer à ce travail.



3. Profil des personnes accompagnées.

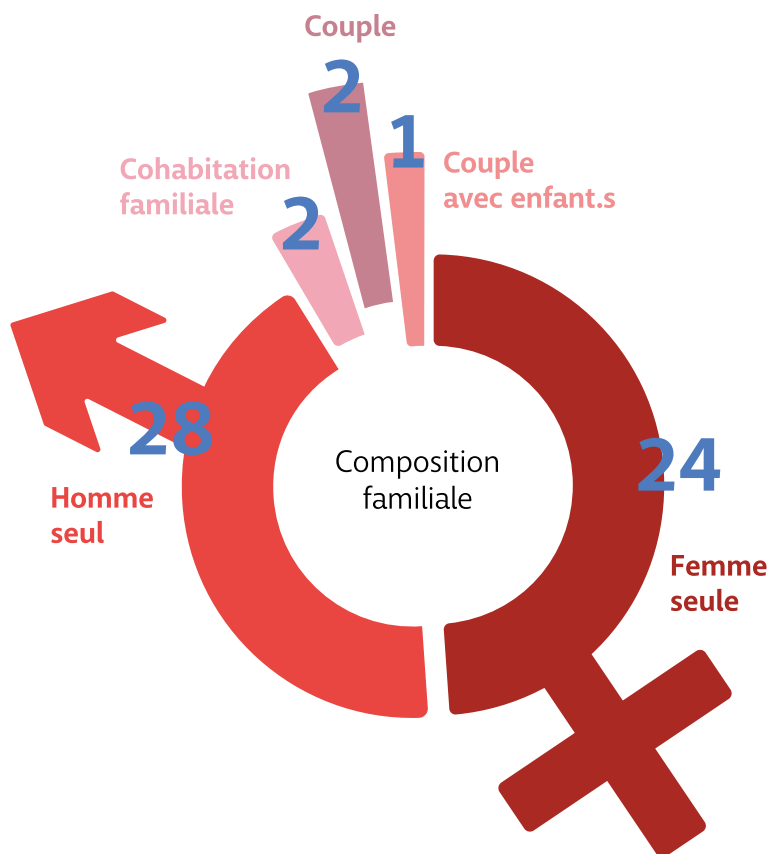
3. Profil des personnes accompagnées.



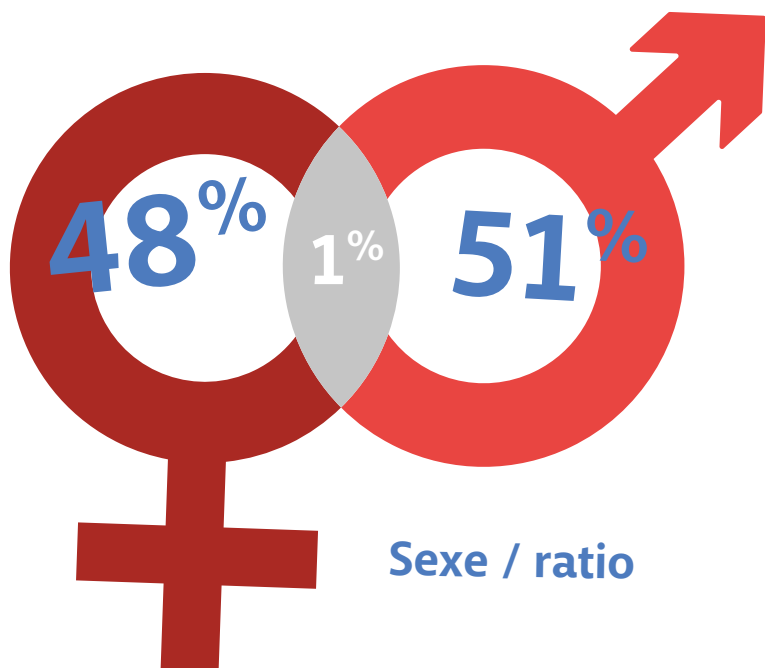
Parmi les **67 personnes** incluses dans la file active durant de l'expérimentation, 49,5% étaient des hommes et 47,52% des femmes. La composition familiale : 92 % des personnes vivent seules, 8% vivent en couple ou en cohabitation familiale. A notre connaissance, 18 personnes ont ou ont eu des enfants mais ne les ont pas à charge.

Les personnes accompagnées ont entre 28 et 94 ans avec une moyenne à 62 ans.

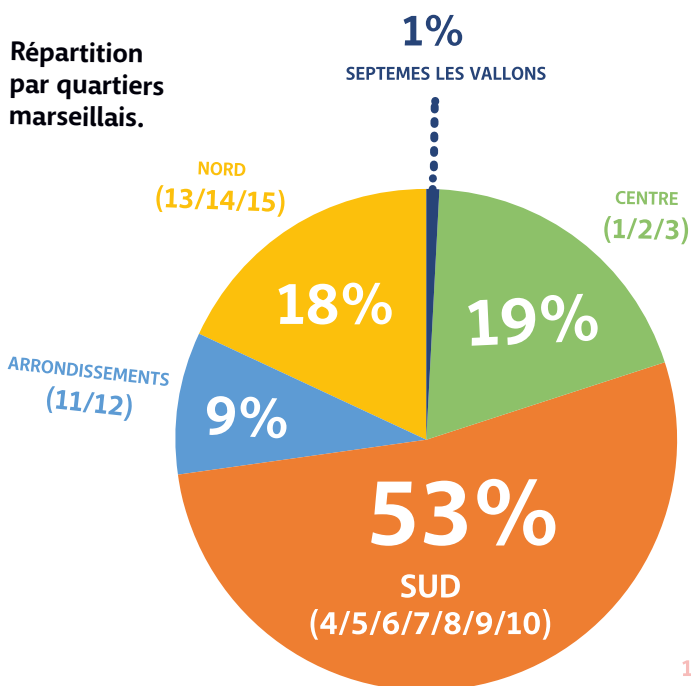




Les personnes accompagnées sont 92% à être seules. La lutte contre l'isolement et le repli sont des objectifs prioritaires pour l'équipe Diogène. une moyenne à 67 ans.



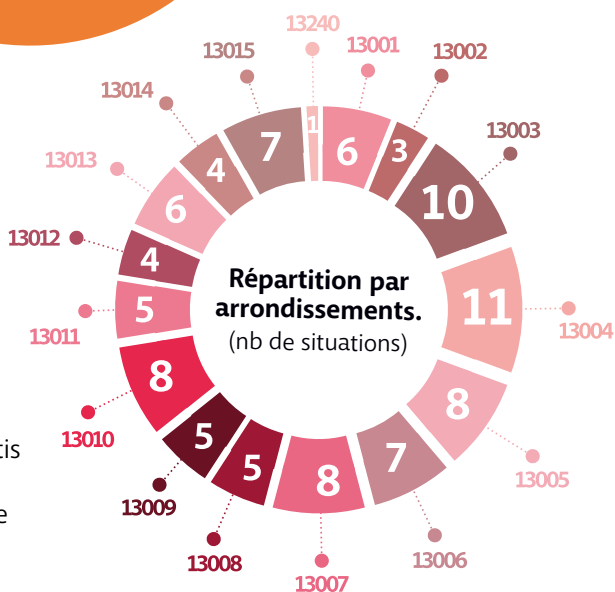
La population « *Diogène* » sur Marseille représente autant d'hommes que de femmes. Au niveau des études nationales, le sex-ratio laisse apparaître une prédominance féminine. Toutes les catégories sociales sont concernées : ce n'est pas un problème financier qui influence la genèse ou l'évolution du syndrome de *Diogène*. La quasi-totalité des études a été réalisée en milieu urbain. Cependant, les observations de l'équipe EDI sur notre territoire laisse apparaître une parité homme femme et une forte représentation des catégories socio professionnelles du médical et de l'enseignement.

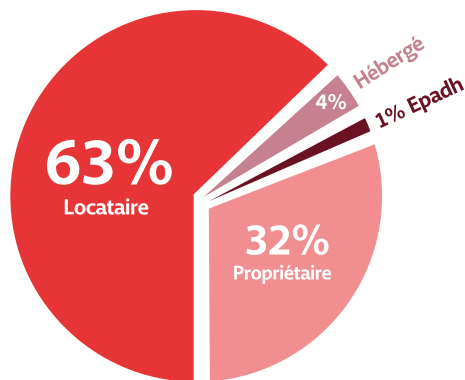


3.1. Mode d'habitat à l'entrée dans le dispositif.

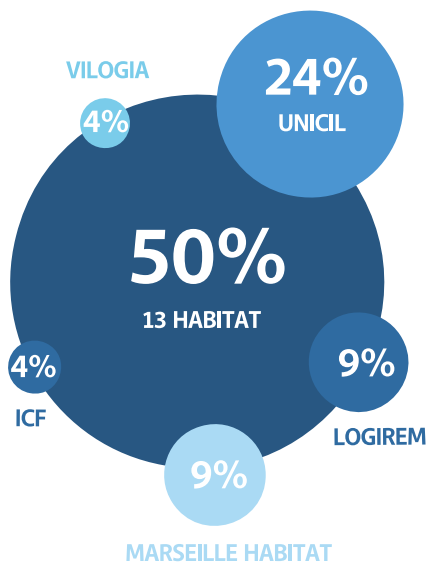
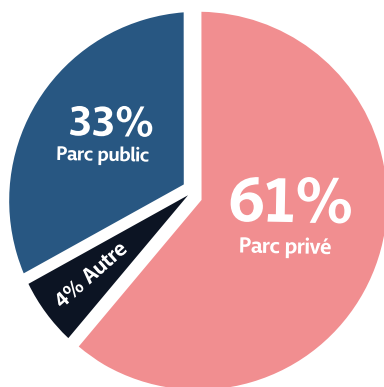
Les lieux de résidence des personnes accompagnées sont répartis de manière assez uniforme sur le territoire marseillais. Ainsi, l'équipe intervient sur 12 arrondissements.

Il est à noter que nous n'avons répertorié aucune situation Diogène dans le 13016.





Statut d'habitation.

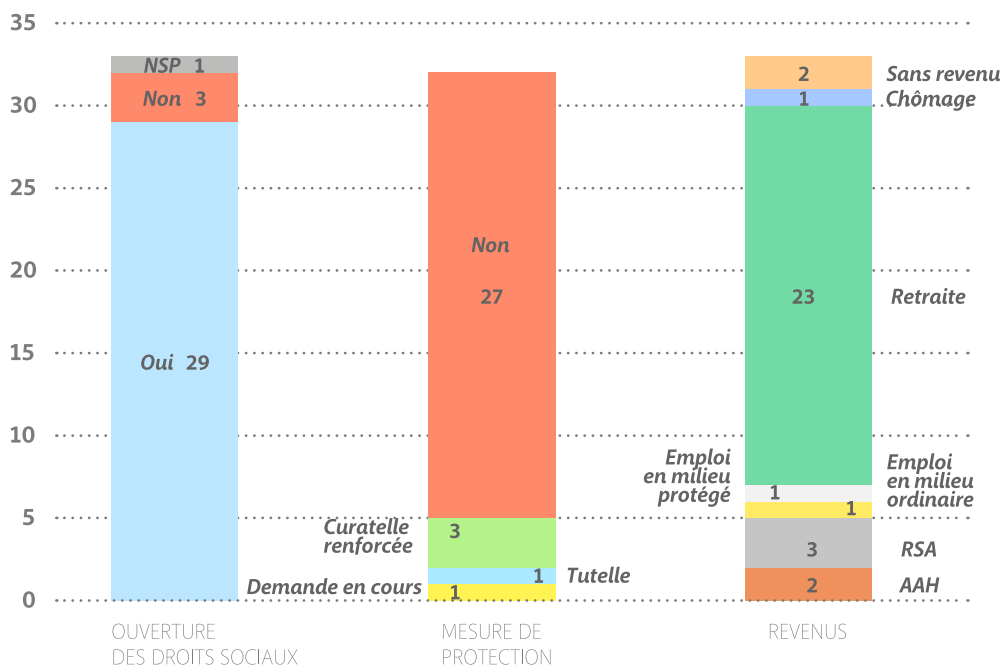


Statut d'habitation / Parc public.

A leur entrée dans le dispositif, toutes les personnes accompagnées bénéficiaient d'un habitat stable : plus de la moitié étaient locataires (60%), tandis que 40% étaient propriétaires ce qui représente une part importante de la file active. La quasi-totalité des personnes vivaient en appartement (97%), une personne (3%) vivait en maison.

Parmi les personnes locataires, 12 résidaient dans le parc public (36%) dont 7 dans une résidence 13 Habitat, 2 dans une résidence Unicil, 2 dans une résidence Logirem et 1 dans une résidence Vilogia.

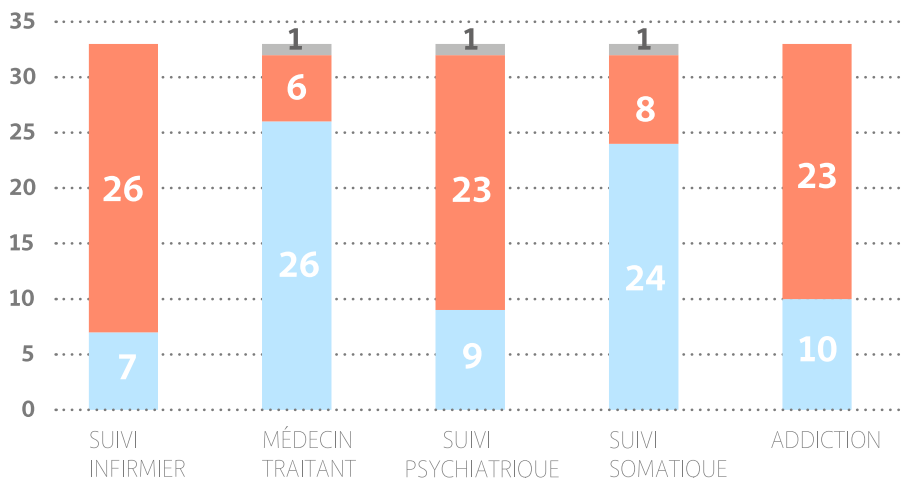
Situation sociale à l'entrée dans le dispositif



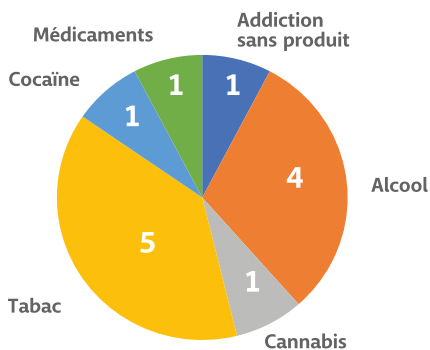
3.2. Situation sociale à l'entrée dans le dispositif

A leur entrée dans le dispositif, on observe que la quasi-totalité des personnes avaient des droits sociaux ouverts mais ils étaient la plupart du temps incomplets ou à actualiser (droits à la retraite incomplets, RSA suspendus, CNI expirées, etc.). Seule 5 personnes étaient sous mesure de protection (ou en cours).

Situation sanitaire à l'entrée dans le dispositif.



Type d'addiction
(10 personnes suivies)



3.3. Situation sanitaire à l'entrée dans le dispositif

Concernant le suivi somatique des personnes à leur entrée dans le dispositif, plus des trois quart (78%) avaient un médecin traitant déclaré mais toutefois sans réel suivi. Dans certains cas, le médecin n'a pas été vu depuis plusieurs mois voire année alors que le public est vieillissant et souvent polypathologique.

Seule neuf personnes (27%) bénéficiant d'un suivi psychiatrique.

Enfin, 10 personnes présentaient une problématique d'addiction principalement au tabac et à l'alcool.





4. Axe 1 – Evaluation
des modalités de mise
en oeuvre de l'action.

4. Évaluation des modalités de mise en oeuvre de l'action.

4.1. Quantification et qualification de l'activité 2019- 2022

→ 4.1.1.SYNTHESE DE L'ACTIVITE 2019- 2022

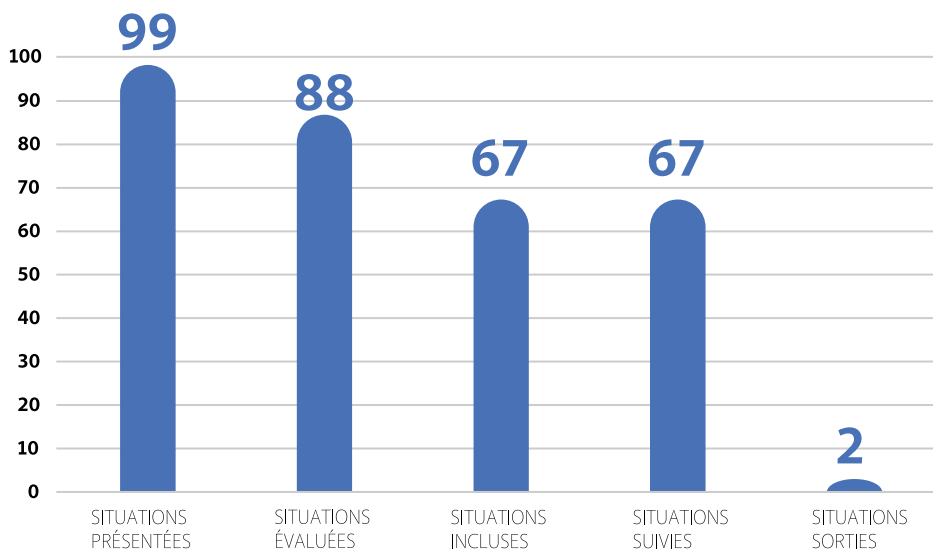
Sur les trois années d'expérimentation, 99 situations ont été présentées au dispositif Diogène Incurie. Parmi elle, 88 ont fait l'objet d'une évaluation (finalisée) et 21 ont été non incluses car sans retour des partenaires orientateurs et d'informations suffisantes pour pouvoir organiser une rencontre.

21 personnes n'ont pas été incluses dans le dispositif : 1 personne a déménagé, 20 personnes ont été réorientées vers d'autres dispositifs car leur situation n'entraîne pas dans les critères d'accompagnement EDI, et une personne a été sortie de la liste faute de retour des partenaires orientateurs et d'informations suffisantes pour pouvoir être rencontrée.

Fin 2022, 88 évaluations avaient été finalisées donnant lieu à 67 **inclusions dans le dispositif.**

| | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | TOTAL |
|---|------|------|------|------|-----------|
| Nb de situations présentées | 14 | 31 | 33 | 21 | 99 |
| Nb de situations évaluées dont : | 6 | 33 | 47 | 2 | 88 |
| • évaluations en cours au 31 décembre | 1 | 14 | 22 | | |
| • évaluations finalisées | 5 | 19 | 23 | | |
| Nb de situations incluses | 5 | 14 | 14 | 34 | 67 |
| Nb de situations suivies | 5 | 19 | 33 | 8 | 65 |
| Nb de situations non incluses suite à l'évaluation | | 5 | 9 | 7 | 21 |

Synthèse de l'activité sur 3 ans d'expérimentation



4.1.2. Analyse quantitative de l'activité 2022

Afin de refléter le plus fidèlement possible l'accompagnement proposé par EDI, l'analyse proposée ci-dessous se base sur les données d'activité 2021/2022.

En effet, les données de 2019/2020 ne reflètent que partiellement l'activité de l'équipe car il s'agissait d'une année de montée en charge du dispositif, tant sur le plan des RH (équipes incomplètes) que sur le plan des inclusions. De plus, le recueil de données est incomplet du fait de la mise en place du logiciel métier en fin d'année 2020. L'activité 2020 n'a donc pas pu être saisie dans son intégralité bien qu'un travail de récupération des informations ait été effectué 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.

L'activité de l'équipe EDI s'organise autour de trois axes :

- **Les démarches réalisées avec les personnes (57%** des actions) : il s'agit principalement (53%) de rencontres physiques (VAD, accompagnements, entretiens hors domicile) et de contacts téléphoniques (4%). Environ une fois sur dix (9%), les rencontres physiques n'ont pas lieu car les personnes sont absentes.
- **Les démarches effectuées sans les personnes (40%)** : démarches administratives, suivi de dossier, travail partenarial (prises de contact et/ou coordination), coordination des soins, contacts avec l'entourage des personnes.
- **Les temps de réunions de fonctionnement de l'équipe (3%)** : réunion CMSMH, réunion « File active », analyse de pratiques professionnelles, etc.

→ 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.

En 2022, aucune nouvelle évaluation n'a été initiée. Au 31 décembre 2022, nous avons atteint largement atteint notre objectif de 60 inclusions. Les demandes des orienteurs font l'objet d'une réorientation ou sont mise sur liste d'attente. Nous proposons également des sessions de sensibilisation des partenaires afin qu'il puisse montée en compétence pour prendre en charge les situations de Diogène et/ Incurie.

Sur l'ensemble de l'expérimentation, La durée moyenne des évaluations



est de **58 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 **2 jours et 9 mois**.

En 2022, le temps est à assoir la pratique d'EDI, 67 personnes sont suivies et incluses et 37 font l'objet d'un suivi intensif.

→ LA PHASE DE SUIVI

L'analyse des actes saisis en 2022 permet de mettre en évidence les trois thématiques de travail principales de l'équipe :

« **Social** » (30%), « **Habitat** » (36%), « **Santé mentale** » (21%), « **santé somatique** » (13%).

La partie travail « *Social* » consiste principalement en des actions d'accompagnement social (**85% des actes « Social »**) : ouverture et maintien des droits (état civil, CAF, APA, MDPH...), aide à la gestion budgétaire, demandes et/ou suivi de mise sous protection. L'équipe accompagne également les personnes

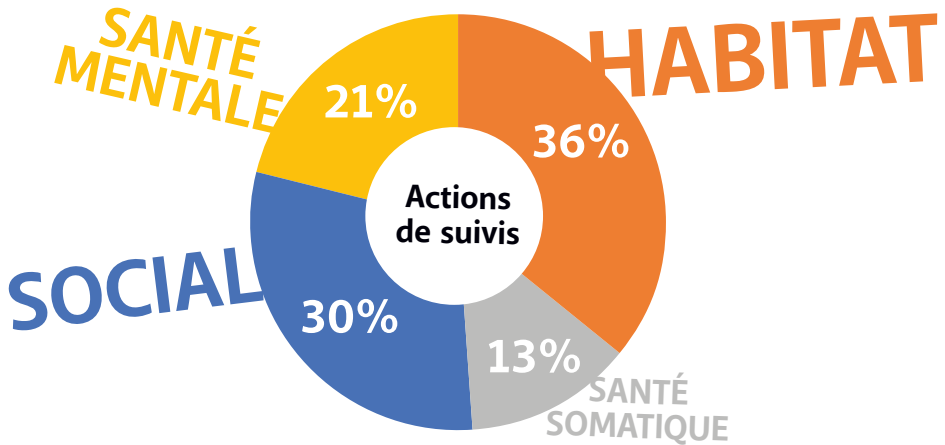
dans leurs démarches « *Logement* » (**10% des actes « Social »**) et dans ce cadre, peut être amenée à contacter les bailleurs (sociaux ou privés), à suivre l'avancement des procédures d'expulsion et à travailler sur un accès à un logement plus adapté à la situation de la personne (EHPAD, résidence autonomie, etc.).

Plus rarement, l'équipe a été amené à accompagner les personnes dans leurs démarches juridiques ou vers des activités de recherche d'emploi ou de formation.

En matière d'habitat, le travail de l'équipe s'est principalement concentré sur des activités de tri, de débarrassage et de nettoyage (**56% des actes « Habitat »**). L'équipe a également été amenée à effectuer des petits travaux de réhabilitation (**11% des actes « Habitat »**).

