

Logement et santé mentale

Synthèse des deux réunions du groupe de travail issu du Conseil d'Orientation en Santé Mentale

25 mai et 25 juin 2007

Florence CHEVALLET-CLARTES

Présents

Madame ARTHUR - FNAPSY
Madame CHAPPUIS - DDASS
Madame CHEVALLET - CLARTES
Monsieur DANIEL - Association Solidarité Réhabilitation
Madame FRAPPAS - Direction de la Santé Publique
Madame GUY - ELIA
Madame GHIOTTO - Direction de l'Habitat de la Ville de Marseille
Monsieur KAMMERLOCHER - Oeuvre Hospitalière Saint Jean de Dieu
Madame LECOMTE - CH Edouard Toulouse
Madame LEFRANC - ASV Nord
Madame LINOSSIER - ELIA
Madame LOVELL - INSERM
Monsieur MARENGO - Habitat Marseille Provence
Monsieur MOULLEC - CH Edouard Toulouse
Monsieur MOULIN - DDASS
Professeur NAUDIN - AP-HM
Monsieur PREVOST - Union Sociale pour l'Habitat
Madame SCANDURA - DRASS
Madame SCHIANO – Habitat Alternatif et Social
Monsieur TIFFOU - ASV Marseille Centre
Madame TORRES - CH Edouard Toulouse

Lorsque l'on évoque la question de l'insertion des personnes en souffrance psychique dans la cité, le logement est, sans conteste, le problème majeur que rencontrent, à des degrés divers, patients, familles et professionnels des champs sanitaire et social. Ceci s'explique par deux raisons principales : d'une part, par la pénurie globale et sévère de logements, et notamment de logements accessibles financièrement, et d'autre part par la vulnérabilité spécifique des personnes en souffrance psychique qui nécessiterait des réponses diversifiées, en termes d'offre de logements et/ou d'hébergement adaptées aux besoins particuliers des personnes, comprenant, en outre, obligatoirement une dimension d'accompagnement social et/ou médical.

I - Quelques éléments de contextualisation de la problématique d'ensemble

1. Un contexte marqué par l'aggravation des processus de précarisation et d'exclusion

Les dernières décennies ont vu la société peu à peu s'installer dans une crise globale dont les conséquences multiples se traduisent, notamment, en termes de souffrance psycho-sociale, élargissant ainsi à la fois le champ de ce qu'on appelait jusqu'alors « la santé mentale », mais aussi le nombre de personnes concernées, la palette des situations à traiter et des professionnels sollicités.

Les travaux du professeur Parquet et de l'Observatoire National des Pratiques en Santé Mentale et Précarité (ONSMP-ORSPERE) proposent ainsi une distinction entre :

- les personnes présentant des troubles mentaux caractérisés impactant de façon importante la vie sociale, familiale, professionnelle, et requérant des soins adéquats inscrits sur le long terme,
- les personnes ne relevant pas de la maladie mentale, mais d'une « souffrance psychique », requérant un large spectre d'interventions médicales, sanitaires, sociales, relationnelles, etc... Cette catégorie de patients étant en fort développement.

Pour sa part, le Haut Comité pour le Logement des Personnes Défavorisées a identifié des facteurs individuels multiples de l'exclusion du logement, facteurs regroupés sous le terme de « vulnérabilité », terme « qui traduit cette situation de risque particulier (...) qui appelle une action compensatrice adaptée de la collectivité ». On peut lire dans son 11ème rapport : « Si la pauvreté est le premier facteur individuel pouvant affecter la capacité d'une personnes ou d'un ménage à accéder et se maintenir dans un logement décent, elle n'est pas le seul »¹ .(...)

En 2003, le Haut Comité indique dans son 9ème rapport², que « toute forme de handicap constitue une difficulté supplémentaire en matière de logement pour la simple raison qu'elle impose des contraintes particulières, soit sur les caractéristiques mêmes du logement, soit sur la mise en place conjointe d'un accompagnement ». Mais il n'évoquait alors que partiellement la question du handicap psychique, tout en précisant toutefois que 30 à 40 % des sans domicile fixe étaient des malades psychiques.

