

---

## ACCOMPAGNEMENT POUR LA MISE EN ŒUVRE D'ÉVALUATIONS DE DISPOSITIFS INNOVANTS EN MATIÈRE D'ACCÈS ET DE MAINTIEN DANS LE LOGEMENT DE PERSONNES SOUFFRANT DE TROUBLES PSYCHIQUES

---

### SYNTHÈSE

Célia Chischportich et Nathalie Merle, mai 2017

#### 1. Périmètre de l'évaluation

La consultation portait sur la capitalisation et l'évaluation de l'intermédiation locative en santé mentale (IML SM). Ce projet s'insère dans un projet plus large d'IML qui ne cible pas spécifiquement des personnes en souffrance psychique. Aux vues de l'imbrication des différents dispositifs en Santé Mentale sur Marseille et notamment sur les questions d'accès et de maintien dans le logement des personnes en souffrance psychique, nous avons défini en début de mission un périmètre d'évaluation centrée sur l'IML SM pour le volet capitalisation mais traversant l'ensemble des dispositifs en santé mentale sur la question du logement pour répondre aux questions évaluatives.

Le volet captation des logements et gestion locative adaptée a été évalué sur les spécificités en santé mentale lors de cette mission d'évaluation de l'IML SM. Cependant, l'évaluation de la captation des logements et de la gestion locative serait utile pour une meilleure adaptation du dispositif d'IML général.

#### 2. Le projet d'IML SM

##### 2.1. Genèse du projet d'IML en santé mentale et évolution

Le projet d'IML SM résulte d'une rencontre d'intérêt entre une des orientations du COSM (expérimenter du logement accompagné en santé mentale) et le déploiement du dispositif Solibail national à l'échelle des Bouches du Rhône par la DDCS. Le projet IML SM s'insère donc dans une déclinaison départementale du dispositif national Solibail. en fléchant, initialement de manière expérimentale, certains logements pour la santé mentale.

##### 2.2. Les objectifs du projet IML SM

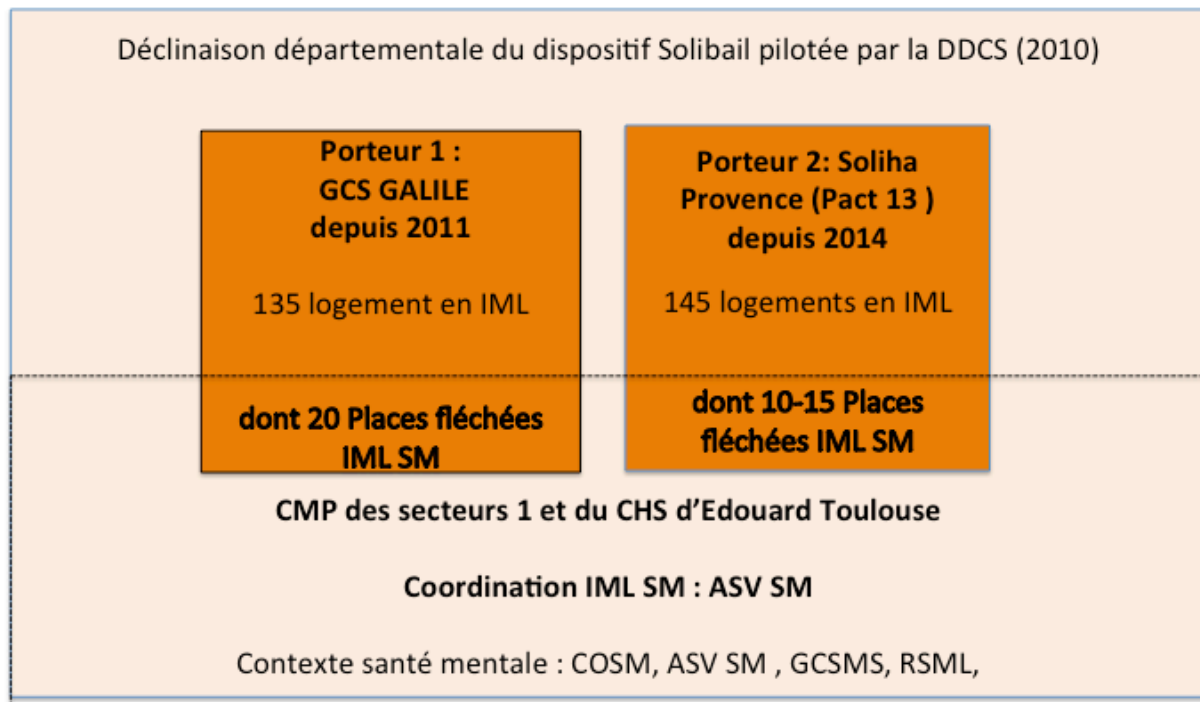
L'objet général du projet d'IML SM est rappelé dans le projet de convention co-construit en 2014 par les acteurs de l'IML (ASV SM, GCS GALILE et les deux CMP): **Ce projet consiste à lutter contre les conditions de logement inadaptées pouvant mettre en péril la stabilité de l'état de santé de personnes souffrant de troubles psychiques.** Ces conditions pouvant être :

- L'hospitalisation sans nécessité thérapeutique
- Le renvoi après hospitalisation vers des domiciles inadaptés (insalubrité, conflits familiaux, ...)
- Le recours par défaut à l'hôtel meublé ou au CHRS pour éviter la rue, ...

Il vise le maintien dans le soin, participe à la lutte contre la chronicité, aux hospitalisations au long cours, et à une prise en charge de la personne dans sa globalité (articulation du suivi sanitaire et social").

La finalité clairement partagée par l'ensemble des acteurs interrogés est de faire l'expérience d'un logement en étant accompagné et de sortir sur un logement autonome de droit commun.