Pour quatre situations, l'intervention d'une entreprise spécialisée dans les débarrassages / nettoyages rapides a été possible :

- Dans l'appartement d'une personne accompagnée depuis plusieurs mois chez qui l'équipe a su détecter un début d'infestation par des punaises de lit : cela a servi de levier pour un débarrassage rapide. La personne s'est sentie prête et s'est dite soulagée à la fin de l'intervention. Elle est toujours accompagnée par EDI depuis.
- Dans l'appartement d'une famille au tout début de l'intervention



de l'équipe : le CCAS avait sollicité notre expertise et avait déjà travaillé la question du débarrasage et nettoyage par une entreprise en amont. L'équipe a pu participer à l'opération et créer du lien avec la personne concernée. L'intervention a été le point de départ de l'accompagnement.

Concernant la thématique « Santé », l'activité se répartie en trois axes : **la santé mentale (49%)**, **la santé somatique (34%)** et **les orientations médicales (15%)**.

Toutefois, la part des actes « Santé mentale » ne reflète que partiellement l'activité de l'équipe puisque les questions de santé mentale sont omni-présentes dans les prises en charge proposées. Il est donc très compliqué de les quantifier avec précision. Il est fréquent qu'au détour d'un accompagnement ou d'un débarrasage, les personnes

en viennent à évoquer des épisodes de leur vie. Ainsi, tous les membres de l'équipe sont amenés à pratiquer du soutien psychologique (réassurance, écoute active). **Cela représente 62% des actes « Santé mentale ».** **26% des actes « Santé mentale »** concernent des liens avec les services de soins psychiques (orientation et lien avec la psychiatrie de secteur ou l'hôpital). Enfin, **12% des actes « Santé mentale »** concernent des entretiens avec le psychiatre ou la psychologue de l'équipe EDI.

Le travail sur les questions de santé somatique consiste principalement en de la coordination des soins (59%). L'équipe peut également être amenée à dispenser des soins simples (soins infirmiers tels que pansements, constantes, etc.) ou à organiser l'installation de matériel médical dans le logement. Un tiers des actes « Orientations médicales » sont effectuées vers les médecins de la MDPH.

→ LA SORTIE DU DISPOSITIF

Au 31 décembre 2022, 2 personnes accompagnées étaient sorties du dispositif pour motif de décès.

Certains suivis ont toutefois été placés en veille suite à un changement de situation des personnes (entrée en EHPAD) qui de fait, ne nécessitent plus une présence régulière de l'équipe à leur domicile.

4.2. Adéquation des moyens mobilisés et des besoins

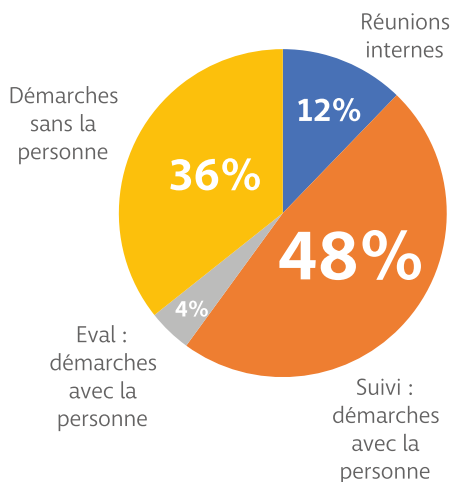
→ 4.2.1. RESSOURCES HUMAINES

Au 31 décembre 2022, l'équipe était composée de 5 professionnels pour 4 ETP. En tenant compte des dates réelles d'entrée et de sortie des salariés, l'équipe a fourni 5726h de travail effectif en 2021 soit 3.7ETP (temps de présence réel des salariés sur l'année).

| PROFESSIONNEL | PRÉVISIONNEL | RÉALISÉ |
|-------------------------|--------------------------------|---|
| EDUCATEUR SPÉCIALISÉ | 1 ETP / Recrutement CMSMH | Prise de poste en mars 2020 |
| IDE | 1 ETP / Recrutement CMSMH | Prise de poste en sept 2020 |
| IDE | 1 ETP / Recrutement CMSMH | Non effectif |
| ASSISTANTE SOCIALE | 1 ETP / MAD CHET | Présence dans les effectifs CMSMH en sept 2020 sur un 0.8 ETP |
| PSYCHOLOGUE | Pas prévu | Prise de poste en février 2021 (en remplacement du deuxième poste IDE) |
| PSYCHIATRE | 0.2 ETP / MAD CH Valvert | MAD effective de janvier 2019 à mars 2020 MAD effective depuis le 1 ^{er} octobre 2021 |
| INSPECTEUR DE SALUBRITÉ | 1 ETP / MAD Ville de Marseille | Non effectif |

Modalités d'action

(en % du temps de travail effectif)



Plus de la moitié du temps de travail effectif de l'équipe est consacré aux démarches réalisées avec les personnes soit près de **3000h de travail (52%)**.

Le reste de l'activité se répartit entre les démarches réalisées sans les personnes (**36%, 2000h**) et les temps de réunions internes (**12%, 700h**).

→ 4.2.2. MOYENS MATÉRIELS

Tous les membres de l'équipe disposent d'un téléphone portable et un poste informatique.

En septembre 2020, un premier véhicule a été affecté au service afin de faciliter les déplacements de l'équipe sur l'ensemble du territoire

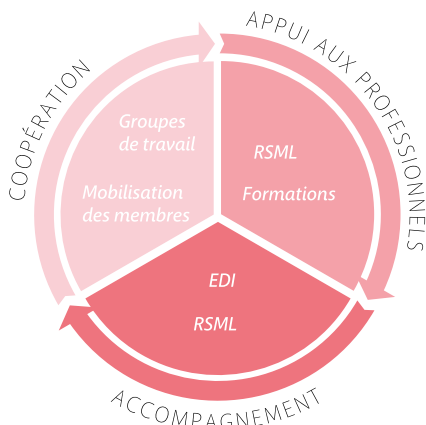
marseillais. Avec l'arrivée de la psychologue début 2021, un deuxième véhicule s'est avéré nécessaire pour éviter des pertes de temps importantes dans les transports en commun. Il est important de noter que sur l'ensemble des activités en milieu ordinaire (accompagnements, entretiens hors domicile et VAD pendant les phases d'évaluation et de suivi), **37% du temps de travail effectif est passé dans les déplacements.**

Le site Internet de la CMSMH est en cours de développement. Ce site « vitrine » permettra, entre autre, de présenter l'activité de l'équipe et le processus d'orientation.

4.3. Place du projet dans son environnement institutionnel et territorial

→ 4.3.1. INSCRIPTION DANS LE PROJET D'ÉTABLISSEMENT DE LA CMSMH

Les années 2020 et 2021 ont été des années de structuration pour la CMSMH. L'activité s'est progressivement organisée autour de trois



pôles : le pôle «*Coopération*», le pôle «*Appui aux professionnels*» et le pôle «*Accompagnement*». **L'année 2022 a permis de consolider l'activité d'EDI dans le paysage institutionnel marseillais et de préparer progressivement la poursuite du projet au-delà du cadre expérimental.**

L'activité de l'équipe EDI s'inscrit de manière transversale sur ces trois pôles :

- Coopération : EDI fait intervenir plusieurs membres du GCSMS, notamment par la mise à disposition de personnel et la coopération entre différents services (Hôpitaux / Ville / Bailleurs).
- Appui aux professionnels : participation régulière des professionnels EDI aux plénières RSML, organisation de dix sessions de formation «*Travailler sur l'habitat avec un public présentant un syndrome de Diogène*», en partenariat avec les Compagnons Bâisseurs Provence qui ont permis de former 89 professionnels issus de 34 structures partenaires des RSML.

- **Accompagnement :**
88 situations évaluées et 67 inclusions, 65 dans la file active dans le dispositif au 31 décembre 2022.

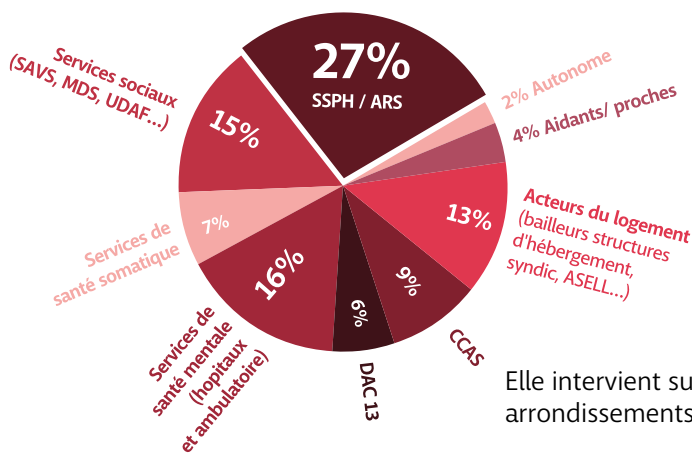
D'un point de vue institutionnel, des temps de travail communs ont été mis en place afin de favoriser la transversalité des dispositifs : réunions d'équipes CMSMH (trimestrielles), séances d'analyse de pratiques professionnelles communes (mensuelles). En effet, bien que les situations abordées par «*RSML*» et «*EDI*» diffèrent, les pratiques sont identiques : «*aller vers*», travail sur la non demande, création de lien, travail partenarial...

Cela a permis de créer une dynamique interne à la CMSMH. Les professionnels EDI ont pu solliciter les coordinatrices RSML sur certaines situations et inversement.

→ 4.3.2. INSCRIPTION DANS LE PROJET DE COOPÉRATION

Comme évoqué précédemment, le dispositif EDI a pu être initié grâce à la mobilisation de plusieurs membres du GCSMS : la Ville de Marseille, le CH Valvert et le CH Edouard Toulouse.

Leurs participations actives aux différentes rencontres, réunions de travail et comité de suivi ont permis d'identifier les premières personnes à accompagner. Conformément à ce qui avait été prévu,



Partenaires orientateurs.

Elle intervient sur tous les arrondissements de la ville (13/16).

Les demandes de prise en charge ayant abouties à une inclusion dans le dispositif émanent de partenaires très divers.

Ainsi, les personnes suivies par EDI sont orientées à :

27 % par le service de la ville et l'ARS

10% par les CCAS (Ville de Marseille)

16% par des acteurs de la santé mentale (secteur du CH Valvert, UM-PPA – CH Valvert et EMLPP – CHET)

7% par des services de santé somatique

13% par des acteurs du logement (privé, social, ASELL, structures d'hébergement)

15 % par les services sociaux du CD (MDS, SAVS)

6% DAC

4% par les aidants / proches

2% autonome soit par les personnes concernées.

les partenaires hospitaliers ont pu mettre à disposition du personnel (cf. 4.2 a. Ressources humaines).

Malgré l'inscription du projet au Contrat Local de Santé, l'implication de la Ville de Marseille dans la mise en oeuvre du dispositif via la mise à disposition d'un ETP d'inspecteur de salubrité a été fortement perturbée par les événements de la rue d'Aubagne et par le changement de municipalité. Ces événements ont entraîné une réorganisation des services municipaux et plusieurs mois ont été nécessaires pour recréer des liens avec nos nouveaux interlocuteurs. La reprise du travail de coopération est en très bonne voie pour 2022.

→ 4.3.3. INSCRIPTION SUR LE TERRITOIRE MARSEILLAIS

L'équipe EDI a été rapidement identifiée par les partenaires du territoire.

4.4. Effectivité et cohérence du parcours de prise en charge

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. L'inspecteur de salubrité dédié au projet 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 collégalement l'inclusion des personnes dans le dispositif.

Lors de la phase de préfiguration (mars 2019 à mars 2020), ce process a permis l'inclusion de 5 personnes dans le dispositif.

Au deuxième trimestre 2020, suite aux réorganisations des services de la ville et à l'interruption du partenariat avec le service des inspecteurs, la procédure initiale a dû être révisée et l'inclusion dans le dispositif a été repensée en lien avec la procédure de présentation des situations RSML pour aboutir à un processus unique pour l'ensemble des dispositifs portés par la CMSMH.

Une fiche de présentation de situation commune EDI / RSML a donc été mise en place afin de faciliter la centralisation et le traitement des différentes demandes émanant des

partenaires de la CMSMH (ESMS, sanitaires, bailleurs sociaux, etc.) mais aussi de bailleurs privés, syndicats de copropriété et parfois de particuliers (famille, voisins, etc.).

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 impératifs) afin de pouvoir évaluer les facteurs de rechute sur le long terme. **64** fiches de présentation de situation ont ainsi été orientées vers EDI et **28** personnes ont été incluses dans le dispositif.

99 fiches de présentation de situation ont ainsi été orientées vers EDI et 67 personnes ont été incluses dans le dispositif.

4.5. Perspectives

L'analyse des données d'activité des deux premières années de mise en oeuvre du dispositif EDI a permis d'identifier des pistes de travail qu'il conviendra de préciser lors de l'évaluation finale, fin 2022.

Des besoins importants sur le territoire marseillais :

Au 31 décembre 2022, 13 situations étaient en attente d'évaluation.



La constitution de l'équipe (4 ETP) ne permet pas de répondre à toutes les demandes d'orientation qui nous sont formulées. Le dispositif est embolisé et une file d'attente a du être mise en place.

Dans une perspective de pérennisation, il conviendra de réfléchir à un renfort en ressources humaines et/ou à un système de priorisation des inclusions. Une révision du processus d'orientation et/ou d'inclusion des personnes en lien avec l'évolution du partenariat avec les services des inspecteurs de salubrité de la Ville de Marseille pourrait également permettre une meilleure gestion des demandes.

Des temps de trajets importants :

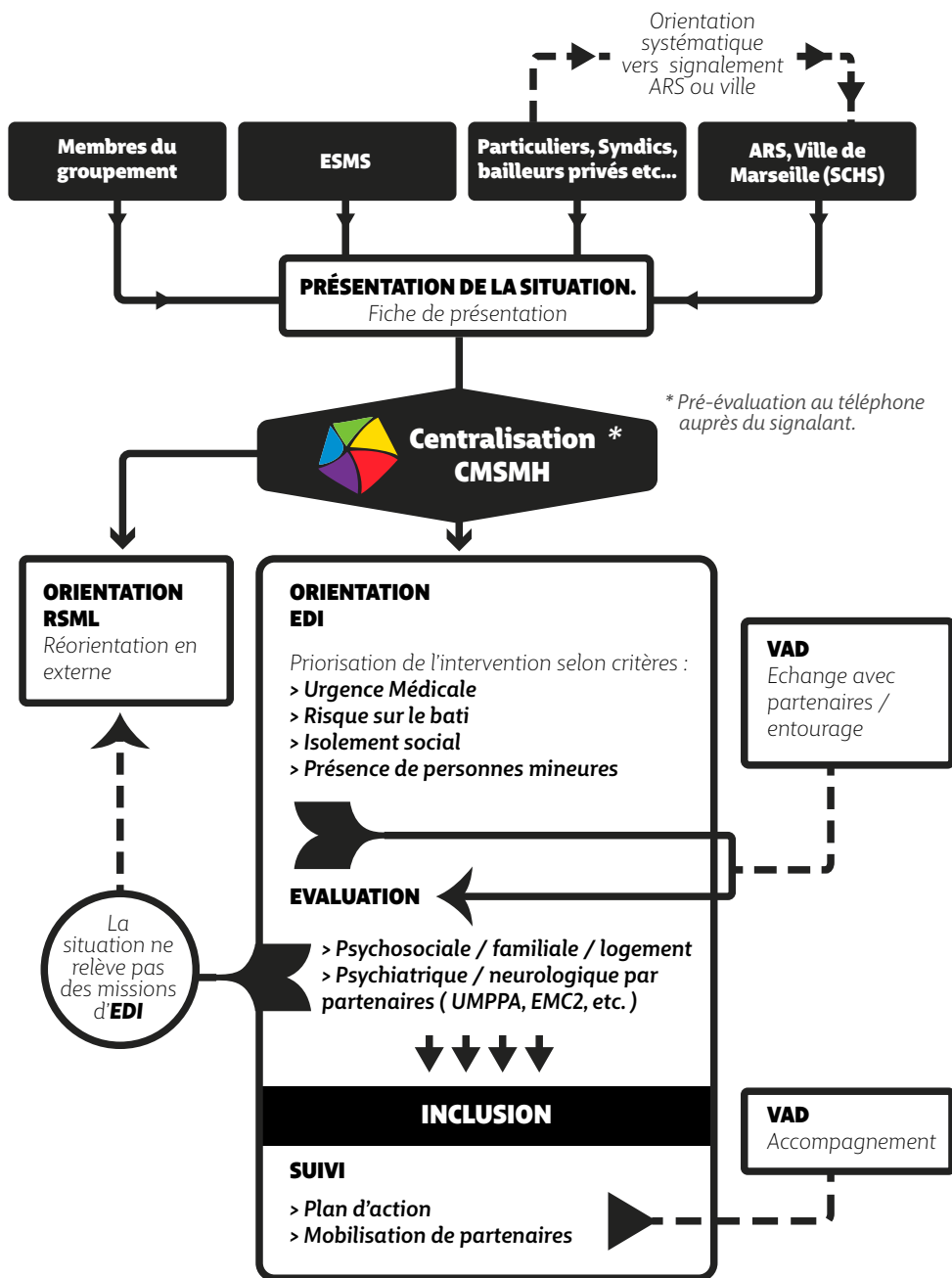
L'équipe intervient sur un territoire très étendu et les temps de trajet sont conséquents (37% du temps passé en accompagnement en milieu ordinaire). En lien avec les RSMH, une territorialisation du dispositif pourrait être envisagée, permettant à la fois de gagner en temps de transport mais aussi en temps de travail partenarial (il est plus simple d'être en lien avec les acteurs sur 2 arrondissements que sur 16).

La pertinence de la prise en charge pluridisciplinaire :

Si l'entrée dans le dispositif se fait avant tout en lien avec des problématiques d'habitat, les besoins en matière d'accès aux droits, accès aux soins somatiques et accès aux soins en santé mentale émergent très rapidement dans les prises en charge. Aussi, la pluridisciplinarité de l'équipe s'avère indispensable car elle permet une prise en charge globale et une proposition de services et de soins en interne jusqu'à ce que les personnes soient en capacité de reprendre attache avec le droit commun. En cas de renforcement des ressources humaines du dispositif, un élargissement du champ de compétence pourrait être envisagé avec le recrutement d'autres profils métier (CESF, ergothérapeute, etc.), en lien avec les besoins des personnes accompagnées.

Des liens avec les RSMH à renforcer :

Au cours des deux dernières années, les temps de travail communs EDI/RSMH ont permis de mettre en évidence des approches et des pratiques communes : l'aller vers, la non demande, le non jugement, le renforcement du pouvoir d'agir, la mise en lien des acteurs de la prise en charge, etc. Bien que le public EDI soit très spécifique, les modalités d'accompagnement sont très similaires et, à moyen terme, il pourrait être pertinent et efficace de penser un rapprochement des deux dispositifs.





5. *Présentation des axes
de l'évaluation externe.*

5. Présentation des axes de l'évaluation externe.

L'évaluation externe a été structurée en 2 axes d'évaluation :

AXE 2 : « Valorisation des pratiques » : cet axe cherche à valoriser et modéliser les pratiques d'accompagnement mises en oeuvre par l'équipe.

AXE 3 : « Impact de l'accompagnement sur la santé mentale des personnes accompagnées » : cet axe cherche à évaluer l'impact de l'accompagnement sur la santé mentale des personnes accompagnées par l'équipe.

AXE 2 :

VALORISATION DES PRATIQUES.

Cet axe de l'évaluation externe vise à visibiliser et modéliser les pratiques d'accompagnement mises en oeuvre selon les 3 critères suivants :

- Pratiques favorisant le décloisonnement des champs sanitaire, social et médico-social au sein de l'équipe [A]
- Pratiques favorisant la participation et la prise en compte du point de vue de la personne [B]

- Pratiques orientées vers un objectif d'inclusion de la personne dans son environnement [C]

Ces 3 critères retenus au moment de l'élaboration du cahier des charges de l'évaluation, correspondent en réalité aux orientations retenues par la CMSMH pour la mise en oeuvre de l'expérimentation Diogène - Incurie, qui s'est inspirée du retour sur expérience d'autres expérimentations connues en France, qui ont notamment participé à la journée d'étude organisée par la CMSMH le 24 mai 2018 portant que sur la problématique de l'incurie dans l'habitat¹. En effet, quel qu'ait été le modèle retenu - équipe dédiée ou coopération institutionnelle - les différents modes d'accompagnement des personnes en situation d'incurie dans l'habitat ou souffrant du syndrome de Diogène existant tendent vers :

Une approche pluridisciplinaire au regard de la juxtaposition des problématiques sociales, psychologiques et somatiques que l'on rencontre sur ces situations.

Un accompagnement individualisé, attentif à la santé mentale des personnes et qui, dans une perspective d'aller vers, cherche les moyens permettant de faire alliance avec les personnes accompagnées.

¹ Journée d'étude : « QUELLES REPONSES FACE AUX SITUATIONS D'INCURIE DANS LE LOGEMENT ? Comment accompagner les professionnels et les personnes en difficultés ? ». La journée d'étude a permis de présenter différents modèles d'intervention, allant du partenariat institutionnel - modèle retenu par la ville de Toulouse - à l'équipe dédiée - modèle retenu par l'ARS de Savoie qui finance aujourd'hui une équipe d'intervention psychosociale et par l'ARS Auvergne- Rhône Alpes avec l'association Alpil.

Enfin, le 3ème critère retenu pour ce premier axe de l'évaluation externe cherche à identifier l'ensemble des pratiques dites inclusives. En effet, on peut considérer que l'approche retenue dans l'expérimentation EDI se décale d'une approche intégrative où le droit de cité s'obtient par le rapprochement à une norme et l'adaptation de la personne à son environnement et opte pour une approche dite inclusive fondées sur les deux principes suivants :

L'accès à la cité ne s'obtient pas par un rapprochement à une norme, mais est un droit inaliénable.

Les personnes sont reconnues non pas à travers leur capacité à s'adapter mais à travers leur singularité qui est constitutive de leur identité.²

Dans ce cadre, l'évaluation des pratiques inclusives cherchera à identifier l'ensemble des pratiques mises en oeuvre par l'équipe pour assurer le maintien des personnes dans leur habitat – mise en place d'aide à domicile, pratiques de médiation visant à éviter les risques d'expulsion ... mais également l'ensemble des pratiques qui visent à préserver l'identité des personnes accompagnées - pratiques de sensibilisation auprès des partenaires et de l'entourage des personnes accompagnées ...

AXE 3 :

IMPACT DE L'ACCOMPAGNEMENT SUR LA SANTÉ MENTALE DES PERSONNES ACCOMPAGNÉES.

Dans un premier temps, il s'agira d'évaluer à partir de données objectives issues du logiciel métier dans quelle mesure l'accompagnement par l'équipe a permis de réactiver un parcours de soins, ou l'ouverture de droit sociaux pour un public qui se caractérise par son isolement et qui est peu actif dans les démarches de soins ou administratives.

Dans un second temps, il s'agira, à travers des entretiens réalisés avec les personnes accompagnées, d'identifier ce qui, dans l'accompagnement réalisé par l'équipe – postures et savoir être des professionnels, a permis la création d'un lien de confiance avec les personnes accompagnées, là ou d'autres modèles et notamment les approches dites coercitives ont échoué et a contribué au mieux-être des personnes - amélioration du sentiment de bien-être de la personne dans son environnement, revalorisation de soi...