Deux ans plus tard, en 2005, le HCLPD considère désormais la vulnérabilité liée à la santé mentale comme une « problématique très lourde », et y consacre toute la deuxième partie de son 11ème rapport : « Loger les personnes atteintes de troubles psychiques ».

2. Un contexte pesant sur les secteurs de la psychiatrie, du social, du médico-social, et du logement

La politique publique de des-hospitalisation développée depuis 1975 réservant les lits en hôpital aux périodes de crise, et les progrès obtenus avec les nouvelles générations de médicaments, ont conduit à ce que la plupart des malades psychiques quittent peu à peu l'hôpital.

Pourtant, les associations de parents de malades psychiques estiment aujourd'hui, qu'au plan national, seulement 20% des personnes dont la maladie est stabilisée vivent en logement autonome, 33 à 45% vivant dans leur famille, solution considérée comme insatisfaisante sur le long terme par les proches.³

Dans le même temps, les services des Urgences, surchargés, ne trouvent plus de lits dans les services psychiatrie, ceux-ci étant contraints de garder certains malades dans leurs murs faute d'un logement et/ou d'un accompagnement appropriés (cf. PRSP, Plan Psychiatrie et Santé Mentale).

Les acteurs des champs du social et du médico-social observent le même phénomène : la pénurie sévère de logements, sociaux notamment, accessibles financièrement, provoque un blocage à la sortie de leurs dispositifs, et empêche ainsi l'entrée de nouvelles personnes dans un parcours d'accompagnement vers l'autonomie qui permettrait de fluidifier les files actives de l'ensemble de la filière.

¹ 11ème rapport, « Face à la crise : une obligation de résultat », 2005, p. 20

² 9ème rapport, « Droit au logement : construire la responsabilité », 2003

³ Les Cahiers d'Actualités Habitat, n°103, mars 2006, p.41

Quant aux bailleurs sociaux, désormais fréquemment confrontés aux problématiques complexes liées à la souffrance psychique, ils font le constat de leur incapacité à gérer seuls ces questions, s'y investissent en termes humains et de savoir-faire nouveaux et pragmatiques, et sont demandeurs de partenariats alliant collectivités locales, services sociaux-sanitaires, secteur psychiatrique, et familles de malades.

3. Des préoccupations marquant les politiques publiques et les pratiques des professionnels

Les croisements entre les questions du logement, de la santé mentale et de l'insertion sont à l'évidence de plus en plus marqués, ce que traduit d'ailleurs la place que ces questions prennent tant dans les textes de politiques publiques nationales ou locales que dans les publications professionnelles spécialisées.

- Plan Psychiatrie et Santé Mentale (axe 1)
- SROS III : Accès au logement et insertion sociale
- PRSP : Améliorer, par l'accès au logement, l'insertion sociale des personnes souffrant d'une pathologie psychiatrique
- Loi du 11 février 2005 « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées », instaurant la reconnaissance du statut de « handicap psychique », garantissant aux personnes handicapées le libre choix de leur projet de vie en prévoyant les aides nécessaires à sa mise en oeuvre⁴ visant à favoriser, dans la mesure du possible, le maintien en milieu ordinaire.
- Rapports 9 et 11 du Haut Comité pour le Logement des Personnes Défavorisées
- Littérature spécialisée du domaine de l'habitat
- Littérature spécialisée des collectivités locales

II - Marseille : une démarche d'ensemble au service de l'intérêt général

1. L'offre : permettre l'accès au logement

Marseille n'échappe pas au contexte général de pénurie criante de logements sociaux, de logements privés aux loyers inaccessibles, tout comme elle connaît elle aussi les conséquences de la réduction progressive des lits d'hospitalisation en psychiatrie.

L'action des divers acteurs du champ de l'insertion sociale par le logement en est grandement affectée, la situation étant encore plus problématique lorsque les publics concernés présentent un handicap social et/ou psychique nécessitant une prise en charge pluridisciplinaire complexe.

Par ailleurs, si tous les acteurs s'accordent sur la nécessité d'une démarche partenariale concertée, organisée autour des besoins spécifiques à chaque personne, force est de constater que cette démarche ne va pas de soi et que les ponts sont encore à construire, ou à renforcer, notamment entre les champs du social et de la psychiatrie.