### 2.3. Les acteurs de l'IML SM



En 2016, 2 porteurs assurent le logement et l'accompagnement

- L'offre du GCS GALILE est de 20 logements (10 de 2009 à 2014 + 10 à partir de 2014).
- Le Pact 13, a été retenu par la DDCS pour 10 places d'IML SM (à partir de janvier 2014). 5 nouvelles places à partir de juin 2015.

Un projet de convention entre les CMP « Belle de Mai » et « Pressensé » des secteurs de psychiatrie générale 13G12 et 13G11 du CH ET et le GCS GALILE a été élaboré en 2014 sans avoir été signée. C'est un document très abouti qui pour objet de fixer les engagements d'une part du porteur en termes de captation, de gestion locative et d'accompagnement social des ménages occupants, et d'autre part, du CH ET, en termes d'accompagnement sanitaire et médico-social. Il définit plus exactement le rôle de chaque partenaire autour de ce projet (bailleur, CMP, mais aussi SAMSAH et SAVS), les modalités de communication et les outils mis en place en interne et entre les structures.

#### **Recommandation 1 :**

**Un projet de convention entre les CMP « Belle de Mai » et « Pressensé » des secteurs de psychiatrie générale 13G12 et 13G11 du CH ET et le GCS GALILE a été élaboré en 2014. C'est un document très complet qu'il nous a semblé pertinent d'analyser et de mettre en regard de l'évaluation. Il serait opportun pour le projet, d'actualiser et d'opérationnaliser cet outil.**

### 2.4. Le public ciblé et ses besoins

Le projet de convention indique le public ciblé et ses besoins : "Ce sont des personnes connues et suivies par les secteurs de psychiatrie générale 11 et 12. Elles ne sont pas obligatoirement reconnues prioritaires DALO comme l'exige le dispositif Solibail classique.

Ce n'est pas le type de pathologie qui fait la porte d'entrée en IML mais la "gravité" de la souffrance et ses répercussions sur la possibilité d'habiter. Il y a des personnes sévèrement malades qui sont tout à fait autonome sur leur appartement et en capacité de s'inclure dans la cité.

#### **Les besoins de la personne :**

- Avoir besoin d'un logement : personnes sans logement ou mal logées, hospitalisées ou en hébergement médicalisé, en situation d'errance, ...

- Avoir le projet d'accéder à un logement ordinaire.
- Avoir besoin d'un accompagnement individualisé sur le logement avec un accompagnement social assuré par deux équipes, l'une sociale et l'autre soignante."

### **Problématiques spécifiques des personnes en souffrance psychique sur le logement :**

Ce sont des personnes plus vulnérables à l'environnement, elles peuvent en souffrir davantage. Les patients de psychiatrie peuvent se sentir mis en cause par l'environnement, décompenser, ou encore devenir mélancolique.

Les conditions d'habitat dans le collectif peuvent être absolument insupportables pour certains en raison des règles du collectif et du voisinage. Cela peut en pousser certains à partir de leur logement.

Le premier objectif, lors de l'entrée dans le logement, est la sécurisation de la personne, et de la qualité de son environnement social. Les équipes des CMP et des porteurs peuvent effectuer un travail de médiation avec l'environnement, traiter les symptômes (ce qui pose problème avec l'environnement) ou pour dédramatiser avec le voisinage si nécessaire.

### **2.5. La coordination et le pilotage**

La coordination locale entre les acteurs du logement et les acteurs de la psychiatrie *publique est* animée par le coordinateur de l'ASV santé mentale pour garantir l'opérationnalité du partenariat. Il permet à chacun de trouver sa place eu égard à son institution d'origine, joue une fonction d'animation des débats et un rôle de tiers afin de résoudre les divergences.

Le positionnement en IML SM se fait lors des commissions animés par le coordinateur ASV, dont le rôle est plébiscité par les acteurs..

Un autre comité de pilotage IML (général) est animé par la DDCS et regroupe entre autres les porteurs de l'IML et le SIAO. En dehors de l'IML SM, le positionnement des ménages est fait via le SIAO. Dans le cas des logements IML SM le positionnement des ménages est vu en commission IML SM.

Des comités techniques de pilotage IML SM se sont réunis entre 2010 et 2013 pour initier et assurer le suivi du projet IML SM sans être réellement formalisé.

#### **Recommandation 2 :**

**Mettre en place un comité de pilotage régulier tel que proposé dans le projet de convention ou/et définir un espace de concertation dans le cadre du COSM et du GCSMS.**

**Renforcer la place de l'IML SM au sein du Comité de Pilotage IML général piloté par la DDCS.**

### **2.6. Les porteurs et leurs missions**

Les porteurs assurent deux grands types des missions qui font appel à des compétences différentes : la captation de logement et la gestion locative adaptée ; et l'accompagnement éducatif visant à renforcer les capacités du savoir habiter. Des équipes distinctes assurent la captation et gestion locative d'une part et l'accompagnement social d'autre part.

Les porteurs sont missionnés par la DDCS pour l'IML et certains logements sont fléchés en santé mentale. Le GCSS GALILE a une convention avec la DDCS depuis 2010 et le Pact 13 depuis 2014 suite au déconventionnement de l'ADRIM. Les deux porteurs n'ont pas la même antériorité dans le projet d'IML, ni les mêmes caractéristiques. Le GCS GALILE s'est initialement construit pour porter ce projet, et participe aujourd'hui au projet 10 000 logements accompagnés. En 2015, il avait un parc de 135 logements. Soliha Provence participe à plus de 18 projets dont IML SM, 10 000 logements accompagnés, bourse au logement, captation et gestion locative pour Un chez Soi. Il assure la gestion locative d'un parc d'environ 1000 logements.

### **2.7. Les CMP et leur rôle**

Les deux CMP concernés par le projet d'IML SM sont Belle de mai du secteur 12 et Pressensé du secteur 11 du CH ET. Les chefs de pôle de ces secteurs sont historiquement très impliqués sur les questions du logement et de la santé mentale notamment au sein du COSM. Ces deux secteurs portent des associations : ARISM et Alternative 11 qui ont été créées respectivement en 82 et 87.