² Gardou C., *La société inclusive, Parlons-en!*



6. *Présentation des enjeux
de l'évaluation externe.*

6. Présen- tation des en- jeux de l'évalua- tion ex- terne.

6.1. Diffusion d'une culture commune

A travers l'évaluation qualitative, il s'agit en partie de décrire un modèle d'accompagnement qui pourra être mobilisé comme référentiel commun afin de répondre aux enjeux de recrutement et d'identification des compétences requises pour l'accompagnement des personnes atteintes du syndrome de Diogène ou en situation d'incurie dans l'habitat.

6.2. Production d'un référentiel commun

D'autre part, ce référentiel commun pourra également être mobilisé dans la perspective de développement des activités de formation portées par la CMSMH sur la question de l'accompagnement des personnes souffrant du syndrome de Diogène ou en situation d'incurie dans l'habitat.

6.3. Perspectives d'amélioration du dispositif

Enfin, il nous semble également important que le modèle d'accompagnement proposé par l'équipe EDI (techniques relationnelles visant à rechercher l'adhésion des personnes, modalités relationnelles liées à l'intervention à domicile, modalité de travail en équipe pluridisciplinaire) puisse aussi se diffuser au-delà de la question de l'incurie dans l'habitat et de l'accompagnement des personnes atteintes du syndrome de Diogène.

En effet, certaines caractéristiques du modèle d'accompagnement proposé par l'équipe EDI sont transposables à d'autres problématiques que celles de l'incurie dans l'habitat (accompagnement au domicile dans le cadre des sorties d'hospitalisation, accompagnement des personnes dans le cadre du déploiement de la politique de logement d'abord), et à des accompagnements qui visent l'inclusion de personnes ayant des problématiques de santé mentale ou de grandes difficultés sociales.

Ce point nous paraît d'autant plus important à souligner dans un contexte politique marqué par un processus de désinstitutionnalisation qui touche le champ sanitaire et social et la volonté de concrétiser en pratique les objectifs d'inclusion visés par les politiques publiques dans le champ de la santé mentale et de l'action sociale.



7. Métho- dolo- gie.

7. Méthodologie

L'évaluation de l'expérimentation réalisée sur deux ans, repose sur une méthodologie à la fois quantitative (données recueillies via le logiciel TAGALIS) et qualitative qui repose sur des matériaux recueillis dans le cadre d'une enquête de type sociologique qui repose sur la réalisation d'observation des pratiques et d'entretiens qualitatifs.

Ainsi, les 3 séjours d'immersion réalisés en 2021 ont permis la production de matériaux à travers l'observation des pratiques, la réalisation d'entretiens, et de focus groupe.

7.1. Observation des pratiques

→ 7.1.1. LES VISITES À DOMICILE

Au total, 11 visites à domicile ont pu être observées au cours de l'année 2021 :

- 4 visites à domicile avec l'éducateur spécialisé
- 3 visites à domicile avec l'infirmière
- 3 visites à domicile avec l'assistante sociale

- 2 visites à domicile avec la psychologue

Parmi ces 11 visites à domicile

- 2 visites à domicile avaient pour objectif spécifique le débarrasage du logement

- 1 visite avait pour objectif spécifique un « *soutien thérapeutique* »

- 2 visites avaient pour objectif spécifique l'ouverture de droits

- 1 visite consistait à aller rencontrer pour la première fois la personne

Concernant les 5 autres visites, l'objectif spécifique n'était pas déterminé au préalable.

Parmi ces visites à domicile, 1 a eu lieu en présence d'un partenaire.

Parmi les visites programmées, 2 ont été annulées à l'initiative de la personne qui s'est rétractée au dernier moment.

Ajoutons à cela que lors de chaque visite, au-delà de l'objectif spécifique fixé au préalable, l'équipe est régulièrement amenée à répondre à des besoins qui n'étaient pas forcément prévus initialement (traitement de papiers administratifs, travaux de maintenance lié au logement, soutien thérapeutique...).

Enfin, l'organisation de la présence de l'évaluatrice lors des visites

à domicile s'est faite de façon concertée en équipe, mais également avec les personnes qui ont été informées par l'équipe de la démarche d'évaluation et à qui l'équipe a demandé l'autorisation de la présence d'une tierce personne lors des visites à domicile.

→ 7.1.2. LES RÉUNIONS D'ÉQUIPE

L'évaluation qualitative repose également sur l'observation de :

- 3 réunions d'équipes qui avaient pour objet à la fois le suivi et l'analyse individuelle des situations, et l'inclusion de nouvelles situations dans le dispositif.

- 1 comité de suivi qui réunissait les membres de l'équipe EDI et les partenaires récurrents.

→ 7.1.3. OBSERVATION DES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES DANS LES MURS

Les séjours d'immersion ont également permis de prendre part à la vie d'équipe dans son ensemble et de participer notamment à :

- Des temps d'échanges informels entre les membres de l'équipe sur les situations des personnes

- Observer les pratiques de coordination des partenaires qui

- ont notamment lieu au bureau (mail, appel téléphonique)

- Observer l'organisation de l'accompagnement (planning hebdomadaire, mise en place de stratégies d'accompagnement, discussion sur l'emploi de techniques relationnelles)

7.2. Les entretiens avec les personnes accompagnées

Au regard des enjeux de l'évaluation et notamment de l'axe 3 portant sur l'impact de l'accompagnement sur la santé mentale des personnes accompagnées, il nous a paru évident d'inclure dans la méthodologie d'évaluation la réalisation d'une série d'entretiens avec les personnes accompagnées.

→ 7.2.1. ENJEUX DES ENTRETIENS AVEC LES PERSONNES ACCOMPAGNÉES

- Identifier les différents domaines de la vie de la personne impactés par l'accompagnement réalisé par l'équipe.

- Mesurer l'impact en termes de santé mentale de l'accompagnement proposé par l'équipe en interrogeant de façon rétrospective les personnes sur la façon dont ils ont perçu et vécu l'accompagnement proposé par l'équipe.

Plus précisément ces entretiens visent également à comprendre ce qui, dans l'accompagnement proposé par l'équipe EDI, a permis de réussir là où d'autres modalités d'intervention et notamment l'approche coercitive ou la contractualisation échouent souvent dans l'accompagnement des personnes en situation d'incurie dans l'habitat ou atteinte du syndrome de Diogène. A travers ces entretiens, il s'agit notamment d'appréhender les modalités relationnelles proposées par l'équipe, à travers la façon dont l'accompagnement a été perçu et vécu par les personnes accompagnées. Pour être plus explicite, l'enjeu des entretiens est de repérer ce qui, du point de vue des personnes, a été central dans l'acceptation de se faire aider.

→ 7.2.2. CONDITIONS D'ÉNONCIATION

Pour réaliser ces entretiens, nous avons dû travailler à réunir les conditions d'énonciations permettant l'émergence de la parole des personnes accompagnées.

Dans un premier temps, nous avons présenté l'évaluation comme une activité distincte de l'activité d'accompagnement afin que les personnes accompagnées ne se sentent pas censurées dans la prise de parole.

Il était également important de laisser la possibilité à la personne de choisir les modalités de réalisation des entretiens : date, lieu, en présentiel ou par téléphone.

Cependant, malgré ce travail réalisé en amont, il convient de souligner les limites que nous avons pu rencontrer dans la réalisation de ces entretiens :

D'une part, une partie du public ne pourra être interrogée au regard du risque que l'introduction d'une tierce personne puisse venir fragiliser la relation établie entre la personne accompagnée et l'équipe.

D'autre part, si nous avons effectué un travail sur la façon dont il s'agissait de se présenter, la démarche d'évaluation reste cependant liée à l'équipe ce qui ne permet pas une liberté d'expression totale des personnes accompagnées.

→ 7.3. ENTRETIENS AVEC LES PROFESSIONNELS DE L'ÉQUIPE EDI

Les entretiens réalisés avec les professionnels de l'équipe ont permis d'aborder les thématiques suivantes :

- La façon dont la pluridisciplinarité est vécue par les différents membres de l'équipe
- La représentation de l'objet de leur mission auprès des personnes accompagnées
- L'identification de postures communes et transversales permettant le travail en équipe

Il s'agissait également d'interroger les professionnels, de façon rétrospective sur les pratiques exercées auprès des personnes accompagnées (discussions après une visite à domicile)

Si nous avons pu interroger les membres de l'équipe présents lors de cette première phase d'évaluation, il conviendra lors de la deuxième phase d'évaluation, d'interroger les membres recrutés dernièrement (psychiatre et infirmière).

7.4. Réalisation de focus groupe

→ 7.4.1. ENJEUX DES FOCUS GROUPE

Le focus groupe est un type d'entretien collectif, permettant de collecter des données que les méthodes quantitatives ne peuvent fournir.

En effet, la dimension collective du focus groupe permet d'analyser les interactions entre les membres de l'équipe, ce qui nous a paru important dans le cadre de l'évaluation du fonctionnement en équipe pluridisciplinaire.

D'autre part, ce type d'entretien permet également d'inviter les membres de l'équipe à prendre part à une réflexion commune concernant certains aspects du dispositif et de participer ainsi à l'ingénierie du projet.

Dans ce cadre, il nous a paru important d'associer à ces focus groupe les professionnels encadrants (cheffe de service, directrice du GCSMS)

→ 7.4.2. LIMITES MÉTHODOLOGIQUES DU FOCUS GROUPE

En groupe, les participants peuvent rester dans les idées considérées comme « *socio culturellement admises* », et les échanges peuvent être limités par la difficulté pour certaine personne de prendre la parole en public.

On observe également le risque d'une censure de la part des professionnels qui n'oserait exprimer des points de vue contradictoire de peur d'impacter le travail en équipe.

| FOCUS GROUPE | |
|--|---|
| TRAVAIL EN ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE | <p>Participants : psychologue, éducateur spécialisé, assistante sociale, infirmière, cheffe de service.</p> <p>Objectifs : identifier les freins à la pluridisciplinarité, interroger les professionnels sur l'impact du fonctionnement en équipe pluridisciplinaire et la transversalité des tâches leur identité professionnelle, identifier les facteurs facilitant la communication interne, analyser les interactions entre les membres de l'équipe</p> |
| FIN DE L'ACCOMPAGNEMENT ET SORTIE DU DISPOSITIF | <p>Participants : psychologue, éducateur spécialisé, assistante sociale, infirmière, coordinatrice de l'équipe, directrice du GCSMS</p> <p>Objectifs : A travers ce focus groupe, il s'agira, à partir d'une réflexion basée sur des données empiriques issues de l'expérience des professionnels, de réfléchir aux critères individuels et situationnels qui permettraient d'acter une fin de prise en charge. Aux modalités de fin de prise en charge : quels sont les critères individuels et situationnels sur lesquels se baser pour déterminer la fin de la prise en charge ? quels sont les critères de réussite d'un accompagnement ? Quels sont les outils ou techniques qui permettent de se détacher progressivement des personnes accompagnées ? Quels sont les critères qui permettent d'acter le passage dans une activité de « veille » et quelles sont les modalités relationnelles associées à cette veille ... Les réflexions issues de ce focus groupe permettront également d'alimenter le futur projet de service.</p> |

→ 7.5. ENTRETIENS RÉALISÉS AVEC LES PARTENAIRES.

Au total, 14 partenaires ont été interrogés dans le cadre d'entretiens. L'échantillon sur lequel nous avons travaillé est constitué de partenaires intervenant dans le champ de l'action sociale, médico-sociale sanitaire, et dans le champ du logement.

- Équipe EMC2 (médecin et infirmier)
- 2 Mandataires judiciaires
- Dispositif de la PASS (infirmière)
- CCAS (travailleur social et cheffe de service)
- 1 Auxiliaire de vie
- 3 Bailleurs (2 travailleurs sociaux de service social et 1 professionnel d'un service contentieux)
- Dispositif de la MAIA :
1 gestionnaire de cas
- UMPPA : travailleur social et psychiatre

Du côté des mandataires judiciaires, une des personnes ciblées n'a pas souhaité répondre à nos questions du fait d'un manque de disponibilité.



8. Présentation des
résultats de l'axe II
valorisation des pratiques.

8. Présentation des résultats de l'axe II valorisa- tion des pratiques.



8.1. Pratiques favorisant le décroisement des champs sanitaire, social et médico-social au sein de l'équipe

L'évaluation qualitative porte sur les trois axes suivants, définis au moment de la construction du cahier des charges :

- **Pratiques favorisant le décroisement des champs sanitaires, social et médico-social au sein de l'équipe**
- **Pratiques favorisant l'implication et la prise en compte du point de vue de la personne**
- **Pratiques favorisant l'inclusion de la personne dans son environnement**

Dès la mise en place de l'expérimentation, la pluridisciplinarité a été identifiée comme étant nécessaire au regard du cumul de problématiques (sociales, somatiques, administratives, problématiques liées à l'autonomie dans le logement) que nous pouvons retrouver chez les personnes atteintes du syndrome de Diogène ou en situation d'incurie dans l'habitat.

Cependant, la particularité du modèle disciplinaire qui caractérise l'accompagnement effectué par l'équipe EDI ne réside pas seulement dans la juxtaposition de formes d'expertises sanitaires, sociales et médicosociales, mais également dans la complémentarité des points de vue entre des professionnels issus de différents champs d'intervention, permettant d'exercer une clinique pluridisciplinaire sur les situations.

L'observation des pratiques a donc portée sur ces deux aspects de la pluridisciplinarité, en tentant d'appréhender les pratiques permettant la communication et le travail entre les différentes formes d'expertises et au sein d'une équipe qui fonctionne en multi référence, mais également celles qui favorisent l'approche d'une clinique pluridisciplinaire

→ 8.1.1. COMMUNICATION ET ACTUALISATION DES INFORMATIONS DANS LE CADRE DE LA MULTI RÉFÉRENCE

→ 8.1.1.1. L'ACTUALISATION DES INFORMATIONS VIA LES INSTANCES COLLECTIVES ET LE LOGICIEL TAGALIS

Le fonctionnement de l'équipe EDI repose sur l'adoption du modèle de la multi référence. Ce modèle d'accompagnement s'est notamment développé ces dernières années dans le cadre des approches orientées vers la philosophie du rétablissement.

La pratique d'accompagnement en multi référence se substitue à un accompagnement en référence unique, dans lequel chaque personne accompagnée se voit assigner un professionnel référent de son parcours.

L'accompagnement en multi référence propose ainsi que chaque personne soit accompagnée par une équipe pluridisciplinaire, de manière à sortir de la relation duelle et ainsi ouvrir les perspectives et dimensions travaillées.

Cependant, les diverses expérimentations ayant adoptées ce modèle d'accompagnement pointent dans la majorité des cas, le risque d'une perte des informations relatives à chaque situation. Au sein de l'équipe EDI, cette difficulté est peu évoquée.

Les membres de l'équipe nous expliquent en effet que le risque de perte d'information est contourné par la possibilité pour les membres de l'équipe d'échanger de façon très régulière sur les différentes situations qu'ils accompagnent.

D'une part, la mise en place de réunions d'équipe hebdomadaires, organisées le jeudi matin, permet de maintenir l'ensemble des membres de l'équipe au même niveau d'informations. Les réunions d'équipes permettent ainsi d'échanger des informations factuelles, relatives aux différents événements concernant une situation, d'informer les membres de l'équipe sur l'évolution d'une situation administrative d'une personne, ou de tenir informé l'ensemble de l'équipe sur l'avancée de la tâche consistant à débarrasser un logement...

Nous observons également que l'actualisation des informations passe par le temps consacré à la construction des plannings qui a lieu le jeudi matin, après la réunion d'équipe.

Ce temps imparti à l'organisation du calendrier repose sur un tableau à double entrée, sur lequel figure l'ensemble de la file active, permettant de visualiser la répartition des visites à domicile entre les membres de l'équipe sur une période de 15 jours.

Il mobilise seulement les 4 professionnels intervenant directement auprès des personnes (éducateur spécialisé, infirmière, assistante sociale et psychologue) la cheffe de service pouvant être saisie de façon ponctuelle pour ajuster le planning à d'autres événements (réunions partenariales, formation...).

Si ce temps consacré à l'organisation du planning contribue fortement à l'actualisation des informations, c'est qu'il présente la particularité de permettre d'aborder l'ensemble des situations, là où, les réunions d'équipes sont consacrées seulement à un échange sur des situations «*préoccupantes*» ou identifiées comme devant faire l'objet d'un échange plus approfondi.

En effet, le tableau à double entrée permet de répertorier l'ensemble des personnes suivies et constitue le support permettant aux membres de l'équipe d'aborder l'ensemble des situations.

Outre l'échange d'informations et l'attention à maintenir un même niveau d'informations concernant les suivis des situations entre l'ensemble des membres de l'équipe, nous observons que ce temps d'équipe permet d'exercer une vigilance collective sur l'ensemble des situations suivies. En effet, le temps consacré à l'organisation des plannings permet de s'assurer de la régularité des visites à domicile qui doivent avoir lieu environ tous les 15 jours.

La possibilité d'organiser des temps collectifs permet de contourner le risque de perte d'information que l'on peut redouter dans le cadre d'un fonctionnement en multi référence. Aussi, l'investissement de l'ensemble de l'équipe dans ces instances collectives est une donnée essentielle de l'accompagnement, dont on ne peut faire l'économie

Cette observation nous conduit à nous interroger sur les modalités de communication employées aujourd'hui avec l'association d'un psychiatre à temps partiel (0.20 ETP) qu'il s'agira de questionner dans la phase 2 de l'évaluation.

Enfin, la communication et l'actualisation des informations relatives à chaque situation repose également sur l'usage du logiciel TAGALIS. Les professionnels expliquent en effet qu'ils peuvent se référer au logiciel après une longue période d'absence dues aux congés ou dans le cas

où ils n'auraient pas vu la personne depuis un certain temps et que les informations nécessaires ne sont pas accessibles directement du fait de l'absence de leurs collègues. Les professionnels peuvent notamment se référer à cet outil pour avoir accès à des données factuelles : adresse, numéro de téléphone de la personne, contacts des partenaires.

→ 8.1.1.2. L'ACTUALISATION DES INFORMATIONS VIA LA PROXIMITÉ DES PROFESSIONNELS ET LE TRAVAIL EN BINÔME

Si la mise en place d'instances collectives et du logiciel TAGALIS dès le début de l'expérimentation visait notamment à contourner le risque de perte d'information, l'observation des pratiques nous montre également que cette communication passe beaucoup par des pratiques informelles : temps d'échanges durant les temps de visite en binôme.

En effet, nous observons que la proximité physique entre les 4 intervenants qui partagent un même bureau facilite la communication et l'actualisation des informations relatives aux situations.

Certaines informations peuvent être actualisées directement auprès des autres membres de l'équipe suite à un contact téléphonique avec

une personne accompagnée ou un partenaire. D'autre part, c'est aussi la pratique d'accompagnement en binôme qui permet de partager les informations relatives aux situations sur les trajets lors des visites à domicile.

L'opérativité de la communication est ainsi grandement favorisée et facilitée par la taille réduite de l'équipe qui permet une proximité entre les professionnels et nous interroge alors sur les conséquences que pourraient avoir sur ce fonctionnement l'agrandissement de l'équipe.

Dans le cadre de la phase 2 de l'évaluation, il conviendra également d'interroger si la présence partielle (0.20 ETP) du temps de psychiatre peut constituer un frein ou un avantage à l'échange d'informations.

→ 8.1.2. PASSAGE DE RELAIS ET TRANSVERSALITÉ DES ACTIONS

→ 8.1.2.1. IDENTIFICATION DES BESOINS SPÉCIFIQUES ET PASSAGE DE RELAIS ENTRE LES PROFESSIONNELS DE L'ÉQUIPE

Certaines activités nécessitent une forme d'expertise détenue par l'un des membres de l'équipe.

Nous observons à ce propos une bonne maîtrise des indicateurs permettant d'interpeller les différents membres de l'équipe pour effectuer les tâches nécessitant des compétences spécifiques.

- Récurrence de la formulation d'une plainte liée à une souffrance psychologique et nécessité d'avoir recours à un travail thérapeutique – recours au temps de psychologue ou de psychiatre
- Activités de coordination de soins et lien avec les partenaires issus du champ sanitaire : les membres de l'équipe font en effet remonter que, au-delà de la connaissance spécifique de services soins, la présence d'un temps infirmier au sein de l'équipe facilite le lien et la prise de contact avec les partenaires issus du champ sanitaire.
- Technicité de certains dossiers administratifs - recours au temps d'assistante sociale
- Compétences en matière de "petits travaux" ou "bricolage" sur le logement : si cette compétence technique n'était pas identifiée au départ de l'expérimentation, l'équipe observe la nécessité d'être en mesure de proposer des compétences liées à des travaux de maintenance dans le logement qui permet de traiter des demandes «*personnelles*». Cette compétence est actuellement détenue par la personne occupant le poste d'éducateur spécialisé.

- Identification de troubles de santé mentale, de risque de décompensation ou de crise : recours au psychiatre pour l'analyse d'une situation – via le partage d'information ou pour réaliser une évaluation lorsque le consentement de la personne a été obtenu

- Difficultés pour entrer en lien : on observe également que les membres de l'équipe ont plus facilement recours à la personne occupant le poste d'éducateur spécialisé dans les premiers temps consacrés à l'aller vers et notamment lorsque la création du lien avec la personne est difficile. Ce recours s'explique notamment par l'identification des compétences relationnelles liées à la mission de l'éducateur spécialisé qui est d'abord de «*revaloriser les personnes et de les aider à restaurer ou à favoriser leur autonomie, leurs compétences et leur capacité d'intégration, d'insertion et de socialisation*». On observe également qu'il est plus facile pour l'éducateur d'amorcer la relation avec les personnes.

→ 8.1.2.2. DES ACTIVITÉS TRANSVERSALES

Le décloisonnement des pratiques repose également sur un ensemble d'activités transversales. Il convient à ce propos de souligner qu'il s'agit ici de la particularité de la posture de l'équipe EDI, où chaque membre estime être prêt à effectuer des pratiques qui ne relèvent pas de leur activité initiale (accompagnement



aux tâches administratives par l'infirmière, aide à réalisation d'un pansement simple par la psychologue...)

Psychologue: Si au cours d'une rencontre avec une personne que j'accompagne, il y a une urgence financière ou administrative, pour moi, dans ma pratique, ça me paraît essentiel d'aider la personne là-dessus en faisant le lien avec un service social, ou même en l'aidant à compléter un dossier. C'est important de permettre à cette personne de trouver des solutions aussi sur cet aspect-là. Aujourd'hui la littérature est sans appel à ce niveau-là, on sait que la précarité aggrave certaines souffrances psychiques. Et je pense que traiter les urgences administratives, ça fait aussi partie du boulot de psychologue. Et puis même quand je fais ça, finalement, c'est toujours fait dans une perspective de maintien du bien être dans l'habitat et de la santé mentale dans l'habitat. On est dans de la transversalité. Moi je suis psychologue, mais mes collègues sont en mesure aussi d'accueillir la souffrance psychique et heureusement d'ailleurs.

On observe ainsi que certaines tâches sont transversales à l'équipe et notamment :

- Des tâches administratives simples (mise en lien avec des services sociaux, accompagnement à la constitution de certains dossiers administratifs)

- La réalisation de certains actes en lien avec la santé somatique : désinfection d'une plaie à la suite d'une petite coupure par exemple.

- Une pratique d'écoute généraliste

L'intérêt de la transversalité de certaines tâches est d'abord que celle-ci permet de répondre à certaines urgences non prévues qui peuvent se révéler lors d'une visite à domicile et de répondre ainsi aux priorités des personnes. Cette transversalité fait donc partie intégrante du travail d'ingénierie de la relation où l'on recherche l'adhésion et la confiance de la personne.