Les travaux récents de l'ORS (2007) indiquent que Marseille connaît une offre de places en foyers

⁴une garantie de ressources à hauteur de 80% minimum du Smic quand la personne se trouve dans l'incapacité d'avoir une activité rémunérée; une aide à la compensation : aide humaine ou technique, en nature ou en espèces, personnalisée; un accès aux SAVS ou SAMSAH (financements conseils généraux).

de vie et d'hébergement inférieure à la moyenne nationale, que 30% des personnes hospitalisées en psychiatrie sont là depuis plus d'un an (longs séjours), que deux-tiers d'entre elles restent hospitalisées en raison d'un défaut de solution alternative adaptée en matière d'hébergement/logement et d'accompagnement.

D'après le travail d'état des lieux effectué par le Réseau Habiter Ensemble et le GEM, 210 places supplémentaires en hébergement thérapeutique et social sont nécessaires à Marseille.

a) L'offre de ressources

La ville de Marseille disposera à l'horizon 2008 de 1600 nouveaux logements sociaux, dont 800 en loyers accessibles. Il est par ailleurs envisageable d'utiliser des possibilités de densification de secteurs de la ville (autour du centre, dans le nord et l'est).

L'équilibre des territoires est une question qui ne doit pas être négligée lors de l'élaboration de projets d'implantation de nouvelle structure. L'éventuelle concentration géographique de services d'accueil d'urgence ou de structures en lien avec des publics en difficulté est ainsi à prendre en compte en amont des projets.

La Ville de Marseille possède en la matière une expérience certaine acquise lors du travail de médiation entre habitants, élus et professionnels, effectué avec succès par la Ville et ses partenaires à l'occasion de l'implantation de structures bas seuil pour les usagers de drogues.

Les bailleurs sociaux, soucieux de voir revenir des services, notamment de santé, sur certains quartiers, sont intéressés pour mettre à disposition des locaux permettant l'installation d'équipements spécifiques.

Par ailleurs, si certaines conventions existent de fait entre bailleurs sociaux et établissements psychiatriques (ex. Valvert et HMP, trois logements), elles s'avèrent pour le moins insuffisantes et devraient être développées, pour autant que soit travaillé le lien unissant ces deux mondes dans un double objectif de connaissance mutuelle et d'opérationnalité.

En outre, des collaborations sont possibles entre bailleurs et l'APHM pour la réhabilitation du parc immobilier de cette dernière dans la perspective d'une mise à disposition des logements pour des associations (exemple : l'ouverture en 2008 rue du Musée d'une Maison-relais gérée par Adoma, réalisée à partir de deux immeubles propriété de l'APHM).

Enfin, il faut évoquer trois projets en cours, centrés sur le logement :

- Un projet de Samsah déposé par Edouard Toulouse auprès du Conseil Général, qui concerne trois secteurs et prévoit 20 places. Il repose sur une équipe pluridisciplinaire dont l'intervention s'articule autour de la personne, là où elle habite.
- Un projet conduit avec l'Armée du Salut, qui s'appuie sur un protocole précis.
- Un projet d'appartements de coordination avec MAAVAR, en panne cependant par manque de financements.

... et des discussions à l'initiative du GEM portant sur la possibilité de vendre une partie des terrains des hôpitaux psychiatriques (plusieurs hectares disponibles) pour construire des logements sociaux à visée d'insertion des patients.

b) Les pistes de travail à développer en matière d'offre de ressources nouvelles

- au niveau des bailleurs : structurer des liens de collaboration afin d'ouvrir des voies nouvelles d'accès aux logements dans leurs parcs (réhabilitation de parc ancien, mise à disposition, programmes à venir, nouvelles modalités d'accès au parc existant...),
- au niveau de partenaires potentiels : envisager de nouvelles collaborations avec des partenaires (Etat, Département) ayant compétence sur ces questions du logement, de la santé mentale ou du handicap, afin de réfléchir à la réalisation de projets nouveaux,
- établir des liens directs sur ces questions avec la Préfecture (santé mentale et logement), en s'appuyant sur la Loi de février 2005 (handicap psychique, public prioritaire) et les dispositions de la loi « DALO » du 5 mars 2007,
- au niveau de la Ville : contribuer à l'ouverture de pistes de réalisation de structures nouvelles, mise à disposition d'appartements, réservations dans des programmes sociaux à venir, modalités nouvelles d'accès au parc existant.