Leur implication correspond à des besoins spécifiques du centre-ville de Marseille où l'on note une grande précarité de la population, peu de logements sociaux, et les acteurs témoignent d'un isolement plus important que dans d'autres quartiers, avec très peu, voir pas d'étayage familial.

Dans le projet IML SM, les CMP déploient leurs missions propres auprès des ménages en coopération étroite avec les équipes des porteurs. Dans les deux CMP, les chefs de services sont parties prenantes depuis la mise en œuvre du projet d'IML SM. Ce sont les équipes des CMP qui orientent et présentent les ménages à la commission IML SM. La participation des psychiatres des CMP repose principalement sur l'orientation discutée en amont avec l'équipe pluridisciplinaire du CMP et le suivi individuel des personnes.

L'orientation des ménages diffère en fonction des CMP. Pour le CMP Belle de mai, il n'y a pas de différence entre le public des logement associatifs et celui de l'IML alors que pour le CMP Pressensé (dont l'association est toujours active) l'IML concerne des personnes modérément sévère et plus autonome que celles des logements associatifs.

### **2.8. La commission IML SM**

L'objectif est de réfléchir, échanger et prendre des décisions en commun sur les situations des ménages relevant du dispositif à chacun de ces 3 temps définis : présentation d'une candidature par le CMP, validation et suivi des ménages. Ces réunions permettent d'individualiser la situation, de réfléchir en commun aux problèmes singuliers qui se posent dans l'habitat.

Depuis l'initiation du dispositif d'IML en Santé mentale, 48 commissions rassemblent des professionnels des porteurs, des CMP et des partenaires de l'IML SM. La coordination du dispositif, l'organisation et l'animation de ces commissions sont assurés par le coordinateur de l'ASV SM.

Ces commissions se déroulent environ toutes les 6 semaines et durent une demi-journée. L'ensemble des professionnels souligne l'importance de ces commissions pour le fonctionnement du dispositif et les échanges autour du suivi des ménages. Le nombre de ménages en IML SM ayant augmenté, le temps imparti pour chaque situation s'amenuise.

#### **Recommandation 3 :**

**Augmenter la fréquence des commissions au moins une fois par mois permettrait de prendre plus de temps pour le suivi des ménages et de renforcer l'aspect transdisciplinaire de l'accompagnement global des ménages. En effet, le nombre de situation évoqué en commission augmente, le temps réservé à chaque situation semble trop faible pour être efficace.**

#### **Recommandation 4 :**

**Organiser deux fois par an (voire 3 si nécessaire et faisable) une réunion de synthèse entre porteur et CMP pour chaque ménage. Actuellement des rencontres de synthèse peuvent être organisées mais elles le sont uniquement quand la situation pose problème.**

### **2.9. Les outils de la coordination opérationnelle.**

Les acteurs réunis au sein des commissions ont développé trois outils pour améliorer la coordination opérationnelle : une fiche pour la présentation des situations, un tableau de suivi des situations ; un listing des membres de la commission IML santé mentale.

#### **Recommandation 5 :**

**Pour chaque situation indiquer dans le tableau l'âge, les revenus, le type d'appartement, l'arrondissement, le loyer, les revenus, le taux d'effort du ménage, les mesures de protection, le type d'hébergement au moment de la présentation, la PCH, le taux d'hospitalisation : l'année précédant l'entrée, pendant toute la durée et l'année suivante.**

### **2.10. Fonctionnement entre les partenaires du projet**

L'IML en tant que dispositif à l'articulation du logement et de l'insertion relève du secteur social, mais déployé en santé mentale, il suppose une forte articulation des professionnels de santé et du social qui ressemble aux dispositifs médicosociaux.

Au-delà, du défi d'accompagnement du projet personnalisé en interdisciplinaire couramment observées dans une même structure médicosociale, il s'agit dans le projet d'IML SM, d'articuler l'accompagnement pluridisciplinaire par des structures de cultures différentes. Depuis quelques années, la notion de transdisciplinarité émerge pour renforcer la coopération des acteurs et éviter la juxtaposition d'intervention de plusieurs catégories de professionnels sans concertation mais surtout pour multiplier plus qu'ajouter les impacts des interventions.

Le projet de convention d'IML en santé mentale propose un cadre de fonctionnement des partenaires.

Les professionnels ont réussi à répondre aux exigences importantes d'accompagnement sur de mêmes objectifs en transdisciplinaire et intersectoriel. Après six ans de travail commun, on peut noter, une bonne articulation et coopération entre les porteurs et les équipes des CMP. Les équipes reconnaissent leurs compétences mutuelles et peuvent s'appuyer sur les spécificités des structures pour faciliter la prise en charge en cas de difficultés. Elles témoignent de cette montée en compétence des équipes en santé mentale pour les porteurs et en hébergement pour CMP.

Ce travail interdisciplinaire et transdisciplinaire suppose de développer une culture commune, ce qui est largement initié avec les travaux communs dans le cadre du COSM, de l'ASV SM, des RSML, et du déploiement de ce projet.

Les ménages interrogés font bien la distinction des accompagnements proposés par les porteurs et les CMP, y compris en ce qui concerne l'accompagnement social.