→ 8.1.3. CLINIQUE PLURIDISCIPLINAIRE ET RÉFÉRENTIELS COMMUNS

Les entretiens effectués auprès des professionnels montrent également que l'opérationnalité du modèle pluridisciplinaire repose sur des référentiels communs. Avant de revenir sur ceux-ci, il convient de signaler que l'attachement des professionnels à la philosophie d'accompagnement proposée par l'équipe EDI et à ces référentiels communs peut être mise en perspective du parcours professionnel et de formation des membres de l'équipe : expériences dans des dispositifs de réduction des risques, rejet de formes d'accompagnement

plus contractualisées et objectivantes... Cette observation nous montre ici la pertinence d'un processus de recrutement qui a su prêter son attention non pas seulement aux compétences des professionnels, mais aussi à leurs valeurs personnelles et leur représentation de l'accompagnement social, médico-social ou du soin.

→ 8.1.3.1. DE LA PATHOLOGIE À LA PROBLÉMATIQUE DU DÉBORDEMENT : UNE CULTURE COMMUNE DE RÉDUCTION DES RISQUES

En entretien, nous observons que les professionnels ont une vision commune du syndrome de Diogène dont la caractéristique première est celle de reconnaître ce mode d'occupation du logement comme un « *mode de vie particulier* ». Plus précisément, la posture de l'équipe consiste à considérer que la problématique liée au syndrome de Diogène ne réside pas dans l'aspect pathologique de cette façon d'habiter, mais dans les conséquences que celle-ci peut entraîner :

Éducateur spécialisé : l'incurie ou le syndrome de Diogène n'est pas une problématique en soi. En fait, le véritable problème, c'est que ça puisse impacter la personne, entraîner des conséquences dans différents aspects de sa vie sociale ou sur sa santé et ce qui peut donc

très vite devenir un problème. Donc là on doit négocier avec quelqu'un et voir ce qu'il veut bien lâcher de ce fonctionnement-là. Mais nous, on respecte le fonctionnement des personnes, on n'est pas là pour imposer notre mode de vie si on veut intervenir dans la vie des gens on ne peut pas imposer notre fonctionnement, mais il faut quand même connaître leur fonctionnement.

Cette vision partagée par les membres de l'équipe est importante, car elle ouvre un champ de légitimité à certaines postures et pratiques professionnelles :

Le sens de l'accompagnement ne se présente pas comme une activité consistant à transformer ou guérir la personne, mais comme un accompagnement visant le maintien de la personne dans son « *monde habité* », ouvrant notamment un champ d'action pour des activités tournées vers des attachements qui permettront d'éviter les « *débordements* » (pratiques de médiation)

La reconnaissance de ce mode d'occupation comme un mode de vie « *particulier* » invite les professionnels à considérer les habitudes, préférences personnelles, qui permettent à la personne de se sentir chez soi, et d'organiser leur mode d'intervention en tenant compte de ces données subjectives.



→ 8.1.3.2. UNE CONCEPTION DYNAMIQUE DE L'AUTONOMIE

Nous observons également que les membres de l'équipe partagent une conception dynamique de l'autonomie, qui diffère de la conception classique et idéalisée de l'autonomie. (Cette conception est notamment présente dans la philosophie du rétablissement, mais également les approches en termes de pouvoir d'agir).

Conception idéalisée de l'autonomie : l'autonomie est perçue comme un état atteint par des personnes dotées de certaines capacités, qui lui permettent de se projeter dans l'avenir, de contractualiser et de s'émanciper des formes de dépendances (Eyraud, 2006). Dans ce cadre, l'intégration sociale d'une personne, ou son maintien en milieu ordinaire autonome n'est donc possible qu'au terme d'un accompagnement qui consiste à réparer, remédier à un ensemble d'incapacités qui ne permettraient pas à une personne de vivre de façon ordinaire dans un logement autonome. L'autonomie est donc un état individuel qui s'acquiert par un travail éducatif ou thérapeutique qui vise la transformation de la personne. Cette conception de l'autonomie suppose que celle-ci s'atteint en partie grâce à un ensemble de supports fondamentaux (logement et emploi notamment), d'une protection sociale et

de certains liens de dépendance qui rendent cette autonomie possible.

Conception dynamique de l'autonomie : L'autonomie n'est pas considérée comme un état que l'on acquiert par le biais d'une transformation individuelle, mais plutôt par le recours à des réseaux d'attachements. Dans ce cadre, ce sont moins les capacités de la personne qui sont évaluées, que la possibilité pour cette dernière de maintenir des liens avec son environnement. Cette conception de l'autonomie est beaucoup plus dynamique que la conception idéalisée, puisque l'individu autonome n'est pas considéré comme une entité figée, mais comme un être en relation.

→ 8.1.3.3. ESPACES DE RÉFLEXIVITÉ ET COMMUNICATION ENTRE LA PRATIQUE ET LA DÉFINITION DU DISPOSITIF : UNE APPROCHE PRAGMATIQUE DE L'INGÉNIERIE DE PROJET

Nous observons également que le temps consacré à l'analyse des situations et aux échanges collectifs dans les réunions d'équipe participe à un ajustement du dispositif. En effet, certains événements, imprévus, conduisent les professionnels à recadrer leurs modalités d'accompagnement.

M. M est actuellement hospitalisé dans un service de soin en psychiatrie et l'orientation sur le dispositif EDI est faite par l'équipe médicale qui est allée à son domicile. Cette situation inédite, où il est demandé à l'équipe EDI de venir évaluer une personne hospitalisée dans un service de soin permet aux membres de l'équipe de recadrer les modalités d'évaluation des situations :

Infirmière: *c'est vrai qu'on s'est aperçu plusieurs fois qu'entre ce qu'on nous disait sur le logement et l'état réel de celui-ci, il pouvait y avoir un décalage en fonction de l'appréciation de chaque personne. Donc là si on va voir ce monsieur à l'hôpital dans un premier temps, ce n'est pas pour autant qu'on sait vraiment dans quel état est son logement.*

Psychologue: *c'est vrai que en allant directement le rencontrer à l'hôpital une première fois, ça nous amène à adhérer au discours du professionnel.*

Educateur spécialisé: *pas forcément, ça implique forcément qu'on le verra une deuxième fois. Peut-être qu'on va évaluer dès la première fois que ce n'est pas la peine. Mais c'est vrai qu'il faut prendre en compte que ce n'est pas facile de dire non à une personne. Déjà si on voit la personne une fois et qu'on lui dit non, c'est difficile pour la personne, mais aussi pour nous. Alors là, si on doit la voir deux fois avant de lui annoncer notre décision. Parce qu'on*

commence dès le début à créer du lien... Rencontrer la personne deux fois et lui dire non, là c'est impossible. Moi je ne peux pas voir une personne deux fois et dire en fait non. C'est dur. Moi j'ai du mal à faire ça.

La particularité de la situation de M. M permet ici de mettre à jour et de recadrer les modalités d'évaluation des situations. D'une part, il est rappelé la nécessité d'effectuer dès les premières phases d'évaluation une visite à domicile, pour éviter les décalages récurrents entre les discours des tiers et l'état réel du logement. D'autre part, les professionnels rappellent l'importance de considérer les conséquences en termes de santé mentale, que pourraient occasionner cette phase d'évaluation chez la personne (crainte, déception...).

La vignette suivante nous donne une autre illustration de cette démarche de réflexivité où les professionnels, à partir de l'analyse d'une situation particulière, font émerger un des critères de sortie du dispositif.

Mme P est suivie par l'équipe depuis 6 mois. Si l'état de son logement actuel ne présente ni signe d'incurie, ni d'accumulation excessive, Mme P exprime un besoin d'accompagnement sur certaines démarches administratives, et un soutien psychologique. La psychologue a donc pu rencontrer Mme P à plusieurs

reprises et lui a proposé des temps de soutien thérapeutiques. Cependant, l'équipe ayant évacué tout risque d'accumulation et ne voyant plus de problématiques liées au logement, la pertinence de poursuivre un accompagnement psychologique est questionnée :

Éducateur spécialisé : *Donc Aurélie [psychologue], tu proposes un accompagnement psy sur cette situation ?*

Psychologue : *Demain, c'est l'occasion de la voir seule pour une fois, et comme à chaque fois que je la vois on est sur de l'accompagnement psy, enfin on se situe dans le champ psy, c'est important pour elle.*

Éducateur spécialisé : *Si je pose la question c'est parce que je ne suis pas certain qu'il faille que tu t'inscrives dans un suivi avec elle [...] parce que Mme P, elle a les ressources pour aller trouver tous les thérapeutes qu'elle veut à l'extérieur.*

Psychologue : *Oui, mais elle est en très grande souffrance Mme P. Elle a pleuré la moitié de l'entretien.*

Éducateur spécialisé : *je ne dis pas qu'elle n'est pas en souffrance, je dis qu'elle a les ressources pour trouver les thérapeutes à l'extérieur, sans que nous on lui fournisse ça. Je ne dis pas qu'elle n'en a pas besoin mais qu'elle sait très bien comment s'adresser à un professionnel. C'est une démarche*

d'aller s'adresser à un thérapeute et elle en a vu plusieurs, elle continue d'en voir et d'en solliciter, mais je ne suis pas sûr que ce soit notre rôle que de lui fournir ça. Moi j'ai toujours ce soucis-là de mon métier d'avant, est-ce que c'est à nous de fournir, ou est-ce que la personne peut aller sur l'extérieur. Et si elle peut aller sur l'extérieur tant mieux, parce que dans deux ans nous on ne sera plus là pour elle. Ma réflexion porte sur sa capacité à aller retrouver ailleurs

Assistante sociale : *oui, maintenant on est peut-être plus dans une amorce de reprise de soin mais on ne peut pas assurer la thérapie pendant longtemps. Peut-être que tu es là pour faire émerger quelque chose, et rechercher quelqu'un avec elle qui pourrait convenir, peut être en appelant toutes les deux...*

Éducateur spécialisé : *Au début on y allait tous les 15 jours mais maintenant c'est vrai qu'il faudrait qu'on espace. Il n'y a pas de besoin, même s'il y a cette souffrance qu'elle exprime, je ne suis pas sûre que ce soit à nous de l'accompagner.*

Cheffe de service : *oui, il faudrait évaluer ça, et être vigilant à ne pas s'inscrire dans une prise en charge directe et plutôt questionner avec elle quel est l'intérêt que ce soit toi qui le fasses, ou alors qu'elle aille trouver des ressources ailleurs parce qu'effectivement elle sait « se saisir de ».*

Les temps d'échanges collectif sur des situations individuelles permettent un ajustement du dispositif. Sur la situation de Mme M, c'est le critère d'une capacité à se mobiliser des ressources extérieures repéré par l'éducateur spécialisé qui oriente l'équipe vers la fin du suivi.

L'inclusion de la situation de Mme B dans le dispositif a également été discutée lors de ces réunions d'équipe. Sur cette situation, la possibilité d'une équipe soignante déjà présente sur la situation de Mme B amène l'équipe EDI à pointer la nécessité de rester vigilant à ce que l'équipe EDI ne vienne pas palier au dysfonctionnement ou au manque de moyens du droit commun :

« C'est bien aussi que la visite à domicile puisse se faire avec l'équipe soignante [...] moi ça me permet de voir aussi ce qu'eux sont prêt à mettre comme implication dans l'accompagnement à domicile, parce que c'est bien beau une équipe soignante qui dit « on ne fait pas de domicile », mais c'est un positionnement qui est incompréhensible de leur part, ce serait à eux de faire le boulot qu'on doit faire. Parce qu'eux, ils décident qu'ils ne feront pas de domicile, mais d'où ça vient ? C'est bien de continuer à les impliquer dans cet accompagnement, qu'ils ne se déchargent pas sur nous. Ils ont quand même les moyens là-bas »

De l'analyse collective des situations individuelles émergent donc certains

principes qui permettent d'affiner les critères d'inclusion, de sortir du dispositif et de recadrer l'accompagnement proposé par l'équipe. La possibilité d'avoir des espaces où exercer une forme de réflexivité sur la pratique est donc un élément important pour la continuité d'un projet pragmatique, en cohérence avec l'expérience des professionnels. Dans ce cadre, il convient de souligner l'importance de la participation d'un membre de l'équipe d'encadrement à ces temps d'échange.

→ 8.1.4. LIMITES DE LA PLURIDISCIPLINARITÉ

→ 8.1.4.1. QUELLES FORMES DE RECONNAISSANCES POUR LES « ÉCARTS » ?

Au cours des interventions à domicile, nous avons pu observer que l'objectif de créer un lien avec les personnes accompagnées pouvait conduire les professionnels de l'équipe à s'écarter de leur cœur de métier. On observe ainsi que les intervenants qui ne sont pas issus du champ médical – assistante sociale, psychologue, éducateur spécialisé – peuvent être amenés à réaliser des actes de soins simples comme la réalisation de pansements, la désinfection d'une plaie. Au sein de l'équipe ces écarts ont un sens car ils participent à la création d'une alliance avec la personne. On note également que ce sens est partagé avec l'équipe encadrante

qui soutien et offre la possibilité aux membres de l'équipe de s'écarter de leur cœur de métier. Cependant, on peut s'interroger jusqu'où ces écarts peuvent être soutenus et dans quelle mesure il est aussi possible qu'ils soient reconnus de façon «*officielle*» de la part des institutions.

→ 8.1.4.2. UN BESOIN DE STRUCTURATION AUTOUR DES MISSIONS LIÉES AU POSTE DE PSYCHOLOGUE.

En préalable, il convient de rappeler qu'initialement le poste de psychologue n'était pas prévu dans le projet. C'est au bout de quelques mois d'expérimentations que le besoin d'intégrer un poste de psychologue au sein de l'équipe s'est fait ressentir, avec l'idée que l'approche psychologique permettrait notamment de :

- Déconstruire les représentations sociales sur le syndrome de Diogène et sensibiliser l'ensemble des membres de l'équipe à des questions de santé mentale.
- Mettre en oeuvre des outils thérapeutiques auprès des personnes accompagnées pour travailler spécifiquement la question du rapport aux objets et à l'habitat.

→ 8.1.4.2.1. UN APPORT LIMITÉ POUR LA DÉCONSTRUCTION DES REPRÉSENTATIONS SOCIALES AU SEIN DE L'ÉQUIPE

L'évaluation qualitative montre que l'ensemble des membres de l'équipe sont des professionnels sensibilisés aux questions de santé mentale. On peut expliquer ce phénomène par deux facteurs :

- le parcours professionnel des membres de l'équipe auprès de publics vulnérables a permis une acculturation des professionnels aux questions de santé mentale.
- On observe aussi qu'une part de l'activité réalisée dans les locaux est consacrée à des pratiques de formation en interne sur la question du syndrome de Diogène : recherche de documentation sur le syndrome de Diogène, suivis de conférences en ligne ...

Aussi, les apports du poste de psychologue sur les représentations sociales liées au syndrome de Diogène au sein de l'équipe semblent limités.

→ 8.1.4.2.2. LA DIFFICILE MISE EN PLACE DES OUTILS THÉRAPEUTIQUE HORS LES MURS

L'objectif de mise en place d'outils thérapeutiques auprès des

personnes accompagnées se confronte à plusieurs obstacles :

- D'une part, le fonctionnement en multi référence mobilise la psychologue sur d'autres activités (travail administratif, débarrassage du logement, accompagnement physique à des rendez-vous médicaux...) laissant peu de place à la mise en place d'un temps de travail thérapeutique régulier avec les personnes accompagnées.

- D'autre part, on observe que le domicile n'est pas toujours un lieu adapté pour effectuer le travail thérapeutique : les séances peuvent être « parasitées » par d'autres demandes exprimées par les personnes durant les visites.

Il est donc difficile de délimiter un espace de travail thérapeutique au sein de l'équipe.

8.2. Pratiques favorisant la participation et la prise en compte du point de vue de la personne

La perspective de proposer un accompagnement basé sur les besoins et les choix des personnes accompagnées était un objectif poursuivi dès la mise en place du dispositif.

Cependant nous observons que la question de la participation des personnes accompagnées va bien au-delà d'une participation formelle et institutionnelle que nous avons pu observer ces 30 dernières années dans le champ du travail social, dans le champ sanitaire ou médico-sociale, où les initiatives visant la participation des personnes accompagnées se sont souvent limitées à la création d'instance participative, invitant les usagers ou les patients à prendre part à des décisions concernant les services ou seulement à les informer des cadres d'accompagnement. Les pratiques qui caractérisent l'accompagnement proposé par l'équipe EDI vont bien au-delà d'une participation institutionnelle et formelle. L'observation des pratiques montre en effet que l'accompagnement proposé consiste aussi à agir sur des dimensions souvent impensées par les modèles participatifs jusqu'ici, en cherchant notamment à intervenir sur les aspects qui pourraient freiner la prise en compte du point de vue de la personne et sa participation.

Dans le cadre de l'observation des pratiques qui favorisent la participation et la prise en compte du point de vue des personnes, 3 aspects de l'accompagnement se dégagent :

D'une part, nous observons qu'une partie de l'accompagnement vise à impliquer la personne dans le processus de définition des besoins.

D'autre part, l'accompagnement est également guidé par une perspective qui vise à favoriser le pouvoir d'agir des personnes accompagnées.

Enfin, les pratiques exercées visent à respecter la temporalité des personnes.

→ 8.2.1. PROCESSUS ET PRATIQUES DE CO-DÉFINITION DES BESOINS : LES ESPOIRS, SOUHAITS ET DÉSIRS PERSONNELS COMME MOTEUR DE L'ACTION

L'observation des pratiques (temps d'échanges autour d'une situation, observation des visites à domicile et des interactions entre les professionnels et les personnes accompagnées) montre une attention accrue des professionnels aux désirs des personnes et à leurs souhaits.

En effet, l'accompagnement proposé par l'équipe EDI a la particularité de considérer ces demandes «*personnelles*» comme le véritable moteur de l'action. Autrement dit,

c'est d'abord la dimension subjective d'un besoin – désir – qui permet d'engager une relation. Cette posture adoptée par les professionnels de l'équipe se concrétise à travers des pratiques informelles.

→ 8.2.1.1. DES PRATIQUES D'ÉCOUTE TRANSVERSALES ET À HAUT SEUIL DE TOLÉRANCE

L'identification de besoins personnels et du moteur de la relation repose sur des pratiques d'écoute généraliste ³».

L'observation des visites à domicile montre en effet que cette compétence d'écoute est une pratique au cœur de l'accompagnement proposé par l'équipe EDI. Les membres de l'équipe expliquent que le temps consacré aux conversations avec les personnes accompagnées est un outil pour identifier l'«*objet d'un désir*».

Les professionnels pratiquent ainsi une écoute généraliste et à haut seuil de tolérance quant aux demandes qui peuvent y être formulées. Il convient également de souligner la transversalité de cette pratique, qui n'est pas conditionnée à une formation spécifique.

3 La pratique d'écoute généraliste renvoie à une pratique d'écoute à haut seuil de tolérance quant aux publics reçus et aux demandes qui peuvent y être formulées. Autrement dit, la pratique d'écoute est ouverte à tous, sans condition préalable.

→ 8.2.1.2. LE DOMICILE COMME SPHÈRE D'OBSERVATION

La recherche d'un objet pouvant être le moteur de l'action repose également sur les capacités d'observation dont font preuve les professionnels lors des visites à domicile.

L'observation des pratiques nous montre ainsi que le logement ne constitue pas seulement un lieu d'intervention, mais également une sphère d'observation, permettant d'identifier, des besoins personnels qui ne pourraient être exprimés par le vecteur de la parole.

Le temps consacré aux visites à domicile offre la possibilité aux professionnels d'accéder aux habitudes de vie, aux préférences des personnes, la connaissance des pratiques du quotidien. Sur certaines situations, la création du lien a donc pu s'établir sur la proposition d'aménagement du domicile, d'un four, d'une aide pour paramétrer Netflix...

→ 8.2.1.3. PRATIQUES DE DÉSTIGMATISATION

L'observation des visites à domicile montre également l'attention des professionnels dans leur façon de présenter l'équipe aux personnes accompagnées.

Cette pratique s'inscrit dans un travail de déstigmatisation des représentations que les personnes peuvent avoir de l'accompagnement

social, des services de soins, qui peut sur certaines situations expliquer l'absence de sollicitation ou le refus d'être aidé. L'extrait d'entretien suivant, réalisé auprès d'une personne accompagnée redoutant les professionnels issus du champ médical nous montre comment la posture des professionnels a contribué à accepter leur aide.

Mme C: *donc voilà, quand ils sont arrivés, j'ai rencontré des gens très diplomatiques, très avenants, et ça, ça aide beaucoup. Parce qu'il y a besoin de mise en confiance si on veut faire entrer quelqu'un chez soi. Donc il y a eu une mise en confiance qui s'est faite petit à petit, et puis j'avais besoin d'être rassurée, parce que ça me faisait paniquer.*

Évaluatrice: *quand vous dites ils vous ont rassuré, c'est par des paroles, ou en vous donnant certaines informations ?*

Mme C: *par des mots surtout, parce que voilà, elle m'a dit que ça allait durer un moment, que c'était un travail de longue haleine. Je ne sais pas, ce n'est pas facile à dire. Le feeling est passé [...] C'est plus des gens qui viennent chez vous de façon amicale et qui ont un regard assez bienveillant quoi. C'est pas des soignants, c'est des gens qui viennent en aide. Ça fait du bien, parce que dans la médecine on se sent souvent un pion parmi tant d'autres, et eux ils essaient de lier contact, et surtout d'avancer au rythme de la personne et de pas*



froisser quoi. Non vraiment ils sont super. Ce n'est pas pour faire la pub.

Comme nous l'explique cette personne qui a bénéficié d'un accompagnement par l'équipe EDI, la relation de confiance passe aussi par des pratiques de déstigmatisation que les professionnels exercent via leur posture professionnelle : informer la personne du temps qui sera consacré au débarrasage, veiller à ne pas engager la relation à partir d'une vision purement médicale ont contribué ici à gagner la confiance de la personne.

Nous observons ainsi que le temps consacré aux visites à domicile est aussi consacré à des pratiques qui visent à déconstruire les représentations sociales des personnes accompagnées.

Ces pratiques de déstigmatisation résultent également d'un travail d'analyse interdisciplinaire effectué par l'équipe sur chaque situation.

Nous observons en effet une attention des professionnels à enquêter à la fois sur les facteurs psychologiques et sociaux permettant d'expliquer l'absence de demande de la personne, sa réticence ou son opposition à une proposition d'aide.

→ 8.2.1.4. LE TRAITEMENT DES DEMANDES PARALLÈLES COMME « TECHNIQUES RELATIONNELLES »

Au-delà de la fonction stimulante que la prise en compte de ces demandes personnelles peut avoir, les professionnels nous expliquent que le traitement de demandes parallèles est une technique relationnelle.