2. L'accompagnement : assurer les conditions du maintien dans le logement

Tous les acteurs s'accordent à dire que l'objectif d'une insertion par le logement réussie repose, certes, sur une offre accessible, diversifiée et adaptée de logement/hébergement, mais qu'elle ne saurait être envisageable sans la mise en place aux côtés de la personne concernée d'un processus d'accompagnement lui aussi diversifié et adapté, reposant sur l'intervention de professionnels du soin, du social, du médico-social.

a) L'accompagnement de la personne vers et dans le logement : une action pluridisciplinaire dont la mise en oeuvre reste à améliorer

Il existe à Marseille des associations qui pratiquent depuis des années l'insertion sociale par le logement et qui sont en mesure d'inscrire une action pertinente tant en direction des personnes en insertion qu'en direction des bailleurs potentiels, publics ou privés. L'expérience d'Elia lui permet d'affirmer, par exemple, qu'en vingt ans de pratique de baux glissants, 80% des personnes suivies accèdent à une réelle et solide autonomie, pour autant qu'elles aient bénéficié d'un accompagnement adapté « qui doit demeurer jusqu'au moment où on peut les lâcher ».

Il faut prendre en compte une difficulté devenue pesante ces dernières années pour tous les acteurs de l'insertion : les niveaux de loyer sont tels que les sommes allouées dans le cadre des mesures d'accompagnement social (FSL, ASEL) ne servent plus aujourd'hui qu'à permettre le paiement du loyer au bailleur. Comment alors assurer le financement de l'action d'accompagnement et de soutien elle-même ?

Pour les personnes en souffrance psychique, cet accompagnement doit obligatoirement reposer sur l'intervention des structures appropriées que sont les CMP. Il semble cependant qu'il y ait là des difficultés, liées notamment aux faibles effectifs de ces structures qui doivent à la fois gérer les accueils dans leurs locaux et être disponibles pour assurer une présence hors les murs, aux côtés des patients installés dans un logement, en lien avec les autres professionnels intervenants.

La prise en charge des patients à l'extérieur de l'hôpital s'effectue dans des appartements que l'on nommera, selon leur fonction, appartements autonomes, associatifs ou thérapeutiques, ou dans des structures d'accueil type Résidences Accueil, Maisons d'Accueil Spécialisé ou Foyers d'Accueil Spécialisé. L'accompagnement des personnes y est assuré par des services ambulatoires sanitaires et sociaux, les SAVS ou les SAMSAH.

Il faut ici évoquer le rôle essentiel et complémentaire des associations d'usagers et de familles (Unafam, Fnap-Psy), des GEM, points d'appui de proximité au processus d'insertion sociale (lutte contre l'isolement, prévention de l'exclusion sociale).

Le GEM fait observer que le dispositif actuel d'accompagnement et de soutien aux personnes disposant d'un logement, mais encore en besoin de lien, souffre de quelques « trous » fort dommageables à une insertion durable. Ce que confirme l'étude qualitative de l'ORS qui cite par exemple le créneau de la nuit, anxiogène, où les « *patients peuvent se sentir isolés dans leur logement, abandonnés* ». L'étude évoque le cas d'une personne qui, faute d'une écoute disponible, a finalement appelé un service d'écoute téléphonique généraliste, non spécialisé, qui n'a pas vraiment pu répondre au besoin.

b) La question de l'autonomie financière des personnes en souffrance psychique

L'étude qualitative de l'ORS insiste sur cet aspect des choses : on ne peut envisager de processus réussi d'insertion par le logement si l'on n'aborde pas la question de l'autonomie financière de la personne. La Loi du 11 février 2005 est certes une réelle avancée, mais les mesures concrètes d'accès à l'autonomie financière restent à prendre.

Ainsi, lorsqu'un patient ne peut se prévaloir de garant, il doit obligatoirement passer par la procédure de mise sous tutelle ou curatelle pour pouvoir se loger. On voit bien que ceci, outre le fait de contrarier totalement l'objectif d'une prise d'autonomie progressive de la personne, illustre par ailleurs parfaitement la discrimination flagrante liée aux représentations négatives relatives à la santé mentale.