**Recommandation 6 :**

**Un travail régulier pluridisciplinaire entre les équipes d'accompagnement des CMP et des porteurs autour du savoir habiter devrait permettre de renforcer l'accompagnement proposé mais aussi soutenir les professionnels dans les situations complexes.**

**Recommandation 7 :**

**Définir pour chaque ménages 1 ou 2 objectifs partagés par les équipes de psychiatrie et les porteurs, en assurer le suivi et le revisiter au moins une fois par an lors de la rencontre de synthèse entre le porteur et le CMP. Communiquer sur ces objectifs et leur suivi avec le ménage.**

**Recommandation 8**

**Afin de renforcer la culture commune et de valoriser le travail transdisciplinaire mis en oeuvre par les partenaires du projet, il serait intéressant de faire une publication sur le dispositif d'IML en Santé Mentale en partant de situations concrètes et en retraçant l'accompagnement et le parcours des personnes, telle que l'a réalisé Orloges à Lyon<sup>1</sup>**

---

<sup>1</sup> "Du désir de vivre seul à la signature du bail : des parcours pour comprendre", Lucette Moreau -dans l'ouvrage collectif "Quels toits pour soigner les personnes psychotiques", Marcel Sassolas, 2012 aux Editions ERES

### 3. Capitalisation des situations des ménages présentées en commission

#### Situations présentées lors des 48 commissions (mai 2010 -mai 2016)

	13G12	13G11	Situations totales
Hommes	37	18	55
Femmes	17	10	27
Familles	6 (dont 3 monoparentales)	1	7
Couples	2	2	4
TOTAL	62	31	93

En 4 ans, 93 situations ont été présentées en commission par les 2 CMP. La présentation de situation en commission ne reflète pas le besoin en logement des 2 secteurs. En effet, les présentations de situations en commission vont être réalisées en fonction des places disponibles. Quand les délais d'attentes sont importants, les secteurs présentent moins de situations.

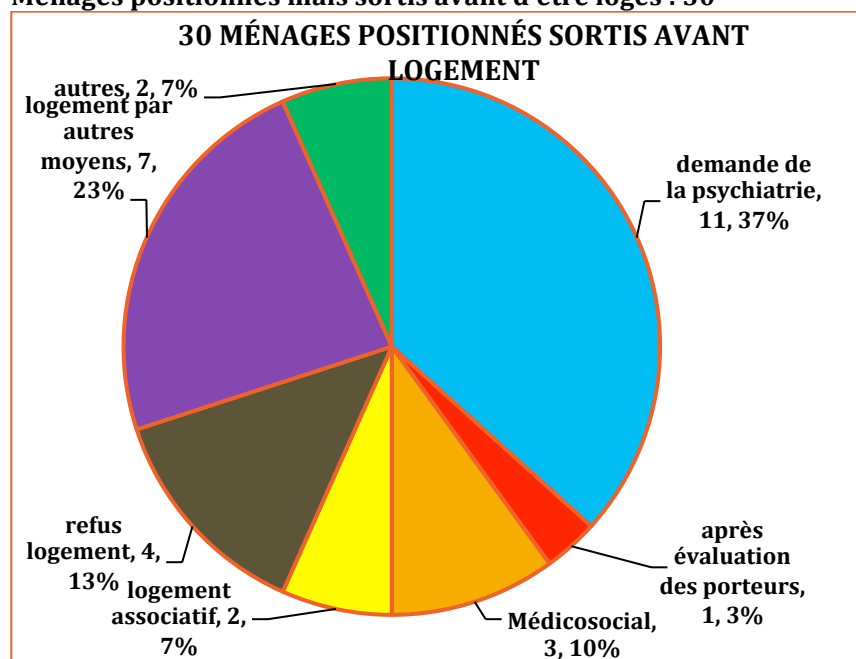
L'analyse de l'ensemble des situations présentées, nous a permis d'identifier 5 grandes catégories :

- Les situations non retenues en commission IML SM : 6
- Les situations retenues où les ménages ont été positionnés mais sont sortis avant d'être logés : 30
- Les situations retenues où les ménages ont été logés et accompagnés par l'IML : 39
- Les situations retenues où les ménages ont été positionnés et qui sont en attentes de logement : 7
- Les situations les ménages ont été positionnés et qui n'ont plus été évoqués en commission : 11

#### Situations non retenues par la commission : 6

Six situations présentées en commission n'ont pas après discussion collective dans le cadre de la commission pas été retenues. Toutes ces situations ont été présentées en 2011 à l'initiation du dispositif et plus depuis, ce qui illustre le temps nécessaire aux acteurs pour s'approprier les critères d'entrée dans le dispositif.

#### Ménages positionnés mais sortis avant d'être logés : 30

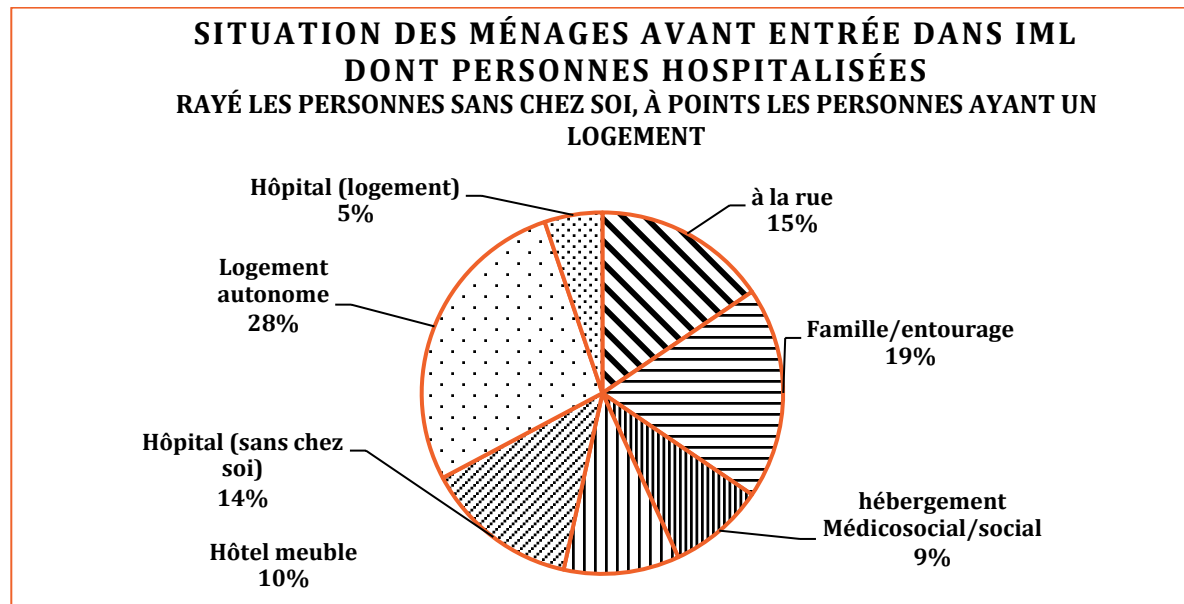


La situation de ces ménages a été évoquée entre 1 mois et 4 ans lors des commissions. 8 situations ont été retirées à la commission suivante, 17 ont été abordé pendant moins de 14 mois, 2 pendant 2 ans et 2 pendant 4 ans. Nous n'avons pas trouvé de corrélation entre les motifs de sortie du dispositif et les délais.