Éducateur spécialisé: *J'ai quand même des stratégies en tête. Quand on initie telle action, on peut verbaliser une chose avec la personne mais on a objectif un peu plus loin qu'on ne va pas forcément lui dire d'emblée, parce qu'on cherche quand même à l'amener ici. Ce n'est pas une grosse manipulation, on ne va pas faire des choses contre leur gré.*

Évaluatrice: *Oui, manipulation c'est un peu fort comme terme.*

Éducateur spécialisé: *Oui, je le dis exprès.*

Évaluatrice: *Tu as un exemple d'une situation où tu as mis en place ce type de stratégie ?*

Éducateur spécialisé: *Oui, une dame chez qui on intervient, dont le logement est très encombré et la cuisine très « incurique » avec une accumulation de déchets importante, des aliments en putréfaction. Et madame se plaint de souris. Elle a mis des pièges, des trucs à colle, il y a des souris mortes un peu partout. Elle en a tué 120 et il y en a toujours qui reviennent alors elle me dit : « comment ça se fait ? ». Donc je lui réponds : « Ben vous avez des*

aliments à l'air libre qui les attirent et tant qu'ils seront à l'air libre, elles reviendront. Il faudrait commencer à pouvoir débarrasser pour pouvoir aussi traiter contre les cafards». Elle me répond «j'ai mis du produit». Donc finalement, je lui ai dit que ça ne servait à rien parce que les pièges n'étaient pas accessibles, parce qu'elle avait un tas d'ordure et que si elle voulait pouvoir traiter il fallait pouvoir enlever ces choses pour mettre les pièges à cafard dans les coins parce que les cafards ils sont dans les coins. Et donc pour moi ça c'est une stratégie, parce qu'il y a du vrai dans ce que je lui dis, je ne mens pas, je ne pipote pas. Mais moi ce que j'ai en tête c'est d'enlever les ordures.

Évaluatrice: Tu n'as pas envisagé de lui dire frontalement qu'il fallait débarrasser?

Éducateur spécialisé: Non, parce que quand on y réfléchit, pour-quoi faudrait-il débarrasser?

Évaluatrice: Alors pourquoi c'est nécessaire de débarrasser?

Éducateur spécialisé: Moi j'ai ça en tête parce que les techniciens ne veulent plus intervenir chez elle parce que c'est sale et que ça sent mauvais. Et tu ne peux pas lui dire frontalement, parce que c'est une personne si tu lui dis: «regardez, ça ce sont des poubelles», elle te répond: «non ce sont mes affaires, je m'en occuperai plus tard». Il y a un déni important. Ça c'est dans les situations de vrais Diogène, Selon la littérature, il n'y a

pas de honte, il y a un déni de la situation, donc là tu vois quand même il faut user de stratégie parce que si tu y vas frontalement, ça va servir à rien, la personne va te dire merci bien j'ai besoin de rien. Donc forcément chez cette personne moi je me suis fait introduire avec une demande autour de l'électricité qui ne fonctionnait pas bien, donc je lui ai dit que je pouvais regarder, et sur plusieurs semaines je suis allé un peu plus loin sur ce problème d'électricité, en allant voir les prises, en allant voir machin, et donc du coup j'ai quand même ce regard que je n'aurais pas pu avoir sans ça. Je ne suis pas électricien. Je n'ai pas pu faire grand-chose, j'ai pu réparer un fusible et ça a suffi à résoudre des choses. Mais après pour sa demande qui est le chauffe-eau, il a fallu faire intervenir quelqu'un, et ce quelqu'un il ne veut pas venir, parce qu'il y a ça.

Comme nous l'explique l'éducateur spécialisé de l'équipe, le traitement de demandes «personnelles» permet d'atteindre des objectifs que les personnes accompagnées ne sont pas toujours en mesure d'identifier, en raison du déni parfois associé au syndrome de Diogène.

Apporter une réponse à ces besoins «personnels» constitue ainsi une technique relationnelle. Cependant, comme nous pouvons l'observer, la particularité du travail effectué par l'équipe EDI sur cette question de l'adhésion est que celui-ci ne vise pas seulement recueillir le consentement de la

personne, mais il s'agit en réalité de chercher ou de coconstruire, avec la personne, le sens que pourrait avoir une activité de débarrassage ou de nettoyage du logement.

→ 8.2.2. PRATIQUES FAVORISANT LE POUVOIR D'AGIR DES PERSONNES :

→ 8.2.2.1. UNE MULTI RÉFÉRENCE QUI PERMET DE SORTIR D'UNE REPRÉSENTATION FIGÉE DE LA PERSONNE

Au cours d'une visite à domicile, Mme F se présente comme une personne très affaiblie par ses différentes problématiques de santé. En sortant du logement, je fais part à l'éducateur spécialisé de mon impression sur les capacités physiques de Mme F : selon moi, son état de fatigue physique ne permettrait pas de nouveau une accumulation. L'éducateur spécialisé me reprend :

Éducateur spécialisé : *Eh bien non figures toi. La puissance du psychique il ne faut surtout pas la minimiser. C'est une battante Mme F. L'autre jour, Véro - l'infirmière - m'a dit qu'elle était impressionnée par la force dont elle faisait preuve pour soulever son cadi à bout de bras. Elle l'a vu revenant de course et remonter son cadi dans l'escalier alors qu'elle habite au deuxième étage. Elle c'est une battante. Il y a ce*

qu'elle donne à voir pour valider la plainte, mais elle a un fonctionnement psychique qui lui permet de surmonter tout ça. Donc tout le travail de désencombrement du logement a été fait quand elle était hospitalisée. Et en plus elle était immobilisée en sortant d'hospitalisation, c'est là où il y a eu les infirmières à domicile. Donc elle pouvait plus sortir. Mais maintenant qu'elle recommence à sortir tous les jours, on reste vigilant. Elle a un potentiel de Diogène cette dame, avec de l'accumulation compulsive. Mais pour l'instant, non, ça ne se reproduit pas.

Cette vignette nous montre comment, les personnes accompagnées peuvent se montrer sous des jours différents selon l'interlocuteur qu'ils ont en face. Lors de cette visite à domicile avec l'éducateur spécialisé, Mme F a investi la plainte et une relation d'écoute, se montrant affaiblie et fatiguée.

Cependant, l'accompagnement en multi référence permet à l'éducateur spécialisé de prendre conscience que cette incapacité est située. En effet, c'est dans sa relation avec l'infirmière de l'équipe que Mme F se montre sous un aspect combattant et déploie ses capacités physiques.

Changer d'interlocuteur, offrir à la personne la possibilité d'investir différentes modalités relationnelles est une dimension importante d'un

accompagnement qui vise une plus grande implication de la personne.

L'accompagnement en multi référence est mobilisé comme outil de perception qui permet aux professionnels de sortir d'une représentation figée de la personne, d'appréhender la dimension fluctuante et dispositionnelle des capacités, condition nécessaire pour inviter une personne à prendre part à l'accompagnement.

→ 8.2.2.2. UNE ATTENTION AUX FORMES MINIMALES DE PARTICIPATION

L'observation qualitative montre également l'attention des professionnels à reconnaître ce que nous pouvons nommer des « formes minimales de participation ».

L'un des membres de l'équipe explique : *« bon M. M, tu vois, pendant le débarrassage, c'est peut-être rien, mais il nous préparait à manger quand on remplissait les sacs poubelles ou il pouvait passer un petit coup de balais à la fin. Alors ça peut faire un peu rire parce que nous on remplit les sacs, mais ce sont des formes de participation qui sont minimales et quand même, il était là et il faisait avec nous. Et puis on s'aperçoit très vite que ça évolue. Petit à petit, les personnes elles en font de plus en plus. »*

L'attention à ces formes minimales de participation est d'abord une nécessité pour envisager une

approche non coercitive, où l'on reconnaît la capacité des personnes à exercer leur droit de regard sur les objets à conserver ou à jeter, les aménagements à faire...

Mais c'est également dans une perspective thérapeutique que la reconnaissance de ces formes minimales de participation est importante. En effet, l'activité de débarrassage est aussi une activité dans laquelle la personne est invitée à prendre part à un projet collectif.

Or, dans le cadre des premiers entretiens réalisés avec les personnes accompagnées, nous identifions la dimension thérapeutique de cette invitation à prendre part :

« On a bien bossé ensemble. »

« C'est plus que des travailleurs sociaux, c'est des amis. »

« Je sais pas comment vous dire madame, c'est comme une famille et ils me l'ont dit : on est complémentaire. Avec moi, ils sont complémentaires. »

Le sentiment d'appartenance à une équipe revient de façon récurrente dans la parole des personnes accompagnées et semble alimenter un besoin de reconnaissance de personnes qui se sentent diminuées, incapables et être à l'origine de leur remise en mouvement.

Cet aspect nous semble important à approfondir dans le cadre de la phase 2 de l'évaluation et la suite

des entretiens qui seront réalisés avec les personnes accompagnées ;

→ 8.2.2.3. PRATIQUES D'INFORMATION ET DE TRADUCTIONS

L'observation des pratiques nous montre que les démarches administratives – constitution d'un dossier médical, social, juridique... – est mobilisé dans une double perspective.

D'une part, ces démarches sont faites par nécessité, dans la perspective de répondre à un besoin social, d'accès à un service..., mais font aussi l'objet de pratiques de traduction.

Nous observons l'attention systématique des professionnels à informer les personnes accompagnées sur les conséquences occasionnées par les démarches entreprises, mais aussi sur les modalités de réalisation de ces démarches.

Cette attention nécessite parfois des pratiques de traduction, à l'égard notamment du langage institutionnel ou de la technicité d'une démarche ou d'un dossier.

Assistante sociale: *le dossier de l'AAH vous y avez réfléchi? Vincent - éducateur spécialisé - m'a dit que vous étiez inquiet par rapport à la recherche d'un emploi.*

M. C.: *le RSA ils m'ont dit que je ne pouvais pas le toucher.*

Assistante sociale: *oui, c'est vrai, mais au lieu de toucher 500 euros de RSA, l'AAH vous permettra de toucher 900 euros. Vous gagnez en revenus, ça vous permet d'avoir un capital de remboursement plus élevé avec l'AAH qu'avec le RSA. Alors si vous avez l'AAH vous ne percevez pas le RSA et la CMU aussi elle n'est pas renouvelée de la même façon et vous perdez la prime de fin d'année. En revanche si vous cherchez à travailler, vous n'êtes pas obligé de dire que vous avez une reconnaissance adulte handicapé vous n'êtes pas obligé de le dire à votre employeur. »*

→ 8.2.2.4. DES PRATIQUES DE PSYCHOÉDUCATION

On observe également la mise en oeuvre de pratiques de psychoéducation auprès des personnes accompagnées. Ainsi, la psychologue de l'équipe a pu aborder avec Mme N ses difficultés d'organisation et de planification des tâches qui s'opposent avec son souhait de débarrasser son logement. Pour Mme P, la psychologue de l'équipe a proposé un travail psychoéducatif autour de ces hallucinations auditives. A propos de la situation de Mme G, la psychologue écrit :

« Madame externalise beaucoup, et dans cette perspective, il lui est donc difficile d'entrevoir une part de

responsabilité personnelle dans ses déboires. Un échange avec elle met l'accent sur la dualité à laquelle elle doit faire face entre les envies de rétablissement (réinvestir les lieux, gagner de la place...) et ses difficultés à se séparer des objets. »

Ces pratiques de psycho éducation visent ainsi à informer les personnes sur leurs troubles afin de « promouvoir » leur capacité à y faire face, et à amener les personnes à identifier la façon dont ils peuvent agir pour éviter des conséquences indésirables et faire évoluer leur situation. Ces pratiques de psycho éducation se présentent ainsi comme des outils intégrés dans une approche orientée par le pouvoir d'agir, qui considère la personne comme un acteur à part entière de son accompagnement.

Il est important de souligner que la question du rapport aux objets et à l'habitat ne fait pas l'objet de façon systématique d'un accompagnement psychologique. En effet, comme nous l'explique la psychologue de l'équipe, dans une perspective de réduction des risques, c'est lorsque le rapport aux objets ou à l'habitat a des conséquences négatives sur la vie psychique et/ou sociale des personnes que celui-ci peut faire l'objet d'un travail thérapeutique psychologique.

Psychologue : *On ne peut pas considérer que l'accumulation d'objet ou l'état du logement soient des symptômes. Si je dois aborder la question*

de l'hygiène avec une des personnes accompagnées, ça va plutôt être une porte d'entrée, un prétexte pour accéder à sa vie psychique, mais ce n'est pas une fin en soi que la personne soit propre. Sur Diogène, incurie, on va parler d'un mode de vie et d'ailleurs la littérature scientifique peine à définir ce que sont le syndrome de Diogène ou l'incurie.

Évaluatrice : *Donc si une personne se met du jour au lendemain à ranger son logement ça ne veut pas dire qu'elle va mieux.*

Psychologue : *Absolument pas. Au contraire, ça va susciter beaucoup de questions d'ailleurs. Si ça fait beaucoup de temps que la personne vit dans cette situation ça peut être inquiétant. D'une façon générale, une rupture avec le comportement habituel ça va m'interpeller.*

De façon plus objective, on observe que l'accompagnement psychologique peut être proposé sur la base des indicateurs suivants :

- La personne formule la demande
- Le trouble ou le comportement de la personne vient compromettre le projet ou les souhaits de la personne
- L'identification par l'équipe d'une rupture dans le comportement ou les habitudes des personnes.

→ 8.2.2.5. LA QUESTION DU POUVOIR D'AGIR COMME INDICATEUR

Cette perspective du pouvoir est aussi un indicateur qui permet à l'équipe de prendre des décisions relatives à la poursuite de l'accompagnement comme l'illustre la vignette suivante :

Après plusieurs mois d'accompagnement, l'appartement de Mme N est désencombré, et l'état de son logement ne pose plus de problématique majeure. Cependant, Mme N est toujours en demande d'un accompagnement et exprime notamment le besoin de rencontrer la psychologue de l'équipe régulièrement. Si le besoin de Mme N est réel, l'équipe s'interroge sur la nécessité de poursuivre l'accompagnement. En réunion, l'équipe analyse que Mme N a su solliciter par le passé des psychologues et s'engager dans un travail thérapeutique. L'équipe décide de se retirer progressivement de cette situation.

Sur cette situation, on observe ainsi que la capacité des personnes à mobiliser par leurs propres moyens reste un élément central pour préserver le sens des missions de l'équipe EDI.

→ 8.2.3. LA PRISE EN COMPTE DE LA TEMPORALITÉ DES PERSONNES

→ 8.2.3.1. UN DÉBARRASSAGE PROGRESSIF ET ÉVOLUTIF

Après 1 an de pratique, les membres de l'équipe observent que le temps dédié au débarrassage est d'environ 1h30.

Ce temps dédié à l'activité de débarrassage est une façon de préserver la temporalité des personnes : le fait d'espacer les interventions permet d'éviter le sentiment de persécution ou de spoliation qui risquerait de fragiliser la relation.

On observe également que le fait d'intervenir de façon espacée et régulière, permet d'exercer une veille sur l'évolution de l'état du logement, qui constitue, pour les professionnels un indicateur de l'impact de leur accompagnement.

Dans le cadre des premiers entretiens réalisés avec les personnes accompagnées, nous observons également que cet espacement entre les temps dédiés au débarrassage a une fonction stimulante et permet une remise en mouvement des personnes qui se sentent investies d'un devoir d'hospitalité envers l'équipe. Enfin, limiter le temps de débarrassage est aussi une façon de préserver les professionnels de cette activité laborieuse psychiquement et physiquement comme nous le montre la vignette

suyante qui illustre ma propre expérience de cette activité :

Le logement de Mme T est rempli, au point où certaines pièces ont perdu leur fonctionnalité et ne sont plus accessibles du fait de leur encombrement. Les insectes grouillent, les murs sont parsemés de déjections de mouches et une odeur nauséabonde envahit l'appartement.

Cependant, aussi surprenant que cela soit, la situation d'accompagnement et l'enjeu de la relation m'amène à mettre mes sens en veille ce qui me permet très vite de m'atteler au débarrassage de la cuisine, objectif que nous nous sommes fixés aujourd'hui avec l'éducateur spécialisé de l'équipe et Mme T. Un travail d'équipe se met rapidement en place : du fait du peu d'espace dont nous disposons dans la cuisine, je me place derrière l'éducateur spécialisé qui remplit des sacs de 100L.

Très vite, les sacs s'accumulant, il devient nécessaire de descendre les deux étages qui nous séparent de la benne à ordures, notamment pour éviter les remarques des voisins qui passent dans le hall. Devant l'ampleur de la tâche, l'éducateur spécialisé me propose de s'atteler à cette tâche et nous inversons nos places. Au bout de 4 allers-retours, la fatigue commence à se faire ressentir pour lui, d'autant plus que son attention est toujours dirigée vers les réactions

et les attitudes de Mme T durant cette opération de débarrassage.

De mon côté, les deux pieds dans la crasse, c'est le moral qui commence à faiblir : plus j'avance dans la pièce et moins je me sens à l'aise. Je commence à redouter la présence des insectes que l'on devine par le bruit. Mes sens se remettent en éveil, l'odeur commence à m'incommoder, l'état de la cuisine à m'écoeurer. Ces limites éprouvées par le corps semblent sonner la fin de ce débarrassage aujourd'hui.

→ 8.2.3.2. UNE CAPACITÉ D'ADAPTATION À L'AGENDA DES PERSONNES

Enfin, c'est aussi dans la perspective d'aller vers que se réalise ce principe de respect de la temporalité des personnes en laissant la possibilité à la personne de choisir les lieux et horaires de rendez-vous.

→ 8.2.3.3. DES ÉVALUATIONS ET DES ACCOMPAGNEMENTS PSYCHOLOGIQUES POUR PRÉVENIR LES RISQUES EN TERME DE SANTÉ MENTALE.

D'une façon générale, on observe au sein de l'équipe une attention accrue à la santé mentale des personnes accompagnées. Dans cette perspective, l'équipe est attentive à la façon dont l'accompagnement pourrait venir impacter le bien être

des personnes. Dans ce cadre on observe plusieurs apports liés aux compétences de la psychologue.

D'une part, on observe que sur certaines situations, un soutien psychologique a pu être proposé à des personnes chez qui la perspective de débarrasser ou de se séparer des objets a pu susciter des inquiétudes ou du stress. D'autre part, on observe que l'évaluation de la santé mentale des personnes participe à une individualisation de l'accompagnement, les propositions d'accompagnement étant adapté à la temporalité et la vulnérabilité des personnes. Il est important de noter que l'évaluation de la santé mentale des personnes est devenue une activité collective. En effet, les éléments relatifs à l'évolution de la santé mentale des personnes, observés par les différents intervenants durant les visites à domicile, sont régulièrement transmis à la psychologue de l'équipe. Sur ce point, on observe qu'une des perspectives d'évolution pourrait être de systématiser l'évaluation en santé mentale des personnes au moment de leur inclusion dans le dispositif. Cependant, on peut anticiper des risques liés à cette évolution. En effet, certaines personnes peuvent être réticentes à l'idée d'être accompagnée par un psychologue et proposer une évaluation en santé mentale systématique pourrait complexifier l'Aller vers.

→ 8.2.3.4. UNE PLURIDISCIPLINARITÉ AU SERVICE DES PRIORITÉS DES PERSONNES.

La mise à disposition dans l'équipe de différents types de spécialités participe également à la prise en compte de la temporalité des personnes : la présence des différentes compétences au sein de l'équipe permet de répondre aux urgences administratives, sociales, somatiques, psychologiques, liées au logement des personnes.

→ 8.2.3.5. DES PROFESSIONNELS « INTERCHANGEABLES » POUR ÉVITER LES RUPTURES

La prise en compte de la temporalité individuelle se réalise également à travers la façon dont l'accompagnement en multi référence permet de gérer les risques de rupture.

Certains accompagnements sont fragiles et les personnes peuvent initier - pour des raisons personnelles, sociales ou psychologiques - la fin de prise en charge. Dans ce cadre, nous observons que les professionnels peuvent avoir recours à l'équipe et que la possibilité d'interchanger les intervenants permet de maintenir le lien aux personnes accompagnées.

8.3. Pratiques orientées vers un objectif d'inclusion de la personne dans son environnement

Cette partie de l'évaluation vise à identifier les pratiques orientées vers un objectif d'inclusion de la personne dans son environnement. Plus précisément cette partie du rapport vise à identifier les types d'activités réalisées en internes et celles qui mobilisent des partenaires pour :

- Le maintien ou l'accès des personnes aux droits
- L'inscription de la personne dans un parcours de soins
- Le maintien de la personne dans le logement
- L'inscription de la personne dans son environnement social.

L'évaluation se base à la fois sur l'analyse des parcours (observation des pratiques et analyse des comptes rendus de l'activité rédigés dans le cadre du logiciel métier) et sur des entretiens réalisés avec les partenaires mobilisés dans l'accompagnement dont la liste est précisée p.13 du rapport)

→ 8.3.1. PRATIQUES D'ACCOMPAGNEMENT POUR L'ACCÈS ET LE MAINTIEN DES DROITS

→ 8.3.1.1. L'ACCOMPAGNEMENT À L'OUVERTURE ET AU MAINTIEN DES DROITS COMME SUPPORT DE LA RELATION.

Les problématiques liées à l'ouverture ou la mise à jour des droits mobilisent un temps d'accompagnement important pour la réalisation de tâches administratives (constitution des dossiers, récupération de pièces administratives auprès des travailleurs sociaux, mise en relation avec des acteurs du champ sanitaire pour la production de certificats médicaux...). Ces tâches administratives se répartissent entre le temps des visites à domicile et le temps de travail au bureau. Elle se répartit aussi ainsi entre les membres de l'équipe selon le principe de multi référence ou se reporte plus spécifiquement sur le poste d'assistante sociale, lorsque l'ouverture des droits nécessite une forme d'expertise (connaissance des critères exigés pour l'ouverture de droits, maîtrise du réseau et des services où effectuer les demandes...). On observe ainsi que sur cette activité d'accompagnement le liens avec les partenaires (services sociaux de droit commun, mandataires judiciaires) est avant tout fonctionnel (échange d'information sur la



technicité d'un dossier, transmission de pièces administratives). Cette faible collaboration avec les travailleurs sociaux extérieurs s'explique en partie par l'absence de pratiques d'aller vers dans les services de droit commun.

Travailleur social CCAS: *Nous on intervient auprès de personnes qui sont en demande. On ne peut pas faire de l'aller vers comme le fait EDI. Alors on peut insister une ou deux fois quand on nous signale la situation, d'une personne vulnérable. Ou on peut se déplacer à domicile quand c'est une personne âgée, mais ça ne va pas plus loin. Et puis on voit que les personnes qu'ils accompagnent, elles ont besoin de proximité, qu'on vienne chez elle, et ça, c'est difficile pour nous. On n'est pas tous prêt à se rendre à domicile. J'ai une collègue qui refuse catégoriquement, parce qu'elle trouve que ça l'expose trop. Finalement, c'est assez aléatoire, ça dépend fortement des travailleurs sociaux.*

Cette assistante sociale du conseil départemental constate aussi que l'évolution du travail social laisse peu de temps au travail «relationnel» :

Assistante sociale conseil départemental: *Moi je vois les évolutions qu'il y a eu ces 20 dernières années. Notre travail se technicise de plus en plus. Mes effectifs ont doublé et c'est au détriment du travail relationnel qu'on pouvait faire avant avec les personnes. On a*

plus le temps pour les visites à domicile aussi. Donc forcément, c'est difficile pour nous d'accompagner ce public.

Comme le soulignent ces travailleurs sociaux, l'évolution des cultures professionnelles, l'augmentation des files actives et la logique de contractualisation laissent peu de place aux pratiques d'aller vers dans les services sociaux de droits commun. Ce phénomène limite ainsi la transmission des situations de l'équipe EDI vers les services de droit commun, et l'accompagnement social se fait souvent de façon parallèle. On observe ici un risque : celui d'une perte de sens de la mission de EDI avec le glissement d'un accompagnement qui viendrait compenser les manques ou combler les «impuissances» des services de droit commun.