Les acteurs du soin comme du social insistent sur le taux de réussite des actions conduites par les uns et les autres : 99% des patients accompagnés deviennent autonomes, les locataires sont stables (pas de rotation), les bailleurs sont rassurés par la présence de professionnels autour des personnes installées dans les logements, même si du travail de persuasion reste encore à faire dans ce domaine.

Et pourtant, la question demeure un casse-tête pour ces professionnels : comment financer les cautions, faire reproduire des clés... ? Quelques expériences de micro-crédits ont pu voir le jour grâce à des prêts d'argent effectués par certains psychiatres... Mais il s'agit là de court terme, d'actions isolées, de « bricolage ». L'ensemble des acteurs estiment que c'est une réponse inscrite dans le cadre d'une politique publique qu'il s'agirait de mettre en place en regard de ces besoins.

Le Conseil Général est un partenaire important en la matière : les financements FSL, RMI, API, AH, relèvent de sa compétence et, dans le cadre du Plan Départemental pour le Logement des Plus Démunis, un Bureau d'Aide à l'Insertion par le Logement (BAIL) a été ouvert.

Également, la Ville de Marseille qui a, pour sa part, mis en place une mesure de droit commun : le chèque primo-accédant.

c) Le maintien dans le logement/hébergement : la question de la formation des professionnels non spécialisés de « première ligne »

Les réflexions de l'AROHlm ont amené ces professionnels de l'habitat à considérer que le problème principal en matière de maintien dans les logements des personnes en souffrance psychique est un problème dû essentiellement au manque de formation des personnels de proximité des organismes Hlm : absence de connaissance sur la santé mentale, faiblesse des réseaux de professionnels interlocuteurs potentiels, représentations négatives des publics...

Ainsi, lorsqu'un problème se pose avec un locataire (troubles du voisinage, dégradations diverses...), la réponse apportée par le bailleur consiste le plus souvent en un rappel à la loi, mesure totalement inappropriée à la situation. Les choses s'aggravent donc inévitablement, par manque d'accompagnement adapté, insécurisant et fragilisant encore davantage une personne en situation de souffrance, laissant parfois une famille désemparée, des voisins inquiets, et un problème au bout du compte non résolu pour le propriétaire bailleur responsable tant de son patrimoine que de la qualité de vie de ses locataires. La mesure ultime de l'expulsion peut parfois alors advenir, avec les conséquences que l'on peut imaginer en terme de rupture sociale et de soin.

Cette difficulté est également évoquée par les accueillants des structures d'hébergement d'urgence. Environ 50% des personnes accueillies environ y présentent une fragilité psychique et les équipes se trouvent souvent confrontées à des situations d'agressivité qu'elles ne savent pas gérer. On peut distinguer là deux aspects à la question : d'une part les limites de ce type d'accueil sans accompagnement adapté, et donc in fine l'absence de réponse pour la personne en détresse, d'autre part, la sécurité des personnes en situation d'accueil.

d) Les pistes de travail possibles en termes d'accompagnement et d'aide au maintien dans le logement : diversifier les réponses en fonction des besoins

Améliorer l'accompagnement des personnes vers et dans leur logement doit, notamment, se faire en renforçant et diversifiant les interventions construites en partenariat et en cohérence autour des personnes et de leurs besoins particuliers.

L'idée générale qui se dégage des débats est que le besoin premier serait celui d'une coordination des interventions autour de la personne, incapable momentanément d'assurer elle-même cette coordination, en attendant qu'elle soit à nouveau en capacité de le faire. Il faudrait alors pour ce faire « *inventer, créer quelque chose de spécifique* ».

Il est fait référence à des modes d'intervention en oeuvre à l'étranger, notamment en Italie ou en Suède, à de nouveaux métiers correspondant à ces besoins de coordination, rassemblés dans le concept de « *case management* ».

Il faudrait réfléchir à partir de ce concept, et travailler à la définition des compétences à mobiliser, correspondant à de nouvelles fonctions identifiées. Ce pourrait être un travail à poursuivre dans le cadre de la démarche engagée par la Ville, en lien avec l'ensemble des partenaires intéressés.