### Ménages logés et suivis en IML : 39

**39 ménages ont été logés et accompagnés en IML sur des périodes allant de 2 mois à près de 5 ans.**

- 8 personnes sont sorties avant le glissement de bail
- 7 personnes sont sorties avec glissement de bail plus une autre qui est sortie au moment du déconventionnement de l'ADRM car elle était en bail direct mais qui est rentrée à nouveau dans le dispositif en raison de la vente de l'appartement par le bailleur.
- 24 sont toujours dans le dispositifs (en mai 2016 : période de capitalisation des données)



Avant l'entrée en IML :

16 ménages avaient un logement autonome. Ils étaient soit dans des environnements qui pouvaient être nuisibles à leur santé mentale (immeuble insalubre, dégradé, environnement insécure ...) soit ils risquaient d'être expulsés.

Les 23 autres ménages étaient sans chez soi : hébergés par la famille dans des environnements souvent délétères voire hostiles, en CHRS ou en hôtel meublé.

11 ménages étaient à l'hôpital et sont sortis de l'hôpital sur l'IML. Parmi ces 11 personnes, 3 avaient un logement, les autres étaient sans chez soi.

### Sorties avant glissement de bail : 8

2 ménages ne sont restés que peu de temps (2 et 4 mois). Dans une situation, c'était un premier accès au logement d'une personne jeune qui se sentait trop isolé sur son logement et qui est retourné chez sa mère. Elle avait également des difficultés à s'habituer à son nouveau quartier. Dans l'autre situation, la personne a trouvé un HLM, qui lui convenait mieux que le logement en IML car le loyer était moins cher, donc le taux d'effort moins important.

Un autre ménage n'est resté qu'un an en IML, il n'a en réalité jamais habité son logement. Le contrat a été interrompu après concertation du CMP, du porteur et de la personne.

Les 5 autres personnes sont restées entre 16 et 25 mois : les motifs de sortie sont variés. 2 sont sortis pour des difficultés d'incurie ou/et des problèmes de voisinage, 2 sont retournés vivre avec leur famille et 1 a trouvé un logement par ses propres moyens, le glissement de bail était refusé par le propriétaire.

Au total sur 8 personnes, 2 ont accédé à un logement autonome, 3 sont allées vivre dans leur famille, 1 a été hospitalisée et 1 autre a été orientée vers l'Armée du salut (après une période d'hospitalisation).

### Glissement de bail 7-8\*:

Entre mai 2016 et décembre 2016, 2 autres baux ont glissé pour des ménages logés et accompagnés par GALILE. Les 5 premiers baux ont glissé au moment du déconventionnement de l'Adrim. 3 autres



baux ont glissé. Le glissement de bail représente la finalité et l'objectif principal de l'IML : accompagner les personnes vers l'autonomie dans le logement. Il est intéressant de noter que 6 des 8 personnes avaient comme revenu l'AAH et donc une reconnaissance de leur handicap.

A l'issue de cette période, les ménages sont toujours accompagnés par le secteur quand c'est nécessaire. En revanche, les situations ne sont plus évoquées en commission et n'ont pas pu être capitalisées.

Il serait utile que le secteur puisse faire une synthèse de la situation des personnes dont le bail a glissé, chaque année, en commission IML SM afin d'assurer le suivi d'impact du dispositif.

#### Les 24 ménages logés en IML SM (mai 2016 )

	GALILE	Pact13	Total
13G11	5	3	8
13G12	10	6	17
Total	15	9	24

2 personnes sont entrées récemment dans le dispositif, 9 sont dans le dispositif depuis entre 1 et 2 ans, 9 sont accompagnées depuis entre 2 et 3 ans et enfin 5 sont dans le dispositif depuis plus de 3 ans.

Les revenus des personnes logées en IML sont pour 80% l'AAH, 3 autres sont au RSA et 1 a une pension de vieillesse.

Le taux d'effort pour les logements se situe toujours en dessous de 30%, les 2 opérateurs essaient même qu'il soit moins important.

#### 7 ménages sont positionnés et en attente de logement :

3 depuis moins de 6 mois, 3 depuis plus d'un an ( respectivement 14, 17, 19 mois) et 1, deux ans. Les délais entre le positionnement du ménage et l'entrée se sont allongés sur les 2 dernières années.

2 ménages sont entrés sur des logements à l'issue de la période de capitalisation.

## 4. Réponses aux questions évaluatives en guise de conclusion

### 4.1. Pertinence

L'objectif de l'IML en santé mentale est clairement de créer du logement pour des personnes souffrant de troubles psychiques. Les besoins de logement en santé mentale sont présentés dans de nombreux plans et rapports, tant au niveau territorial que national :

L'évaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015<sup>2</sup> rappelle que pour l'ensemble des acteurs rencontrés, usagers, familles, soignants, professionnels de l'accompagnement social ou médico-social, élus, l'accès et le maintien dans le logement des personnes qui vivent avec des troubles psychiques restent une question prioritaire, où il y a encore beaucoup à faire. Dans le bilan du plan 2011-2015, les actions évoquées sont les suivantes : l'encouragement de l'intermédiation locative, le développement des résidences d'accueil, la poursuite jusqu'en 2015 du programme de création de places en services d'accompagnement (Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS et SAMSAH), le développement de modes d'hébergement innovants par les établissements médico-sociaux et enfin les programmes innovants tels « Un chez soi d'abord » pour les personnes sans abri

---

<sup>2</sup> Evaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015, HCSP, avril 2016, 228p.



ou mal logées. Le COSM de Marseille y est notamment cité pour son soutien à l'IML en Santé Mentale, aux RSML<sup>3</sup>, mais également pour l'inscription de ses objectifs dans le PLSP.