Aussi, il nous paraît important de resituer l'accompagnement aux droits pratiqué par l'équipe EDI dans une démarche d'Aller vers. En effet, la question de l'accès aux droits n'est pas seulement un objectif visé par l'équipe. En pratique, proposer aux personnes une aide pour la mise à jour des droits à la retraite, un accompagnement pour la constitution d'un dossier de surendettement ou pour effectuer une demande d'APA sont des entrées privilégiées pour amorcer une relation. L'accompagnement social se présente ainsi comme un support, un outil pour la création du lien.

→ 8.3.1.2. LES PRATIQUES D'ACCOMPAGNEMENT " PHYSIQUES "

L'accès aux droits repose aussi sur de nombreuses pratiques d'accompagnements physiques qui s'inscrivent dans une logique de lutte contre le non-recours dont la nature peut être à la fois sociale ou psychologique.

Des problématiques de mobilité : certaines personnes n'ont pas de moyen de locomotion ou leur mobilité est réduite du fait de certaines incapacités physiques. L'accompagnement physique se présente ainsi comme une alternative aux visites à domicile peu pratiquées par les services sociaux de droit commun.

Des facteurs psychologiques : la rencontre avec un travailleur social peut constituer une épreuve pour certaines personnes en raison de leur fragilité psychologie et d'une représentation sociale négative du travail social en lien avec leurs expériences personnelles.

Dans cette même logique, l'équipe peut également prendre des rendez-vous pour les personnes qui ont des difficultés à identifier les services sociaux

→ 8.3.1.3. DES VISITES À DOMICILE TRIPARTITES POUR ASSURER LA CONTINUITÉ DE L'ACCOMPAGNEMENT

Même si l'on observe l'organisation de quelques visites à domicile tripartites, cet outil n'est pas mobilisé de façon systématique. Il nous semble important de resituer l'apport de cet outil pour l'accompagnement des personnes et la transmission des situations à d'autres partenaires.

Mme K rencontre des problématiques de santé qui limite son autonomie dans la gestion de la vie quotidienne. L'équipe a donc fait une demande d'APA auprès du conseil départemental pour la mise en place d'une auxiliaire de vie. Une visite à domicile est organisée chez Mme K avec une assistante sociale du conseil départemental chargée d'instruire la demande. La visite s'effectue dans le salon au milieu des livres, des jouets et divers objets entassés. En effet, même si les interventions de l'équipe EDI ont permis d'améliorer la circulation dans le logement permettant aujourd'hui d'envisager d'introduire une auxiliaire de vie, le logement reste malgré tout très encombré. Mme K manifeste en effet un très grand attachement à ses objets et a du mal à s'en séparer. L'assistante sociale de l'équipe EDI finit finalement par aborder cette question devant l'assistante sociale du conseil départemental.

Assistante sociale EDI: *il faut quelqu'un qui ne jette pas c'est ça Mme K?*

Assistante sociale conseil départemental: *oui, c'est ce que je comprends. C'est donc ça que vous souhaiteriez ?*

Mme K: *oui parce qu'il y a des choses qui traînent et que je ne vais pas ramasser tout de suite.*

Assistante sociale conseil départemental: *d'accord, c'est très angoissant pour vous si on touche à vos objets ?*

Mme K: *oui*

Assistante sociale conseil départemental: *Donc oui, ce que vous souhaiteriez, c'est une personne qui puisse s'adapter le plus possible à votre situation. Parce que votre maison voilà c'est votre univers. Après voilà c'est un échange aussi qu'il faut organiser entre vous par rapport à ce que vous souhaitez, par rapport au travail aussi qui est fait avec l'équipe.*

L'intérêt des visites à domicile tripartites, se situe dans la façon dont cet outil peut opérer le prolongement d'un accompagnement individualisé. Lors de ces visites, la posture du professionnel de l'équipe EDI devient celle d'un médiateur dont la présence facilite l'ouverture d'un dialogue sur le trouble d'accumulation que les partenaires ne sont pas toujours enclin à aborder. On observe également la vigilance que l'équipe exerce sur la capacité des partenaires à proposer une intervention adaptée. Enfin, comme nous l'explique cette auxiliaire de vie,

l'organisation de rencontres tripartites peut aussi constituer un soutien pour des professionnels qui ont une connaissance approximative voire caricaturale du syndrome de Diogène et des situations d'incurie dans l'habitat.

Auxiliaire de vie: *Moi quand on m'a demandé d'intervenir chez M. B j'ai tout de suite dit non, j'avais peur, je m'étais renseignée un peu et j'avais vu des photos sur internet avec des choses vraiment ignobles... Bon après ils m'ont dit qu'il était très gentil donc j'ai dit que j'étais d'accord pour le rencontrer mais c'est vrai que le fait d'avoir été introduite ça m'a vraiment rassuré parce qu'au départ je devais le rencontrer seule.*

→ 8.3.1.4. UNE POSTURE DE PORTE PAROLE QUI PEUT FRAGILISER LES RAPPORTS AVEC LES PARTENAIRES

L'attention portée par l'équipe au bien être des personnes dans leur environnement peut conduire à adopter une posture de porte-parole des demandes et souhaits des personnes. On observe que cette posture peut fragiliser les rapports avec les partenaires, et être vécu sur le mode de l'ingérence comme cela été le cas sur la situation de M. L.

Suite à un incendie dans son logement M. L, la mandataire de M. L a obtenu son placement en EHPAD. Au

cours d'une rencontre avec l'équipe EDI, M. L exprime son mal être : il est encore très attaché à son ancien lieu de vie, a beaucoup de difficultés à s'identifier au public accueilli dans le nouvel établissement et souhaiterait pouvoir bénéficier de plus d'autonomie (le règlement intérieur de l'EHPAD contraint sa consommation de tabac). L'équipe a donc porté les souhaits de M. L auprès de la mandataire dont la réponse à l'équipe se limite à réaffirmer le cadre légal dans lequel cette décision s'inscrit.

Le souci que l'on porte à la personne recouvre différentes types réalités qui diffèrent selon le cadre d'intervention des professionnels. Pour un mandataire judiciaire, le souci de protection des personnes vise la sécurité et l'intégrité des majeurs protégés. Pour l'équipe EDI la perspective de proposer un accompagnement qui personnalise invite à porter l'attention sur les désirs et souhaits des personnes. L'équipe peut ainsi se retrouver à adopter une posture de porte-parole. La limite d'une telle posture s'éprouve lorsque les cadres d'intervention des partenaires ne permettent pas d'aboutir à une forme de compromis. En effet, sur cette situation, le cadre légal dans lequel s'inscrit la mission du mandataire judiciaire fixe précisément des circonstances où les mandataires peuvent se substituer à la personne pour le choix de leur lieu de vie. Dans ce contexte, la posture de porte-parole peut être vécue comme une

forme d'ingérence. On observe donc un intérêt à rester vigilant quant à l'adoption de cette posture dans le cadre des relations partenariales.

→ 8.3.2. PRATIQUES D'ACCOMPAGNEMENT POUR L'INSCRIPTION DES PERSONNES DANS UN PARCOURS DE SOINS

→ 8.3.2.1. PRATIQUES D'ORIENTATION VERS LES DISPOSITIFS DE SOINS

L'orientation des personnes vers des dispositifs de soins s'opère à partir des demandes formulées par les personnes ou des besoins évalués par l'équipe. On observe dans ce cadre des orientations vers les médecins généralistes pour les personnes qui n'en avaient pas, mais aussi des médecins spécialistes : ophtalmologue, cardiologue, kiné, dentistes ...

L'activité d'orientation vers des dispositifs de soins nécessite également la réalisation d'une évaluation de la situation sociale des personnes sur l'existence de droits. Pour les personnes sans droits ouverts, l'équipe a pu mobiliser le dispositif de la PASS dans l'attente d'une ouverture des droits. On observe également un recours au plateau somatique d'Edouard Toulouse pour des personnes suivies par le secteur.



L'orientation vers le soin ne souffre pas d'un manque de dispositif adapté sur le territoire. Cependant, l'accompagnement vers les soins peut être fragilisé par la vulnérabilité psychologique des personnes et/ou leur manque d'autonomie engendrant alors des pratiques d'accompagnements supplémentaires.

→ 8.3.2.2. AU-DELÀ DE L'ORIENTATION : ACCOMPAGNEMENTS PHYSIQUES ET PRATIQUES DE TRADUCTION

Face au manque d'autonomie des personnes ou à leur fragilité psychologique, des pratiques supplémentaires et transversales se sont déployées. On observe notamment :

Des pratiques de suivi du parcours : rappel des rendez-vous notamment pour des personnes qui ont du mal à se mobiliser ou qui souffrent de troubles de la mémoire. On observe également dans ce cadre des pratiques de traduction des bilans de santé ou des pratiques d'éducation thérapeutiques auprès des personnes qui ne sont pas toujours en capacité de comprendre leurs problématiques de santé et les conséquences que cela pourrait occasionner.

Des pratiques d'accompagnements physiques aux rendez-vous pour lutter contre des situations de

non-recours occasionnées par le manque de mobilité des personnes ou pour les personnes chez qui ont exprimé l'anxiété que peuvent générer les rendez-vous médicaux.

La proposition d'alternatives pour des personnes fragiles psychologiquement : on observe notamment que l'équipe a pu orienter une personne avec des droits récemment ouverts vers le dispositif de la PASS afin que la reprise des soins puisse se faire avec un professionnel de santé connu et identifié par la personne. Cette orientation résulte d'un accord entre la PPAS et l'équipe EDI.

→ 8.3.2.3. LES PRATIQUES D'ÉVALUATION DES TROUBLES DE SANTÉ MENTALE

→ 8.3.2.3.1. ÉVALUATION DES TROUBLES DE SANTÉ MENTALE EN INTERNE

En interne, l'équipe a pu mobiliser le psychiatre et la psychologue de l'équipe pour évaluer la présence de troubles psychiatriques ou la détresse psychologique des personnes accompagnées. L'évaluation se base sur l'identification de critères objectifs (expression d'une forme de souffrance récurrente, repérage de symptômes - hallucinations auditives ou visuelles). En pratique, on observe que la réalisation d'évaluation des troubles

psychiatriques arrive tardivement dans le processus d'accompagnement et nécessite un travail sur le long terme pour obtenir le consentement des personnes. L'arrivée tardive du psychiatre dans l'équipe peut aussi expliquer le faible taux d'évaluation psychiatriques.

Au-delà de l'apport de ces pratiques d'évaluation pour la santé mentale des personnes, on observe que la possibilité de procéder à des évaluations psychiatriques en interne est un apport pour l'ensemble des membres de l'équipe. Les membres de l'équipe ont en effet pu exprimer que la possibilité de partager des éléments d'observations avec le psychiatre est une ressource pour se positionner et évaluer les risques « réels » face à l'expression de souffrances importantes comme la formulation d'idées suicidaires.

→ 8.3.2.3.2. ÉVALUATION DES TROUBLES DE SANTÉ MENTALE À PARTIR DES RESSOURCES EXTERNES

Certaines évaluations psychiatriques ont pu être réalisées par l'UMPPA qui a orienté plusieurs situations vers l'équipe EDI. Le lien avec les personnes avait donc été travaillé avant l'inclusion des personnes dans le dispositif. On observe également que l'évaluation de troubles psychiatriques a pu être réalisée par des services de soins intra-hospitalier suite à un événement indésirable – accident de la route. Pour cette

situation, c'est notamment l'activité de veille de l'équipe sur la situation et une forme de proximité avec l'entourage de la personne qui a permis d'établir rapidement un lien avec le service hospitalier. La psychologue a pu partager ses inquiétudes quant à la situation et faire part de ses observations cliniques ce qui a permis d'enclencher une évaluation puis un suivi psychiatrique pour la personne.

→ 8.3.2.4. LES DIFFÉRENTES PRATIQUES DE COORDINATION

On observe 5 types de coordination

- Des pratiques de coopération entre l'équipe EDI, et des acteurs du soin (infirmière libérale, gestionnaire de cas MAIA) où les partenaires peuvent venir se suppléer pour transmettre des informations médicales à la personne ou l'accompagner à des rendez vous médicaux... cette coordination s'inscrit dans le cadre d'une activité qui vise la continuité ou la sécurisation du parcours de soins pour les personnes fragiles.

- Des pratiques de veille autour du parcours de soins, notamment pour les personnes bénéficiant un suivi psychiatrique. On observe notamment une transmissions d'informations entre les CMP et l'équipe EDI à propos de rendez vous médicaux non honorés ou l'adaptation de la personne à son traitement médical

- Des pratiques de coordination qui visent une orchestration harmonieuse des opérations de débarrassage organisée autour de la participation des personnes. L'équipe a ainsi pu obtenir l'autorisation de services de soins pour des sorties temporaires afin que le débarrassage soit effectué en présence des personnes.

- La coordination autour des opérations de débarrassage est aussi technique et vise à coordonner les interventions des entreprises de débarrassage avec celles des entreprises de désinsectisation et l'activité de tri réalisée par la personne.

- Des pratiques de coordination autour des conséquences des différentes interventions sur la santé mentale des personnes ou sur le lien entre la personne et l'équipe. On observe ainsi une répartition des rôles entre partenaires pour l'annonce d'une mise sous protection, la mise en place d'un partenariat avec la DGPR pour la gestion des troubles de viosinnage.

→ 8.3.2.5. LA QUESTION DE L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES AVEC DES TROUBLES COGNITIFS

Au cours de l'expérimentation, l'équipe s'est retrouvée à plusieurs reprises confrontées à des personnes atteintes de troubles cognitifs. Le partenariat avec les équipes spécialisées

dans l'évaluation de personnes atteintes de trouble cognitif a constitué un véritable support pour réorienter ce public. En effet, comme l'observe la personne occupant le poste de médecin généraliste au sein de l'équipe EMC2, l'accumulation d'objets ou l'état d'incurie d'un logement peut être un symptôme associé à une démence ou une perte des capacités cognitives. Ce symptôme est identifié chez environ 10% des personnes suivies actuellement par l'équipe EMC2. Il est donc important, pour préserver les missions de l'équipe de préserver ce partenariat.

Cependant, dans certaines situations l'accumulation d'objets ou l'état d'incurie du logement ne sont pas associés aux troubles cognitifs. Le médecin de l'équipe EMC2 observe en effet que le syndrome de Diogène peut être antérieur et se juxtaposer aux troubles cognitifs. La complexité de ces situations résulte de plusieurs facteurs :

L'état du logement peut constituer un frein pour le maintien à domicile de ces personnes, l'inhospitalité du logement pouvant faire obstacle à l'introduction des infirmiers libéraux à domicile, d'auxiliaire de vie...

L'intervention sur l'habitat n'est pas comprise dans le mandat de l'équipe mobile EMC2 qui se limite à une mission d'évaluation et d'orientation et

reste limitée pour les gestionnaires de cas des MAIA qui intervient seulement sur l'adaptation de l'habitat aux problématiques de santé.

Enfin, du côté de l'équipe EDI, l'altération des capacités cognitives et les troubles mnésiques sont identifiés comme un frein pour l'accompagnement qui repose avant tout sur la création d'un lien.

Cependant, le travail partenarial ne semble pas impossible sur ces situations. Un travail complémentaire entre l'équipe EDI, une gestionnaire de MAIA et l'équipe EMC2 s'est mis en place autour de la situation de Mme. D. facilitant ainsi la mise en place d'étayage à domicile. Cependant, il est important de noter que sur cette situation, la maladie d'Alzheimer à l'origine les troubles cognitifs était à un stade précoce permettant ainsi à l'équipe de travailler en lien avec la personne. En effet, il est important de garder à l'esprit que l'intervention de l'équipe ne peut être réduite à celle du débarrasage qui viserait la mise en place d'un étayage à domicile.

→ 8.3.3. PRATIQUES D'ACCOMPAGNEMENT POUR LE MAINTIEN DANS LE LOGEMENT

→ 8.3.3.1. L'ACCOMPAGNEMENT DES SITUATIONS D'EXPULSIONS : DE L'ACCOMPAGNEMENT ADMINISTRATIF AUX PRATIQUES DE MÉDIATION AVEC LES BAILLEURS

L'accompagnement autour des situations d'expulsions repose majoritairement sur l'accompagnement à la constitution des dossiers de surendettement et la mise en lien avec les bailleurs. Certaines situations complexes ont nécessité le recours à des ressources extérieures. On note notamment :

le recours à des conseillers juridiques pour s'informer sur les droits des personnes et régler des litiges

le recours à des partenaires pour la production de pièces administratives : certificats médicaux ou témoignage.

On observe également d'importantes pratiques de communication avec les bailleurs dont l'objectif est d'améliorer la lisibilité des situations au moyens d'échanges téléphoniques réguliers mais aussi de photographies permettant de témoigner de l'évolution de la situation.

→ 8.3.3.2. DES PRATIQUES D'ÉVALUATION DES " PROCHES "

Si le voisinage est présent sur de nombreuses situations, celui-ci n'est que très peu de fois mentionné en tant que partenaire. En effet le voisinage fait l'objet d'une attention particulière. La vignette suivante illustre l'ensemble des questionnements que peut susciter la présence des voisins dans une situation.

Depuis que Mme D est accompagnée par l'équipe EDI, celle-ci a plusieurs fois mentionné le soutien de ses voisins dans son quotidien : sa voisine lui propose régulièrement de lui faire ses commissions, elle lui apporte des plats préparés et dernièrement plusieurs voisins se sont proposés pour l'aider dans l'aménagement de sa cuisine. La présence de ces personnes autour de Mme D peut être un objet d'inquiétude pour l'équipe. En effet Mme D est une personne vulnérable : elle souffre de troubles mnésiques et rencontre des difficultés dans sa gestion budgétaire. C'est aussi la qualité de l'aide proposée qui questionne les professionnels de l'équipe

Assistante sociale : " on n'est pas ici dans un appartement témoin. C'est vous qui habitez ici, les autres ne doivent pas plaquer leurs envies sur les vôtres. C'est à vous de décider de ce dont vous avez besoin ou pas. Ça ne sert à rien d'aller chercher une table si vous vous en fichez, juste pour aller faire plaisir ou pour répondre aux projections que les autres ont sur comment devriez habiter. Par exemple votre frigo vous l'utilisez ?

Mme D : oui c'est vrai que je ne suis pas trop frigo moi [Mme D ne consomme pas de produits frais]

Assistante sociale : bon vous voyez. Alors si demain moi je viens et que je vous dis qu'il faut absolument changer votre frigo parce qu'il est vieux et que vous me dites d'accord, mais qu'en réalité vous vous en fichez ... Ce serait intéressant qu'on puisse venir en même temps qu'eux pour que votre parole puisse être portée par vous. Le risque Mme D c'est qu'on vous impose un mode de vie standard. Donc c'est pour éviter cet écueil on peut vous proposer de les rencontrer, pour être sur que les décisions qui seront prises seront faites en fonction de vos désirs, de vos

4 La Haute autorité en santé s'est emparée du sujet dans le cadre de la réalisation d'un guide de bonnes pratiques portant sur l'accompagnement vers et dans l'habitat qui pourra constituer une ressource pour l'équipe. On peut aussi envisager penser que le voisinage et l'entourage des personnes atteintes du syndrome de Diogène soit un public ciblé dans le cadre des formations.

souhaits et de vos moyens aussi. Vous n'avez pas gagné au loto non plus. Avec leur possibilité d'aide et la nôtre, on peut travailler tous ensemble.

Les voisins et les proches ne sont pas des acteurs exclus du processus d'accompagnement⁴ par principe. En pratique, on observe que l'enjeu autour de l'entourage des personnes (voisins, famille) est d'évaluer leur capacité à prendre part à l'accompagnement. Cet enjeu nécessite des pratiques d'évaluation intermédiaires visant à éprouver le passage d'un statut de proche, à celui d'aidant. Au-delà de la question de la bienveillance qui reste une condition sinequanone, on observe que cette évaluation vise aussi à éprouver :

- La capacité de l'entourage d'être à l'écoute des souhaits et d'identifier les besoins réels des personnes. Cette question peut amener l'équipe à adopter un rôle de médiateur pour s'assurer que les besoins personnels soit pris en compte par l'entourage.

- La capacité de l'entourage à identifier les conséquences de l'aide proposée sur la vie des personnes. Ici, l'assistante sociale note en effet les conséquences que pourraient avoir l'aménagement de la cuisine sur le budget de Mme D.

Les proches sont donc des ressources sur lesquelles l'équipe peut s'appuyer pour accompagner les personnes, même si leur association au processus d'accompagnement

nécessite des pratiques d'évaluation et d'acculturation intermédiaires. Il nous semble important d'étudier cette piste de travail notamment dans le cadre de l'enjeu lié à la sortie du dispositif.

→ 8.3.3.3. UN PARTENARIAT AVEC LA DIRECTION GÉNÉRALE DE LA PRÉVENTION ET DES RISQUES DE LA VILLE AUTOUR DE L'IMPACT COLLECTIF DU TROUBLE

Les conflits de voisinage sont une problématique qui ont eu besoin d'être structurées. En effet, l'équipe a pu observer que l'absence d'un espace dédié à cette question pouvait être problématique. D'une part, l'équipe a pu identifier qu'il était important de se tenir à l'écart des plaintes du voisinage qui peuvent impacter le lien de confiance entre l'équipe et les personnes accompagnées. D'autre part, l'absence d'un espace dédié à la prise en charge de l'impact collectif occasionné par l'état du logement peut venir fragiliser les relations partenariales et alimenter le phénomène de la « patate chaude ». Suite à une situation problématique où l'absence de la prise en charge des troubles de voisinage a pu fragiliser les liens partenariaux entre l'équipe EDI et le CCAS, un partenariat a été mis en place avec la direction générale de la prévention et des risques de la ville - DGPR. Ce partenariat permet en effet de dissocier



la question de l'impact collectif du logement de l'accompagnement des personnes. Les partenaires débordés par les plaintes des voisins (CCAS, bailleurs...) peuvent ainsi être orientée vers l'inspecteur sanitaire rattaché à ce service qui peut :

- Evaluer et objectiver l'impact collectif à travers des enquêtes de voisinage et l'évaluation sanitaire du logement
- Prendre en charge la relation avec le voisinage et transmettre des informations permettant ainsi de temporiser le sentiment d'urgence

Ce partenariat pourra aussi a terme être mobilisé comme un levier d'action pour activer le débarrassage du logement sans impacter la relation entre l'équipe et les personnes accompagnées.

→ 8.3.3.4. LA RECHERCHE D'ALTERNATIVES POUR REDONNER DU SENS AU DÉBARRASSAGE ET FACILITER LE DÉTACHEMENT

La mobilisation d'entreprise de nettoyages privées a été limitée pour deux raisons :

- D'une part on observe que le coût financier du débarrassage n'est pas toujours adapté aux ressources des personnes accompagnées. Un partenariat est en cours

avec l'entreprise France Diogène pour aborder cette question.

- D'autre part, les modes d'intervention des entreprises ne sont pas toujours adaptés à la fragilité psychologique des personnes accompagnées (mode d'intervention intensif sur un temps limité).

Pour effectuer le débarrassage, l'équipe a pu mettre en place des alternatives permettant d'atteindre un compromis entre l'objectif de désencombrement et l'attachement des personnes aux objets. On observe notamment :

- Le recours à des associations caritatives pour le don d'objets.
- Un partenariat avec une auxiliaire de vie qui a proposé de récupérer des objets pour en faire don à une amie artiste.
- Le recours à des box pour entreposer des objets.

Ces alternatives ont comme perspective de préserver les valeurs de la personne. L'obtention du consentement ne s'effectue pas par la force de la persuasion mais par un travail qui a pour objet la recherche d'un sens commun au débarrassage.