Ceci n'exclut évidemment en rien la nécessité de conforter l'action des acteurs locaux existants, qu'ils soient du champ de l'habitat ou du social, sur la base notamment de conventions partenariales où chacun puiserait une plus-value à sa propre action, dans l'apport de l'action complémentaire de l'autre. Il faudrait, par exemple, engager un travail de fond avec les bailleurs (formations...) dans le but de favoriser leur implication, organiser l'accompagnement social et médical des locataires en besoin de suivi social et/ou sanitaire (financements spécifiques possibles) et solliciter entre autres les acteurs expérimentés (HAS, ELIA...). Il serait sans doute utile de voir désigner, dans chaque structure hospitalière, un référent sur la question du logement/hébergement, proposition qui, jusqu'à présent, n'a pu aboutir.

Enfin, en lien avec la question de l'autonomie financière des personnes et dans l'objectif de faciliter l'accès aux logements du parc privé, il serait intéressant d'envisager une démarche innovante en direction des assureurs et des grands organismes comme la FNAIM, dans le but de travailler sur le fameux résiduel de loyer à payer, qui pose un problème majeur aux associations et aux personnes en difficulté, alors même que les trois quarts des loyers de ces personnes sont déjà couverts par la CAF.

III - Quelques outils au service de la poursuite de la démarche d'ensemble

1. L'état des lieux des ressources et des besoins

Tous les acteurs ont convenu de la nécessité de conforter le travail d'élaboration et de mise à jour de l'état des lieux en matière d'offre de ressources disponibles (logements, hébergements, acteurs accompagnement) et de réfléchir aux modalités de sa mise à disposition des acteurs locaux.

En outre, il serait également important de connaître précisément l'état des besoins. Il est à ce propos intéressant de savoir que la DRASS va relancer l'enquête sur les besoins en longs séjours et qu'il sera certainement possible d'y adjoindre une partie « Marseille » au regard du peu de lits concernés sur la ville. Le GEM propose pour sa part l'ajout d'un volet « *besoins auto-identifiés par le patient* » et évoque l'opportunité de la présence des usagers dans le groupe de travail mis en place par la DRASS.

Dans un objectif d'opérationnalité la représentante de la DRASS, rappelant les orientations du SROS et du PRSP, propose la constitution d'une équipe de coordination sur la question du logement, qui pourrait être portée par le GEM, actuellement en charge de la réalisation de l'état des lieux. Cette équipe contribuerait donc à la réalisation de l'état des lieux, mais aurait également pour rôle d'impulser une dynamique d'ensemble, d'accompagner acteurs et porteurs de projets. Il est proposé que le groupe de travail « Favoriser la réhabilitation des personnes en soin au sein de la cité » travaille à la rédaction d'un cahier des charges et à l'identification d'un porteur de projet.

Il est par ailleurs convenu de procéder à une analyse de l'état des lieux réalisé, afin d'identifier d'éventuels « *trous* » et d'envisager des pistes de travail adaptées aux besoins repérés, la Ville pouvant dégager les moyens financiers nécessaires, sur un temps court, à ce travail d'analyse.

2. Améliorer le niveau de connaissance des différents partenaires sur la question de la santé mentale

Faciliter l'insertion dans la cité des personnes en situation de souffrance psychique repose sur une amélioration de la connaissance des problématiques liées à la santé mentale chez les partenaires des champs du social, du médico-social, et du logement (besoins du public, diversité des situations, acteurs des champs sanitaire et psychiatrique,...). L'accroissement de l'efficacité de la démarche d'ensemble passe, notamment, par une modification des représentations négatives attachées aux patients. Sessions de formations, conférences... peuvent être imaginées comme autant de moments réguliers de rencontres, d'acquisition de connaissances, de création de nouvelles compétences, de renforcement des liens partenariaux. Ce serait là répondre à une demande unanimement formulée.

3. Projets pilotes et financements complémentaires

La création de projets innovants pourrait permettre, à la fois, de répondre à des besoins réels, et d'ouvrir la voie à de nouvelles sources de financements. Partant ainsi du fait que cinq GEM existent sur Marseille, fait rare qui situe la ville en pointe dans ce domaine, il pourrait être envisagé de solliciter la Fondation de France sur le volet recherche-action, ou la Fondation Sainte-Anne sur des projets psychiatrie.