En effet, le PLSP santé mentale 2012-2014 (reconduit pour la période en 2014-2016) a retenu en axe prioritaire de développer des mesures d'accès et de maintien dans du logement ou de l'hébergement adapté pour les personnes sans abri ou mal logées souffrant de troubles psychiques notamment en promouvant des réseaux de traitement des situations sensibles et complexes (santé mentale et logement), en développant des mesures d'accès au logement ordinaire pour les personnes suivies par la psychiatrie de secteur, en étayant les projets de logement/hébergement pour personnes sans logement ou mal logées souffrant de troubles psychiques.

L'évaluation du plan national psychiatrie propose des recommandations relatives à la thématique du logement :

- Inscrire les orientations et les mesures dans la politique du logement, au niveau national et au niveau local (dans les Programmes locaux de l'habitat (PLH), les Plans départementaux d'action pour le logement des personnes défavorisées (PDALPD), les services intégrés de l'accueil et de l'orientation (SIAO), ...), et pas seulement dans la politique de santé.
- Définir des objectifs (notamment, concernant les résidences sociales ou l'intermédiation locative) et évaluer leur avancée.
- Articuler le développement du logement et, d'une part, le soutien du développement, en psychiatrie, des pratiques d'intervention à domicile et de réhabilitation psychosociale, et, d'autre part, le développement des services d'aide à domicile et des services d'accompagnement sociaux et médico-sociaux.

Plus récemment le rapport de la DGOS de 2016<sup>4</sup>, rappelle également l'importance du logement.

Ainsi ces récents rapports et évaluations sur la santé mentale, ainsi que l'ensemble des acteurs intervenant dans les champs du logement et de la santé mentale, rappelle la nécessité de développer des initiatives de logement accompagné dans le champ de la santé mentale et/ou de promouvoir des dispositifs innovants.

#### 4.2. Efficacité

L'analyse des étapes successives de mise en œuvre du dispositif ainsi que le volet de capitalisation montrent que l'ensemble des acteurs et les institutions participant ont pu relever le défi de développer un projet de logement des personnes en santé mentale, en l'intégrant dans le déploiement du dispositif d'IML initialement non fléché sur la santé.

##### La captation et gestion locative des logements

Après 6 ans de mise en œuvre, les objectifs opérationnels du projet sont remplis. La captation de logement dans le privé est assurée les 2 porteurs : le GCS GALILE depuis le début du projet et Soliha (ex Pact 13) depuis 2014.

Les professionnels des équipes ne relèvent pas de différences majeures pour la prospection et la captation des logements pour le public en Santé mentale. Les propriétaires ne savent pas à quel type de public le logement sera attribué, voire pour quel dispositif. Les avantages fiscaux et autres sont identiques pour l'ensemble des dispositifs de logement accompagné. Les équipes portent une attention particulière à la mise en adéquation des souhaits du ménage. Au moment de la mise en adéquation de la demande et du logement, les équipes sont plus attentives aux exigences des ménages en santé mentale : proximité du CMP, quartier demandé, étage peu élevé, balcon, vis à vis, voisinage, environnement..

Le délai entre le positionnement d'un ménage en commission et l'entrée sur le logement est très variable, entre 15 jours et 26 mois. Au moment de la capitalisation des résultats, en mai 2016, 12 ménages étaient positionnés et en attente de logement.

---

<sup>3</sup> Réseaux Santé Mentale Logement

<sup>4</sup> Rapport relatif à la Santé Mentale, Michel LAFORCADE, DGOS, octobre 2016, 190p.

Ce délai, entre le positionnement du ménage et l'entrée effective, est problématique pour les personnes. Les équipes de psychiatrie témoignent de la difficulté d'accompagner des personnes pour l'entrée dans un logement sans avoir de visibilité sur le délai. Il est difficilement programmable puisqu'il dépend des critères de recherche et de la disponibilité d'un logement dans le parc géré par le porteur. Concernant la gestion locative, les porteurs gèrent plusieurs dispositifs de logement en santé mentale. Les équipes témoignent du fait que la gestion locative n'est pas très différente de la gestion locative adaptée pour d'autres publics. En revanche, plusieurs professionnels témoignent de l'évolution de leurs représentations sur le public en santé mentale liée tant au travail direct avec les personnes qu'au travail avec les équipes d'accompagnement. Les équipes de gestion locative adaptée ont bien intégré que les difficultés de gestion financière pouvaient être en lien avec la santé mentale et l'inverse.

En mai 2016, 39 ménages ont pu être logés et accompagnés en IML SM. 7 sont sortis avec un glissement de bail, 8 sans glissement de bail, et 24 sont encore sur le dispositif. Depuis mai 2016, 2 autres baux ont glissé ou sont en cours de glissement ; et au moins 2 autres ménages ont été logés et accompagnés. En effet, le glissement de bail quand il est possible demande du temps, au moins 3 ans, temps de l'engagement des porteurs avec les propriétaires, ce délai redémarrant en cas de mutation interne, déménagement du ménage.

Pourtant, il semble important de rappeler, que les ménages effectivement logés ne représentent qu'une partie du travail effectué par les équipes des porteurs.