→ 8.3.3.5. TRAVAILLER L'ACCEPTATION D'AIDES À DOMICILE

On observe également que le maintien dans le logement repose sur le travail relationnel effectué par l'équipe (pratiques d'écoute, mise en place de stratégie relationnelle, pratiques de traductions). En effet, le maintien à domicile peut être complexifié du fait de la réticence de certaines personnes à accepter d'introduire dans leur vie quotidienne des aidants (auxiliaires de vie, EHPAD hors les murs). Parfois c'est au bout de plusieurs mois d'accompagnement que l'équipe remporte l'adhésion des personnes.

| RESSOURCES PARTENARIALES MOBILISÉES PAR L'ÉQUIPE EDI DANS LE CARE DE L'ACCOMPAGNEMENT | NOMBRE DE SITUATIONS CONCERNÉES |
|---|---------------------------------|
| Partenaires relevant du champ sanitaire | |
| EMC2 | 2 |
| Equipe mobile cognition comportement | 1 |
| UMPPA | 3 |
| PTA | 1 |
| Infirmiers libéraux | 5 |
| Médecin généraliste | 3 |
| Médecin spécialiste (dentiste, ophtalmologue, cardiologue, kiné...) | 11 |
| Psychiatre libéral | 2 |
| Psychiatre de secteur/ | 2 |
| MAIA | 2 |
| PASS | 1 |
| Psychologue | 1 |
| SAMSAH | 2 |
| EHPAD | 3 |
| EHPAD à domicile | 1 |
| Partenaires relevant du champ de l'accès aux droits | |
| Services sociaux de dispositifs de droit commun | 10 |
| Mandataire judiciaire | 9 |
| Aide à domicile | 7 |
| Service de portage de repas | 2 |
| Equipe de maraude de la Croix Rouge | 1 |

| Partenaires relevant du champ du logement/hébergement | |
|--|---|
| Services sociaux bailleurs | 4 |
| Services contentieux bailleurs | 2 |
| Services contentieux bailleurs | 3 |
| Résidence sociale | 1 |
| Entreprise de débarrassage | 2 |
| Syndic de copropriété | 3 |
| Villogia responsable du patrimoine et responsable de clientèle | 1 |
| Autres | |
| Direction générale de la prévention des risques | 3 |
| Huissier | 1 |
| Électricien | 1 |
| Notaire | 2 |
| Association de protection des animaux | 2 |
| Voisins | 6 |
| Famille | 4 |
| ESAT | 1 |
| Compagnon bâtisseur | 3 |
| Service expulsion de la préfecture | 1 |
| Avocat | 2 |
| Service de police | 1 |
| Allô Maltraitance des Adultes Vulnérables et Âgées | 1 |
| Structure d'aide vestimentaire | 1 |



9. Présentation des résultats
de l'axe 3 « Impact de
l'accompagnement sur la
santé mentale des personnes
accompagnées »

9. Impact de l'accompa- gnement sur la san- té mentale des per- sonnes ac- compa- gnées.

Cette partie du rapport vise à identifier l'impact de l'accompagnement sur la "santé mentale" des personnes accompagnées. Plus précisément il s'agit d'identifier comment l'équipe a impacté le rapport au logement, le parcours de soin et la vie sociale des personnes accompagnées. L'évaluation se base sur 4 types de données:

- L'analyse des parcours à travers les données issues du logiciel métiers
- Les observations réalisées sur le terrain
- Les entretiens réalisés avec des partenaires qui ont pu partager la façon dont l'accompagnement de l'équipe a impacté leur accompagnement
- Les entretiens avec les personnes accompagnées qui ont pu s'exprimer sur les modalités d'accompagnement proposées par l'équipe EDI

9.1. Impact sur le maintien dans le logement

→ 9.1.1. DES EXPULSIONS LOCATIVES ÉVITÉES ET RETARDÉES

L'accompagnement à la constitution de dossiers de surendettement, et de remise en lien avec les bailleurs ont permis d'éviter 3 procédures d'expulsion. Le travail d'accompagnement administratif et physique d'une personne dans ses démarches juridiques a aussi permis de retarder la perte d'un logement et sa mise en vente aux enchères.

On observe que le soin prodigué aux relations partenariales avec les bailleurs a permis de temporiser le sentiment d'urgence. Les bailleurs interrogés observent notamment :

L'apport d'une communication régulière et transparente - avec notamment un usage de la photographie qui permet aux bailleurs d'être témoin de l'évolution de la situation. En effet, pour les bailleurs, l'absence de visibilité sur l'état du logement peut générer le sentiment d'urgence et glisser vers des rapports conflictuels

L'intérêt de l'approche décloisonnée de l'équipe, qui permet de diminuer le nombre d'interlocuteurs intermédiaires entre les bailleurs et les locataires. En effet, les bailleurs interrogés observent que la segmentarisation des accompagnements peut être parfois à l'origine d'une forme d'inertie :

Assistante sociale bailleur : « Là, je suis sur une situation avec le SAMSAH, dès qu'il y a un problème lié au logement, ils nous renvoient la balle, mais nous on est limité quand

la personne ne veut pas être en lien avec nous ou ne répond pas à nos sollicitations. Pour M. A, quand il y a eu un problème avec la fuite, je savais que je pouvais compter sur l'équipe EDI, et ils étaient aussi sur le dossier de la tutrice aussi ce qui nous a permis de refaire un lien avec la tutrice pour la question des impayés. On a beaucoup de situations qui n'avancent jamais, parce qu'il y a trop de gens sur les dossiers, et que les personnes ne font pas forcément le relais, tout est cloisonné et spécialisé. »

Pour les bailleurs interrogés, l'accompagnement de l'équipe EDi est perçue comme facilitateur. Le soin apporté aux relations partenariales avec des bailleurs peut aussi générer des formes de partenariat inattendues comme cela a été le cas sur la situation de M. N, dont le bailleur a proposé de rénover le logement.

→ 9.1.2. L'ORIENTATION DES PERSONNES VERS DES LIEUX DE VIE ADAPTÉS

L'accompagnement a également permis d'orienter des personnes vers des lieux de vie plus adaptés à leur budget et leurs besoins en termes de santé. On observe notamment des orientations vers :

- Des résidences autonomie, adaptée aux ressources financières des personnes

- Des EHPAD pour des personnes âgées avec des problématiques de santé

- Un EHPAD hors les murs pour une personne vieillissante cumulant diverses problématiques de santé, permettant ainsi de respecter le souhait de la personne de rester dans son logement.

L'orientation des personnes vers un autre lieu de vie est plus ou moins complexe selon l'adhésion des personnes au projet. Au-delà du travail relationnel effectué par l'équipe, le partenariat peut aussi être une ressource pour réorienter les personnes. Cela a été le cas sur la situation de M. B où le partage d'une culture commune entre l'équipe EDI et l'auxiliaire de vie a permis d'installer M. B en EHPAD :

Auxiliaire de vie " M. B j'ai appris à le connaître, et j'ai compris avec les partenaires que c'était important pour créer du lien de comprendre sa logique et sa philosophie de vie. C'est un monsieur qui a des valeurs très fortes : il est très écolo, il voulait manger que des produits sains pour prendre soin de ses « organes ». Il me parlait souvent de ses organes. Et donc sa santé se dégradait beaucoup, et on était inquiet, parce que ça devenait compliqué de rester à domicile, mais il ne voulait rien entendre à propos de l'EHPAD. Donc au bout d'un

moment je lui ai dit que ce n'était pas respectueux pour ses organes, je lui ai dit « *regardez ce que vous leur infligez, vous les fatiguez en restant chez vous tout seul et sans aide* ». Et ça a fait une étincelle ! Quelques jours après il acceptait d'aller en EHPAD. La tutrice aussi n'en revenait pas. C'est vrai que ça c'est important de comprendre la philosophie et les valeurs des gens pour mettre du sens dans ce qu'on va leur proposer aussi, et sans le travail avec les partenaires sur cette situation, je n'aurais pas pu le comprendre."

→ 9.1.3. AMÉLIORATION DE L'AISSANCE DANS LE LOGEMENT

Sur la majorité des situations, on observe effectivement une amélioration de l'« *aisance* » dans le logement. Les opérations de débarrassage permettent en effet :

- Une amélioration de la circulation dans le logement
- De retrouver un usage fonctionnel des pièces
- De retrouver les conditions minimales de l'hospitalité.

On observe également que les visites à domicile ont facilité l'identification de problématiques d'usage liées à des problématiques de santé (perte de mobilité) permettant ainsi de faire des demandes de matériels médicalisés.

Enfin, on observe que l'attention que l'équipe porte aux « *usages réels* » du logement durant les visites à domicile a permis d'identifier des besoins spécifiques auxquels l'équipe a pu répondre en accompagnant les personnes faire des achats de mobilier, en faisant des dons de matériels électroménagers ou en réalisant des travaux d'aménagement.

Cependant, l'impact sur la fonctionnalité du logement est à nuancer. En effet, il est difficile de vérifier si le débarrassage du logement a un impact sur l'« *usage personnel* » du domicile par les personnes, certaines personnes ayant développé, du fait de l'encombrement des pièces, des stratégies personnelles pour s'adapter à l'encombrement du domicile.

→ 9.1.4. UN RÉINVESTISSEMENT DE L'HOSPITALITÉ

Les entretiens et les observations à domicile montrent également l'impact de l'accompagnement sur l'hospitalité. D'une part, l'équipe a pu en effet observer au fur et à mesure des visites à domicile l'effort fait par certaines personnes pour accueillir les professionnels (accueil café, proposition de repas, effort de présentation du logement). D'autre part, en entretien, l'impact de l'accompagnement sur l'hospitalité est explicité comme un des effets directs de l'accompagnement par les personnes interrogées

Personne accompagnée par l'équipe EDI : « *c'est vrai que le fait de savoir qu'on va avoir des visites régulièrement, qu'on attend quelqu'un ben ça change le rapport au logement on va faire un peu plus d'effort avant qu'ils arrivent* ».

Faire preuve d'hospitalité est une attente que l'on peut avoir d'un habitant ordinaire. Derrière cette question de l'hospitalité, c'est la capacité des personnes à être en lien avec les autres qui est évaluée. A ce titre, il nous semble important de retenir les marques d'hospitalité comme un indicateur permettant d'évaluer les effets de l'accompagnement sur les personnes et de guider les professionnels dans leur accompagnement.

9.2. Impacts sur le parcours de soins

→ 9.2.1. IMPACT SUR L'ACCÈS AUX SOINS

Les pratiques d'écoute et les visites à domicile réalisées par l'infirmière ont permis d'identifier des besoins en termes de santé et d'orienter les personnes vers ou vers des médecins spécialisés (cardiologue, ophtalmologue, kiné...).

Les pratiques d'accompagnement physiques ont aussi contribué à faciliter l'accès aux soins pour les personnes à mobilité réduite ou trop fragile pour franchir ce cap.

L'orientation vers la PASS a permis une reprise du parcours de soins pour des personnes sans droit.

La collaboration avec un psychiatre dans l'équipe a également permis d'effectuer des évaluations psychiatriques, même si l'impact reste limité en raison de l'arrivée tardive du psychiatre au sein du dispositif. On observe également que le psychiatre a pu participer à une continuité de soin par le renouvellement d'ordonnance.

Concernant l'impact sur les soins en santé mentale, on observe que la régularité des visites à domicile - qui permettent d'évaluer l'évolution du comportement des personnes - et les relations partenariales avec le CMP a permis dans certaines situations une adaptation du projet de soin à la situation (rééquilibrage de traitement, reprise des liens avec la personne...)

La proximité de l'équipe avec l'entourage des personnes a également pu faciliter le lien avec un service d'hospitalisation pour la remise en route d'un suivi psychiatrique.

→ 9.2.2. LES EFFETS THÉRAPEUTIQUES DU "DIAGNOSTIC"

Chez un nombre significatif de personnes ayant répondu aux entretiens (8/10), on observe que l'objectivation de leur "rapport au logement" comme un trouble de santé mentale [syllogomanie, syndrome de Diogène] provoque un sentiment de soulagement.

Personne accompagnée par l'équipe EDI: *Ils m'ont dit que je n'étais pas le seul dans ce cas et ça m'a fait du bien, parce que ça veut dire qu'il y a des choses pour des personnes comme nous.*

Personne accompagnée par l'équipe EDI: *Moi ça m'a fait du bien de savoir que c'est une maladie, parce que ça veut dire qu'on peut agir dessus, on peut faire quelque chose.*

Évaluatrice: *Et vous ne le saviez pas ?*

Personne accompagnée par l'équipe EDI: *Non, enfin j'en avais entendu parler, mais eux ils m'ont dit qu'ils accompagnaient des personnes comme moi, qui avaient le même syndrome que moi.*

A travers ces entretiens, on observe que l'identification et l'objectivation des troubles libère ici la parole des personnes.

On peut aussi souligner que cette observation vient remettre en cause certaines interprétations

psychologiques de l'absence de demande des personnes atteintes du syndrome de Diogène. En effet la honte associée au mode de vie, l'absence de dispositifs mobile dédiés à cette problématique, la crainte des conséquences que la découverte du logement pourrait occasionner sont des facteurs sociaux qui peuvent expliquer l'absence de demande et le repli.

Aussi, le diagnostic semble avoir une fonction thérapeutique pour des personnes chez qui, la possibilité d'identifier leur trouble à travers des problématiques de santé mentale occasionne un soulagement et redonne de l'espoir sur les possibilités d'action. Cette observation invite à réfléchir à des perspectives d'actions supplémentaires :

- Renforcer et élargir la communication sur le syndrome de Diogène auprès du grand public (l'entourage des personnes pouvant relayer l'information auprès de personnes concernées).

- Développer des actions de mise en relation de personnes atteintes du syndrome de Diogène : organisation de rencontre entre personnes accompagnées, diffusion de témoignage...

→ 9.2.3. LA TRANSITION VERS UN ESPACE « HOSPITALIER »

Le désencombrement des logements a aussi facilité la mise en place d'étayage à domicile. En effet, on a identifié que l'état du logement peut être un facteur empêchant la mise en place d'étayage pour la vie quotidienne - auxiliaire de vie - ou d'étayages médicaux - IDE, gestionnaire de cas - comme nous l'explique cette gestionnaire de cas de la MAIA :

Gestionnaire de cas de MAIA : En tant que gestionnaire de cas, même si on a une grande tolérance à l'égard de l'incurie, on ne peut pas non plus intervenir chez des personnes où il y a un entassement phénoménal. Nous on va plus avoir un public avec des personnes qui se sentent dépassées ou des personnes qui, avec leur trouble cognitif, ne voient pas la mesure de l'encombrement. Sur ces situations on peut intervenir, en agissant sur le trouble cognitif. Mais quand c'est un Diogène et que le domicile est impraticable, on est très limité en fait. On n'a pas les moyens et le temps pour travailler avec les personnes sur l'acceptation de débarrasser. Donc l'équipe c'est quand même une véritable ressource pour nous sur ces situations. Ils peuvent travailler cette question de l'habitat avec leurs moyens, et ça facilite notre

travail pour mettre en place l'étayage dont les personnes ont besoin.

L'intervention de l'équipe et les opérations de débarrassage permettent ainsi de retrouver les conditions minimales d'hospitalité qui font défaut parfois et empêchent d'introduire des aides à domicile.

9.3. Les différentes formes d'investissement de la « vie sociale »

L'impact de l'accompagnement sur la vie sociale des personnes est difficilement objectivable. D'une part, on observe que les personnes sont majoritairement isolées (rupture familiale, repli des personnes). D'autre part, le fait de retrouver une vie sociale fait rarement l'objet d'une demande par les personnes.

Au sein de l'accompagnement, on observe que la question de la vie sociale a plutôt un statut d'indicateur permettant à l'équipe d'évaluer l'évolution de la santé mentale et du bien-être des personnes. L'équipe peut ainsi être attentive à la reprise des liens des personnes avec leur entourage (reprises des liens amicaux



et familiaux, évolutions de la qualité des rapports avec la famille...)

Cependant, on note que plusieurs activités relevant de la « *vie sociale* » ont pu être investies par l'équipe (promenade en bord de mer, restaurant, accompagnement pour les courses). Ces temps d'accompagnement sont mobilisés comme :

- Des outils d'aller vers où l'absence d'un cadre institutionnel facilite l'expression de besoins et le travail sur l'absence de demande.
- Des formes alternatives de soins permettant de contribuer au bien-être des personnes.

9.4. Une expérience de l'accompagnement par les personnes vécu sur un mode collaboratif

→ 9.4.1. DES CONDITIONS RÉUNIES POUR UNE PRISE EN CHARGE « INDIVIDUALISÉE »

La question : « *qu'est ce qui se-
lon vous a permis d'accorder votre*

confiance à l'équipe? » les personnes ont parler des postures « *non stigmatisantes* » en comparaison à des approches médicales perçues déterministes et enfermantes et ayant pour effet de diminuer le pouvoir d'agir des personnes.

« On sent que c'est des gens qui sont là pour vous aider, pas pour vous enfoncer. J'ai vu des psychologues et je me suis toujours sentie malade avec eux. Avec l'équipe, on sent qu'il n'y a pas de jugement. » |

« Le fait que si je leur donne très peu de sacs, ou très peu de trucs, ou que je n'y suis pas arrivé ben ce n'est pas grave, ils sont passés et bon la prochaine fois ce sera mieux. Et ça c'est énorme.

Les personnes ont également identifié la capacité d'adaptation de l'équipe à leurs difficultés à se détacher des objets et leurs craintes vis à vis d'une intervention.

Évaluatrice : *vous aviez une demande particulière quand vous avez rencontré l'équipe?*

Mme C : *oui qu'ils m'aident sur le syndrome de Diogène*

Évaluatrice : *mais vous n'aviez pas une aide de votre psychologue sur ce point-là ?*

Mme C : *si on l'a abordé plein de fois, mais elle ne pouvait rien faire. Vous comprenez, ils ne viennent pas à domicile eux...Il me fallait quelqu'un qui vienne à domicile et les psychologues*

ils ne viennent pas à domicile eux ... quand vous arrivez plus à rentrer chez vous, que vous ne savez plus comment faire et que vous ne savez plus par quel bout attraper la maison, vous avez forcément besoin d'aide à domicile. Toute seule moi j'aurais pas pu, il y avait vraiment trop de boulot. Et eux ils m'ont proposé une aide concrète. Ils m'ont mis en confiance petit à petit. J'avais besoin d'être rassurée, je ne savais pas ce que ça aller donner. Moi j'avais peur qu'on me prenne tout, mais ils m'ont rassuré, ils m'ont dit qu'on allait faire ça ensemble, et c'est vrai, on l'a fait ensemble.

Ces éléments qui, pour les personnes interrogées, ont participé à la création d'un lien de confiance renvoient finalement au cadre avec lequel l'équipe crée le lien. Un cadre d'intervention qui repose sur une capacité à :

- Reconnaître de la capacité des personnes à effectuer des choix et à définir ce dont ils ont besoin.
- S'adapter aux difficultés et à la vulnérabilité des personnes.

→ 9.4.2. UNE EXPÉRIENCE DU DÉBARRASSAGE VÉCUE SUR LE MODE DU COMPROMIS

En second lieu, on observe également que le débarrassage du logement n'est pas été vécu sur un mode coercitif.

« Bon, c'est vrai que c'était plus possible, je ne peux pas recevoir des gens comme ça, mais vous savez, c'est dur, c'est vraiment dur. »

« Ah ouais, ça m'a fait mal au coeur ça. Mal au coeur... oui, c'est que du matériel, mais ça m'a fait vraiment mal au coeur de me débarrasser de mes vêtements. »

« On y arrive petit à petit, mais ce n'est pas facile. C'est plus facile avec eux qu'avec d'autres gens qui ont essayé de m'aider, et puis je veux pouvoir accueillir mes enfants, mais ça reste vraiment difficile. »

A la place d'une activité vécue sur le mode de la contrainte, on observe que le débarrassage est vécu comme une intervention issue d'un compromis entre la nécessité de débarrasser - pour retrouver un logement qui répond à des critères sociaux (hospitalité du logement) et qui ne vienne pas perturber l'ordre public (absence de risques sanitaire et de troubles de voisinage), et l'attachement des personnes aux objets.

→ 9.4.3. LA PARTICIPATION DE LA PERSONNE : MOYEN OU OBJECTIF DE L'ACCOMPAGNEMENT ?

Enfin, le discours que les personnes tiennent sur l'accompagnement est fortement marqué par le sentiment d'avoir fait partie d'une équipe. Certaines personnes ont même parler du débarrasage en terme de rapport de «*réciprocité*», les personnes accompagnées ayant aussi apporté leur aide à l'équipe. Au même titre que les professionnels, elles ont participé à un projet collectif.

« Ils m'ont aidé à descendre des affaires. Ils m'ont beaucoup aidé mais moi aussi j'ai aidé. J'ai dû aider l'infirmière, parce que même si elle est costaud, c'était difficile pour elle de descendre le canapé. »

« Donc je lui ai fait visiter, je lui ai dit ce que j'avais à faire. Mais après je suis obligé de l'aider, pour lui dire ça c'est à jeter, ça c'est à garder, donc je suis obligé d'y être. Donc on fait ensemble. »

« Il a fallu que je les aide pour débarrasser des objets aussi. »

« En fait, ils ne se réfèrent pas à la maladie. Quand on débarrasse, on n'aborde pas la problématique du Diogène, on fait juste les choses ensemble. »

Les discours que les personnes tiennent sur l'accompagnement de

l'équipe EDI montrent une cohérence entre les objectifs visés par l'équipe et l'expérience que les personnes ont de l'accompagnement. L'adaptation du cadre d'accompagnement aux troubles, à la temporalité et aux difficultés des personnes est vécue comme une forme d'invitation à prendre part en personne à l'accompagnement. Dans l'approche mise en oeuvre par l'équipe EDI la question de la participation n'est pas réduite à un outil ou un moyen pour parvenir à remporter l'adhésion des personnes et atteindre l'objectif d'un logement qui répond à des critères sociaux. L'expérience de l'accompagnement par les personnes suggère plutôt que la question de la participation est finalement le véritable objectif visé par l'équipe. Décider de prendre part à un projet collectif implique justement d'être en mesure de reconnaître ses capacités à être en lien avec les autres. L'accompagnement par EDI semble participer ainsi à réinstaurer la part civile de ces individus en leur signifiant qu'elles ont aussi une place à prendre dans la cité.



10. Pers- pec- tives d'évo- lution du dis- positif.

10. Perspectives d'évolution
du dispositif.

10.1. Structurer les missions liées au poste de psychologue

Initialement, le poste de psychologue était structuré autour de 3 missions :

- Apporter un soutien à l'équipe et participer à la déconstruction des présentations sociales liées à la santé mentale et au syndrome de Diogène
- Développer des approches et outils thérapeutiques à mettre en œuvre auprès des personnes accompagnées.
- Accompagner sur des tâches transversales : accompagnement administratif, réalisation du débriefing... dans le cadre d'un fonctionnement en multi référence

Concernant la déconstruction des représentations sociales au sein de l'équipe il est difficile de tenir un rôle de soutien à l'équipe dans le cadre d'un fonctionnement en multi référence. On observe aussi que l'apport des analyses psychologiques et n'est pas toujours bien identifié par les membres de l'équipe : il est difficile d'identifier la portée concrète des analyses psychologiques en termes d'accompagnement. Par comparaison, l'apport des analyses psychiatriques

est plus facilement identifiable, les évaluations psychiatriques permettant une orientation vers des services de soins, voir des prescriptions de traitements.

Concernant la seconde mission, les conditions d'interventions à domicile ne permettent pas toujours la mise en place des outils comme nous avons pu l'évoquer. Il semble important d'organiser une réflexion collective autour des conditions de mises en œuvre d'outils thérapeutiques dans le cadre de la multi référence et à domicile : quelles sont les situations pour lesquelles mettre en place des outils thérapeutiques, comment cela est compatible avec un fonctionnement en multi référence et avec l'organisation d'un planning bi mensuel...