Le travail des équipes de gestion locative et d'accompagnement ne se limite pas aux ménages qui entrent de manière effective dans les logements. En effet, quand un ménage est positionné, le ménage est rencontré par le porteur pour affiner et valider sa demande. Les équipes de gestion locative et de captation recherchent un logement en adéquation avec ses attentes et enfin un logement peut lui être proposé. Plusieurs logements doivent parfois être proposés avant d'en trouver un qui corresponde aux attentes de ce ménage.

#### Créer une dynamique partenariale pour l'accompagnement global des ménages

L'accompagnement des ménages est assuré de manière conjointe par les équipes des CMP et des porteurs. L'accompagnement pluridisciplinaire des personnes est une manière efficace d'accompagner les personnes, tant sur les questions sociales, que sur les questions de santé. La loi 2002 propose des outils pour travailler plus efficacement auprès et avec les personnes dans l'ensemble des structures médicosociales. L'IML en tant que dispositif à l'articulation du logement et de l'insertion relève du secteur social, mais déployé en santé mentale, il suppose une forte articulation des professionnels de santé et du social, qui ressemble aux dispositifs médicosociaux.

Il s'agit dans le projet d'IML en santé mentale, d'articuler l'accompagnement pluridisciplinaire avec des structures de cultures différentes.

Le rapport Laforcade<sup>5</sup> préconise cette complémentarité : *« Les divers acteurs du champ doivent s'organiser afin de mettre en œuvre cette indispensable complémentarité de leurs compétences ». La notion de parcours global de la personne est ainsi reconnue dans le rapport : il faut prendre en compte à la fois le sanitaire, le médico-social et le social, le préventif, le curatif, le palliatif, les liens entre l'individu et son environnement, entre les soins et l'insertion, etc. « Le modèle de continuité de l'intervention socio-sanitaire est la clé du succès ».*

Les équipes d'accompagnement des porteurs et des CMP, ont appris à travailler conjointement autour des situations mais également lors des commissions qui ont une véritable vocation à créer une culture commune. Nous avons également pu noter que cette culture commune est le fruit d'un travail commun des professionnels dans différentes instances de santé mentale et notamment au sein du COSM, des RSML, et des formations ou colloques organisées sur ces thématiques. Cette culture commune, accompagnée au niveau institutionnel et des acteurs depuis une dizaine d'année, facilite le travail en interdisciplinarité. Ainsi plusieurs projets ont pu être développés en partenariat

---

<sup>5</sup> Rapport relatif à la Santé Mentale, Michel LAFORCADE, DGOS, octobre 2016, 190p.

sur la question de la santé mentale et du logement, tels le projet 10 000 logements accompagnés ou encore la constitution du GCSMS santé mentale et habitat.

Depuis la mise en œuvre de l'IML SM, ce sont ainsi 39 ménages qui ont pu accéder à un logement autonome en étant accompagnés de manière conjointe par les acteurs de la psychiatrie et les équipes des porteurs. 9 personnes ont à l'issue de l'IML pu entrer sur des logements autonomes : 7 avec glissement de bail à l'issue de l'IML et 2 qui sont sortis avant le glissement de bail ont trouvé un logement autonome un en HLM avec un taux d'effort moins élevé, et 1 autre par ses propres moyens. Les entretiens avec des personnes logées en IML SM illustrent les évolutions importantes des situations depuis l'entrée sur le dispositif et leur actuelle capacité et désir de pouvoir être sur un logement autonome.

### 4.3. Cohérence

#### Articulation des politiques publiques intervenant dans le champ du logement et de la santé mentale

L'évaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 propose deux niveaux de pilotage nécessaires pour la gouvernance du Plan : un pilotage national fort, et un pilotage territorial des ARS. À l'échelle régionale, opérationnalisation de la politique définie par l'ARS.

- Au sein de chaque ARS, prévoir la fonction d'un référent santé mentale formé à ce champ avec une fonctionnalité transversale d'animation de la politique régionale de santé mentale et de psychiatrie.
- Quelle qu'en soit la forme (conférence régionale de santé mentale, groupe de travail spécifique au sein de la CRSA, ...) mettre en place une instance régionale de concertation en santé mentale.
- Définir une feuille de route, en fonction du diagnostic territorial partagé, et animer sa mise en œuvre et son suivi.
- Inscrire la santé mentale à l'agenda des Commissions de coordination des politiques publiques de santé (CCPP).
- Soutenir le développement des CLSM, en les positionnant comme un outil de gouvernance partagé et démocratique des politiques locales de santé mentale et en assurant le financement de postes de coordonnateur des CLSM (ARS - Collectivité Territoriale).

À l'image de la différenciation faite dans le rapport Laforcade : « *la santé mentale n'est pas de la responsabilité exclusive de la psychiatrie, mais la psychiatrie doit impérativement s'intégrer dans la politique de santé mentale* », l'article 69 de la loi LMSS <sup>6</sup> fait une distinction claire entre la politique de santé mentale, branche de la santé publique, et l'organisation de la psychiatrie.

La politique de santé mentale s'inscrit donc nécessairement dans un cadre coopératif large, incarné par un projet territorial de santé mentale qui facilitera le parcours de « l'usager », en mettant en relation tous les acteurs susceptibles d'intervenir à un moment ou un autre dans ce parcours : « la coordination socio-sanitaire est indispensable ».

Le projet d'IML SM est né de la déclinaison départementale du dispositif Solibail mise en œuvre par la DDCS, et de l'axe Santé Mentale et Logement dans le COSM. Les institutions en articulant les politiques publiques pour soutenir ce projet innovant sont précurseur de la création de dispositifs expérimentaux.

De plus, la loi LMSS est venue définir (ou redéfinir) huit instruments de planification nécessaires à l'édification des parcours en santé mentale dans les futurs Projets régionaux de santé (PRS)<sup>7</sup>.