A terme, un manque de structuration peut alimenter un manque de reconnaissance qui risque de mettre à mal l'identité professionnelle et la cohésion d'équipe. Il nous semble important aujourd'hui de réfléchir à la façon dont les compétences liées au poste de psychologue s'inscrivent dans la mission de l'équipe.

10.2. Valeurs et engagements personnels des professionnels

Le recrutement de nouveaux professionnels dans le cadre de l'expérimentation est un enjeu important.

L'évaluation qualitative nous montre que la professionnalité ne repose pas seulement sur des compétences objectives qu'on retrouve dans des fiches métiers, mais que la posture professionnelle repose également sur des valeurs et engagements personnes des professionnels.

Pour veiller à assurer la cohérence entre les attentes de l'expérimentation et les nouveaux recrutements, certains dispositifs pratiques des processus de recrutement en « *cooptation* » : les professionnels intervenants directement auprès des personnes accompagnées sont associés au recrutement de nouveaux membres de l'équipe.

Cette pratique permet notamment d'exercer une vigilance sur l'adhésion des candidats aux valeurs portées par le dispositif et ses modalités peuvent s'adapter : (lecture des lettres de motivation, participation aux entretiens de recrutement...). Cela pourrait être une piste à explorer, parmi d'autres.

10.3. Exercer une vigilance sur le renforcement de l'équipe et préserver la communication interne.

L'évaluation qualitative nous montre que la communication interne repose à la fois sur des instances collectives prévues à cet effet, mais également sur des pratiques informelles : temps d'échanges en binôme, temps de discussion dans le bureau...

Si ce mode de fonctionnement semble aujourd'hui opérationnel, c'est qu'il est notamment permis par une file active limitée et un nombre de professionnel réduit.

Ce système de communication est cohérent avec la logique de suivi intensif proposé par le dispositif. Il nous semble donc important d'exercer une vigilance quant à l'augmentation de la file active qui impliquerait un important renfort de l'équipe.

10.4. Améliorer la lisibilité des instances collectives

| INSTANCES COLLECTIVES | |
|--------------------------|---|
| Réunion d'équipe | <p>Composition de l'instance : 5 intervenants + coordinatrice de l'équipe + sollicitation de la directrice de façon ponctuelle</p> <p>Animation de l'instance : coordinatrice de l'équipe</p> <p>Enjeux opérationnels : décisions relatives à l'accompagnement des situations, échanges d'informations...</p> <p>Calendrier : hebdomadaire le jeudi matin</p> |
| Construction du planning | <p>Composition de l'instance 5 intervenants de l'équipe</p> <p>Animation de l'instance : l'équipe</p> <p>Enjeux opérationnels : répartition des visites à domicile, prioriser les suivis, mise à jour des informations relatives aux situations, exercer une forme de vigilance sur l'ensemble de la file active</p> <p>Calendrier : Hebdomadaire à la suite de la réunion d'équipe du jeudi matin</p> |
| Réunion de synthèse | <p>Composition de l'instance : 4 intervenants + coordinatrice de l'équipe</p> <p>Enjeux : analyse des situations complexes, exercer une forme de réflexivité sur la pratique professionnelle, réalisation d'un travail de « formalisation » des pratique – création d'outils, alimentation du travail de rédaction d'un projet de service. L'analyse de cette instance est un des enjeux de la phase 2 de l'évaluation</p> <p>Calendrier : hebdomadaire</p> |

| | |
|---|--|
| <p>Analyse de la pratique professionnelle</p> | <p>Composition de l'instance 4 intervenants de l'équipe + 1 psychologue clinicienne</p> <p>Animation : psychologue clinicienne</p> <p>Enjeux : On observe que les APP sont avant tout un outil qui vise à préserver l'identité des professionnels qui peut être mise à mal face à des difficultés liées au refus des personnes ou à la question de la nécessité d'intervention. L'APP n'est pas mobilisé comme un outil de communication entre les membres de l'équipe ou pour travailler sur la cohésion de l'équipe.</p> <p>Calendrier Mensuel</p> |
| <p>Comité de suivi</p> | <p>Composition de l'instance 4 intervenants de l'équipe + 1 membre de l'équipe de direction + partenaires récurrents - MAIA, UMPPA</p> <p>Animation : coordinatrice de l'équipe</p> <p>Enjeux : suivis des situations, renforcement du partenariat, communication sur la pratique auprès des partenaires</p> <p>Calendrier : Mensuel</p> |

Actuellement, nous observons que les instances collectives, sont plus ou moins bien investies par l'équipe selon la lisibilité de leurs enjeux.

Réunions d'équipe : On observe aujourd'hui une bonne cohérence entre l'investissement des réunions d'équipe et leur utilité. Ces temps collectifs sont en effet investis par l'ensemble des professionnels afin d'y partager des situations qui

nécessitent des prises de décision collective : introduction d'un nouveau partenaire, engagement d'un travail thérapeutique, décision relative à une mise sous protection.... L'investissement de l'ensemble des professionnels reste donc une nécessité et permet d'assurer le fonctionnement en multi référence et le principe de pluridisciplinarité.

Organisation plannings, répartition des visites à domicile : la participation de l'ensemble des intervenants reste le principe de fonctionnement pour permettre la réalisation des activités suivantes :

- La répartition des visites à domicile entre les membres de l'équipe en fonction des situations à prioriser et de disponibilités des professionnels,
- L'exercice d'une vigilance collective sur l'ensemble de la file active
- La communication et la mise à jour des informations concernant les situations suivies

Les réunions de synthèses : ces réunions ont été mises en place pour répondre à un besoin de l'équipe de consacrer du temps pour une analyse approfondie des situations les plus complexes.

Pour l'équipe, les compétences d'une coordinatrice ayant une expérience de terrain dans l'accompagnement social reste un atout pour l'analyse et la compréhension des difficultés et épreuves auxquelles l'équipe peut être confrontée.

Le fonctionnement de cet outil sera analysé dans le cadre de la phase 2 de l'évaluation.

Le comité de suivi : cette instance reste celle pour laquelle la lisibilité des enjeux reste la plus problématique pour l'équipe. Initialement, l'objectif de cette instance était d'analyser les nouvelles

situations et de valider de manière collégiale leur inclusion dans le dispositif avec les partenaires suivants : l'UMPPA, l'ARS, SSPH.

Finally, la centralisation des signalements au niveau des services de santé publique n'ayant pas eu lieu et face à l'absence d'inspecteur dans l'expérimentation jusque récemment, l'analyse des nouvelles situations ne s'est pas réalisée à travers les comités de suivis.

Les comités de suivis ont donc évolué autour d'une activité de coordination des situations concernant les membres du comité de suivi – MAIA, UMPPA, EMC2.

Cependant, on peut s'interroger sur l'utilité de conserver cet espace comme instance de coordination des situations, la coordination étant réalisée par l'équipe dans les activités courantes, ou à travers des réunions de synthèse avec les partenaires provoquées par l'équipe en fonction des besoins.

Sans forcément remettre en cause l'utilité des comités de suivis qui reste peut-être un outil pertinent pour consolider le partenariat, on peut s'interroger sur la pertinence de mobiliser l'ensemble des intervenants sur ces temps collectifs. Cette question sera approfondie lors de la phase 2 de l'évaluation.

10.5. Clarifier les enjeux liés à l'usage du logiciel métier TAGALIS

L'observation des pratiques nous montre que l'usage du logiciel métier TAGALIS a effectivement été intégré dans les pratiques d'accompagnement.

Nous observons en effet que le logiciel métier est un outil important dans le cadre d'un accompagnement en multi référence et permet à tous les membres de l'équipe d'avoir accès à la chronologie d'un suivi et aux informations factuelles concernant la situation (contact des personnes, des partenaires).

Le logiciel permet ainsi de palier aux absences dans l'équipe, une mise à jour des informations entre les différents intervenants et d'assurer ainsi la continuité du suivi dans une équipe en multi référence.

On observe aussi que, depuis le début de la phase expérimentale, le logiciel métier a été adapté aux spécificités de l'équipe EDI : certains items ont été rajoutés, permettant de spécifier le type d'activité réalisée et il est également possible de quotter de façon simultanée différents items et

montrer par exemple qu'une visite à domicile ou un entretien téléphonique avec la personne accompagnée peut à la fois avoir pour objet une aide administrative et un soutien en santé mentale par exemple.

« C'est vrai que là avec un peu de recul, je me pose pas mal de question sur le logiciel. A plein de moments je suis amenée à cliquer sur «habitat» alors qu'en fait on se situe vraiment dans une pratique de l'informel. A plein de moments je suis amenée à travailler sur le logement, mais l'appareil psychique se met quand même au travail. Et les questions que je pose pendant les moments de débarrassage ou d'entretien, elles sont toujours intéressées, je suis dans de la clinique en permanence, et pourtant, je codifie «habitat» sur le logiciel. Ça c'est une question qui me travaille un peu. »

Cependant les professionnels nous expliquent que l'usage du logiciel métier peut parfois se confondre avec les objectifs de suivi de l'activité (objectivation et quantification des actes réalisés, objectivation des données lieux au public) attendus dans le cadre d'un dialogue avec les porteurs de projet.

Or, comme l'illustre la vignette suivante, ces attendus peuvent impacter la qualité de l'accompagnement et occasionner une perte de sens :

Mme M rencontre un problème de fuite dans ses toilettes. Elle appelle

l'équipe EDI pour exposer sa problématique et se faire conseiller. En effet, les toilettes de Mme M fuient depuis plusieurs jours, mais celle-ci refuse de le signaler au bailleur, redoutant des conséquences qui pourraient survenir si celui-ci prenait connaissance de l'état de son logement.

Mme M explique alors qu'un voisin lui a proposé d'effectuer cette réparation, ce qui permettrait de tenir le bailleur éloigné du logement. Si Mme M voit l'avantage de cette proposition, elle évalue également le coût financier que cela pourrait avoir. Elle semble indécise :

Mme M : moi le problème c'est que mon agence ils ont des plombiers qui peuvent venir, mais bon ce n'est pas ce que je souhaite.

Assistante sociale : et vous souhaitez quoi ?

Mme M : ben mon voisin s'est proposé de se faire passer de faire la réparation

Petit à petit, l'objet de l'accompagnement se précise. Mme M est anxieuse et l'assistante sociale, s'engage dans un accompagnement visant à rassurer et soutenir Mme M dans sa prise de décision. Pour ce, elle cherche à examiner avec elle le rapport coût avantage de chaque décision, en clarifiant les conséquences que pourraient occasionner chacun des scénarios envisagés.

Mme M : Alors je risque quoi. Je ne sais pas, je ne sais pas quoi prendre comme décision.

Assistante sociale : est-ce que les WC c'est quelque chose qui incombe au locataire ou au propriétaire ?

Mme M : Ben les toilettes ce sont les propriétaires qui en ont la charge.

Assistante sociale : Donc, soit vous payez tout à vos frais et vous ne faites pas appel à l'agence.

Mme M : Mais il y en a pour 400 ou 500 euros.

Assistante sociale : Voilà. Donc je pense que vous n'avez pas le choix, il faut passer par l'agence quitte à dire moi je connais un monsieur qui est plombier et qui m'a proposé un devis à tant d'euros, est ce que ça vous va ou est-ce que ça ne vous va pas ?

Mme M : Ben Il va appeler l'agence en disant qu'il est mon fils et vu que l'appartement... je préférerais éviter ça, vous voyez quoi... Je ne sais pas quoi, moi je ne sais pas quoi faire. Moi vraiment je sais plus quoi faire. Moi je ne préfère pas que l'agence soit au courant. Qu'est-ce que je fais ? [...] moi je ne peux pas, personnellement je ne peux pas. Si c'était que moi, je préfère laisser courir.

Assistante sociale : bon laissez le faire comme vous avez décidé, et assurez-vous qu'il a bien appelé et voilà, c'est tout. Je pense que votre décision elle est déjà toute prise

Mme M : de toute manière je ne peux pas faire autrement.

Assistante sociale : ben voilà

Mme M : C'est juste que moi, ce qui m'intéresse, c'est que l'agence ne vienne pas.

Assistante sociale : bon, ben laissez le faire si c'est ça qui importe pour vous. Laissez-le faire. Il a la stratégie qui convient à votre questionnement et à vos préoccupations.

[...]

Mme M : vous pensez que j'ai pris la bonne décision ?

Assistante sociale : En tout cas celle que vous avez choisie, passer par un professionnel, c'est ce qu'il faut faire.

Mme M : et en plus je pense que si c'est lui qui le fait c'est mieux parce que ça évite le pire. Parce qu'à votre avis l'agence il ne vaut mieux pas ?

Assistante sociale : non je n'ai pas d'avis sur ça. Je dis juste assurerez-vous qu'il ait bien fait le nécessaire auprès de l'agence.

Mme M : C'est mieux parce que l'agence ils font la visite.

Assistante sociale : C'est vous qui voyez, mais en tout cas il faut que quelqu'un intervienne.

Mme M : Bon je vous remercie.

Après 20 minutes de conversation, nous reprenons avec l'assistante sociale et la psychologue présente lors de ce contact téléphonique.

Évaluatrice : Donc là, l'accompagnement que tu viens de faire, tu le qualifierais comment toi ?

Assistante sociale : c'est difficile. Tu vas voir, on va essayer de rentrer ça dans le logiciel. Donc, je peux cocher « prise de contact avec le bénéficiaire ». Ensuite, on peut aller sur « habitat ». Mais je trouve aussi qu'on peut aller sur « santé mentale ».

Évaluatrice : Oui c'est ce que j'allais te dire.

Psychologue : Pour moi ce que tu as fait, c'est du soutien psychologique et de la réassurance. Et puis si tu vas dans santé mentale, tu peux mettre aussi « évaluation de la détresse psychologique » parce que tu retires beaucoup d'enseignements de cet entretien qui te serviront pour la suite de la relation avec Mme M. C'est une personne qui est très anxieuse et énergivore et tu as su adapter ta réponse vis-à-vis de cette caractéristique. En fait, il y a différentes façons de qualifier tout ce que tu as fait. Tu peux en mettre plein.

Assistante sociale : oui, et pourtant, je ne peux sélectionner que deux thématiques.



10.6. Quelle collaboration avec le Service Hygiène de l'Habitat de la Ville de Marseille ?

Psychologue : et le mot « détresse » est un peu fort, moi je mettrai plus réassurance.

Assistante sociale : et je peux aussi aller dans l'item « habitat », mais aussi dans « gestion de crise », et « vie quotidienne » ... non, je ne peux pas quoter tout ça et tout décrire ensuite... tu ne t'en sors jamais en fait.

Comme nous l'explique l'assistante sociale, les attentes en termes d'objectivation de l'activité peut épiéter sur l'activité d'accompagnement. Dans le cadre d'une sortie de la phase expérimentale et il nous paraît donc important de mener un travail de rationalisation de l'usage du logiciel métier, et notamment, de distinguer d'une part l'usage du logiciel comme outil pour l'accompagnement et d'autre part, les attentes des porteurs de projet dans le cadre d'un suivi de l'activité : quelle sont précisément les données nécessaires au suivi de l'activité ? A quelle fréquence ? Quelles sont les données nécessaires pour le suivi de l'activité une fois la phase expérimentale terminée...

Après une année de pratique, les apports d'une coopération renforcée avec les services de santé publique se précisent :

- La mise à disposition de moyens matériels (bennes, équipements...)
- Une expertise sanitaire sur la dangerosité du bâti
- La mobilisation d'un représentant de l'ordre public dans une stratégie d'aller vers

Cependant, l'analyse du mode de fonctionnement de la pluridisciplinarité nous conduit à formuler ici quelques points de vigilance qui selon nous sont à exercer quant aux modalités de collaboration avec le service Hygiène de l'habitat de la Ville de Marseille.

D'une part, nous observons que les évaluations réalisées par l'équipe sur l'état du logement intègrent la question des compétences et des usages personnels de l'habitant.

Cette modalité d'évaluation pourrait entrer en désaccord avec les logiques appliquées dans le cadre de l'évaluation de l'insalubrité ou du péril, focalisées sur l'état du bâti, des équipements et la présence de nuisibles/putrescibles.

D'autre part, l'intégration dans l'équipe d'un inspecteur sanitaire peut compromettre l'accompagnement mis en oeuvre par EDI si l'équipe est associée aux interventions coercitives qui peuvent être pratiquées dans une logique de santé publique.

Enfin, nous observons un questionnement quant à la responsabilité du risque sanitaire

10.7. Une réflexion à organiser autour d'actions de mise en lien des personnes accompagnées.

Comme nous l'avons évoqué, pour certaines personnes la possibilité d'identifier leur trouble et de l'objectiver à travers une catégorie médicale a un effet positif sur leur santé

mentale. Plusieurs des personnes rencontrées ont pu formuler leur souhait d'améliorer leur connaissance sur le syndrome de Diogène. Face à ce constat, on peut penser qu'il y a un intérêt à mettre en place des actions «collectives» ou d'organiser une mise en relations des personnes accompagnées entre elles.

10.8. Organiser des formations ciblées

L'axe de formation a effectivement commencé à se développer, avec comme objectif d'expliquer la mission de l'équipe et de communiquer auprès des partenaires sur le syndrome de Diogène. Il nous semble important, de faire évoluer la partie formation et de l'adapter en fonction des publics ciblés. On observe notamment un intérêt à organiser des formations qui ciblent les publics suivants :

- Auxiliaires de vie
- Travailleurs sociaux de secteur
- Entourage des personnes (voisins, famille)

Il nous semble qu'il faut considérer comme une pratique

d'accompagnement en soi, qui permet d'assurer un passage de relais dans la continuité de l'approche de l'équipe EDI. Ce modèle qui consiste à faire de la formation de auxiliaires de vie une pratique intégrée à l'accompagnement a été adopté par l'expérimentation pilotée par l'ARS Auvergne Rhône Alpes dans la délégation départementale de la Savoie.

10.9. Améliorer la lisibilité de la mission de l'équipe auprès des partenaires

Les entretiens réalisés auprès des partenaires montrent également un manque de lisibilité sur les missions, l'approche et la constitution de l'équipe. On observe notamment que les partenaires ont peu d'éléments sur :

- Le positionnement de l'équipe à l'égard des troubles de voisinage et de l'impact collectif des situations d'une façon générale (risques sanitaires)
- La gestion de la file active et le délai d'attente avant qu'une situation soit incluse dans le dispositif

- L'intérêt d'une approche centrée autour des désirs, espoirs et souhaits des personnes

Ce manque de lisibilité peut venir fragiliser les relations partenariales comme nous l'avons évoqué. Il nous semble important dans le cadre du travail partenarial de réfléchir à des moyens ou des supports pour communiquer sur les principes et l'approche de l'équipe auprès des partenaires : diffusion du projet de service, organisation d'un temps de présentation du dispositif aux partenaires, diffusion de l'évaluation qualitative...

On note également que les partenaires n'identifient pas toujours les membres de l'équipe et peuvent confondre les différents postes. Ce point ne semble pas forcément problématique, on peut suggérer qu'il s'agit ici aussi d'une des conséquences de l'approche en termes de multi référence et que celle-ci n'est pas perçue comme une pratique problématique dans le cadre des relations partenariales.

10.10. Tableau des actions préconisées

| ACTIONS PRÉCONISÉES | OBJECTIFS |
|--|--|
| Développement de l'offre de formation | <ul style="list-style-type: none"> - Faire évoluer les pratiques professionnelles autour de la question du syndrome de Diogène pouvant à un moyen ou long terme impacter la file active - Assurer une prise de relais dans la continuité d'une approche inclusive |
| Lancer une réflexion autour du poste de psychologue | <ul style="list-style-type: none"> - Définir les missions en dissociant celles qui visent un soutien à l'équipe et celles qui visent un soutien pour les personnes accompagnées - Réfléchir aux conditions de mises en œuvre d'outils thérapeutiques dans le cadre de la multi référence et du domicile. |
| Développement de partenariat avec des associations d'auxiliaire de vie/formation | Assurer un passage de relais et le maintien des personnes dans leur habitat |
| Reproduction de l'équipe sur des secteurs | <ul style="list-style-type: none"> Augmenter la capacité d'accompagnement Préserver les modes de communication interne |

| ACTIONS PRÉCONISÉES | OBJECTIFS |
|--|--|
| <p>Communiquer auprès des partenaires sur les missions et l'approche de l'équipe</p> | <p>Améliorer la lisibilité des missions et du fonctionnement de l'équipe auprès des partenaires</p> <p>Thématiques à aborder :</p> <ul style="list-style-type: none"> Gestion de la file active Composition de l'équipe Reconnaissance d'une dimension « subjective » de l'habiter Partenariat de l'équipe avec la DGRP et cloisonnement entre l'accompagnement et la prise en charge de l'impact collectif des situations Mobilisation des problématiques sociale et de santé comme support pour la création du lien Apport de la multi référence Intérêt d'une approche en terme de réduction des risques |
| <p>Lancer une réflexion sur l'organisation d'actions collectives à destination des personnes accompagnées : groupe de parole, mise en lien entre les personnes, GEM, paire aidance</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Proposer des actions collectives à visées thérapeutique pour une partie du public accompagné - Informer les personnes sur leur trouble |
| <p>Organiser et formaliser différents niveaux d'intervention au moment de l'orientation des situations par les partenaires</p> | <p>Diminuer la pression exercée de la file active en distinguant différents niveaux d'intervention</p> <ul style="list-style-type: none"> Niveau 1 : réorientation Niveau 2 : soutien aux professionnels (mise en lien, réseau, analyses de la situation) Niveau 3 : accompagnement |
| <p>Renforcer les visites à domicile tripartites</p> | <p>Sensibiliser les professionnels</p> <p>Faire médiation avec les bailleurs</p> <p>Amorcer le passage de relais avec les partenaires (auxiliaire de vie, travailleurs sociaux...) dans la continuité de l'approche inclusive</p> |



11. L'approche « EDI » : le para- dигme de l'inclusion en pra- tique ...

11. Conclusion : L'approche
« EDI » : le paradигme de
l'inclusion en pratique ...



L'accompagnement proposé par l'équipe EDI auprès des personnes porteuses d'un syndrome de Diogène ou en situation d'incurie dans l'habitat est selon nous un bel exemple d'une approche inclusive. Les professionnels sont animés par le souci de préserver le bien-être et la singularité des personnes malgré un contexte contraignant et invite alors les membres de l'équipe à faire preuve de créativité.

On observe aussi que la confiance accordée par l'équipe encadrante permet cette adaptation du cadre de l'accompagnement à la singularité des personnes.

Cependant, la tâche qu'il reste à mener aujourd'hui pour pérenniser et prolonger cette approche inclusive en dehors du dispositif EDI est importante.

Cela nécessite de trouver des relais opérants qui seront en capacité de s'adapter aux situations et de prendre en charge la singularité des personnes.

Les projets de formations développées par la CMSMH peuvent en partie permettre d'atteindre cet objectif, mais il nous semble qu'il est aussi important que cette culture de l'inclusion se diffuse par d'autres moyens pour atteindre le plus grand nombre de professionnels.

Cela apparaît d'autant plus nécessaire dans un contexte marqué par un phénomène de

désinstitutionalisation et la volonté des politiques publiques d'inclure les personnes souffrant de problématiques de santé mentale dans la cité.

Les professionnels de l'équipe ont ainsi un rôle important à jouer dans ce projet social, qui dépasse la largement la question du syndrome de Diogène.