- La politique de santé mentale ;
- Le projet territorial de santé mentale ;
- Les parcours de soins et de vie ;
- Le diagnostic territorial partagé en santé mentale ;
- Les contrats territoriaux en santé mentale ;

---

<sup>6</sup> Loi de modernisation de notre système de santé du 27 janvier 2016

<sup>7</sup> Mettre en œuvre un projet de parcours en psychiatrie et santé mentale - Kit d'outils- ANAP, décembre 2016

- Les conseils locaux de santé et les conseils locaux de santé mentale ;
- L'activité de psychiatrie ;
- La mission de psychiatrie de secteur.

Elle propose que soit mise en œuvre sur chaque territoire une organisation graduée globale répondant à l'ensemble des besoins des personnes vivant avec des troubles psychiques tout au long de leur parcours de vie : de la prévention jusqu'aux modalités d'accompagnement et d'insertion sociale, en passant par le soin.

L'ensemble de ces textes qui redéfinissent l'articulation des politiques régionale de santé mentale impactera les évolutions possibles de la santé mentale sur la région et sur les territoires mais également de ce dispositif.

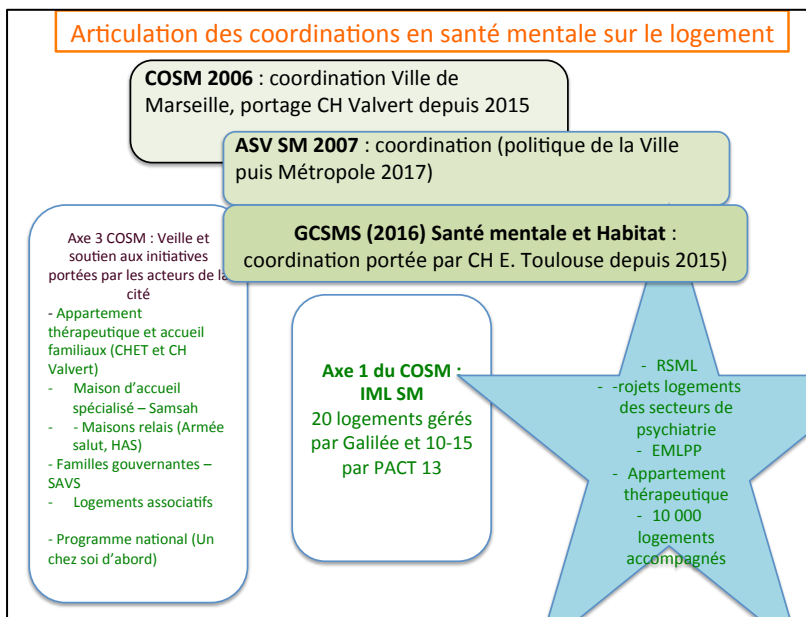
L'IML SM comme dispositif d'accès au logement des personnes en souffrance psychique

### **Une problématique accompagnée par plusieurs dispositifs Marseillais de coordination en Santé mentale**

La ville de Marseille s'est fortement investie sur la dynamique en santé mentale, elle a fait partie des pionniers en France en constituant, présidant et animant le COSM (actuellement déployé dans de nombreuses villes sous le terme de Conseils Locaux en Santé Mentale) et en animant la thématique santé mentale jusqu'au recrutement du coordinateur ASV SM.

Des liens importants entre les dispositifs en santé mentale ont été identifiés tant autour des objectifs de l'habitat et de la santé mentale que des missions des coordinations ASV SM, COSM et GCSMS santé mentale et habitat. En effet, l'expérimentation de l'IML SM répond à l'axe 2 du COSM, la coordination en est assurée par l'ASV SM depuis la création.

En 2015, une coordinatrice a été recrutée pour préfigurer puis coordonner le GCSMS santé mentale et habitat.



Une réorganisation récente des postes de coordination en santé mentale et l'arrivée de nouveaux professionnels sont intervenues en 2015-2016.

L'articulation des différentes missions des dispositifs de coordination en santé mentale sur le logement se pose d'une part en terme de cohérence et d'efficacité de ces missions de coordination mais également en terme de mobilisation de l'ensemble des acteurs. En effet, un petit groupe d'acteurs très mobilisés participe à de très nombreuses instances, il est important d'anticiper les complémentarités pour maintenir cette mobilisation.

La question de l'articulation avec le CGSMS habitat et santé mentale était posée dès la commande de l'évaluation. Si elle est légitime, puisque le logement en santé mentale est l'objet de ce GCSMS, il semble important de rappeler l'importance du rôle de l'ASV SM dans la mise en œuvre de nombreux

projet autour de la santé mentale et du logement depuis de très nombreuses années. Au delà des relations interpersonnelles de confiance tissées, c'est également la place particulière des ASV, à l'articulation de plusieurs institutions, qui permet au coordinateur d'appuyer les dispositifs et d'assurer son rôle de coordination en ayant la possibilité d'interpeler les acteurs directement ou via le comité de pilotage. En revanche s'il s'agit de renforcer ou de confier certaines missions d'animation du dispositif, le GCSMS semble indiqué pour les assurer.

#### 4.4. Eléments de lecture des coûts

Nous avons mis en regard le coût de la place d'IML SM par rapport à d'autres services accueillant des personnes usagères des services de santé mentale.

Aujourd'hui la subvention reçue de DDCS par les porteurs pour 1 logement en IML est d'environ 6000 euros par an. Les logements fléchés en santé mentale ont été revalorisés en raison du travail complémentaire notamment liée à la dimension inter-partenariale de l'accompagnement global et leur dotation se situe entre 8000 et 9000 euros par an. Le complément est versé à un des porteurs par la Ville de Marseille et le GIP Politique de la ville. Les professionnels des CMP interviennent auprès des ménages au titre de leurs missions de secteur, ce qui ne donne pas lieu à des financements complémentaires

L'objectif initial du projet d'IML SM est de proposer un logement accompagné à des personnes en santé mentale, et d'éviter les hospitalisations quand cela est possible. Le coût moyen d'une hospitalisation en CHS est d'environ 800 euros par jour. Nous serions alors tentés de faire le raccourci selon lequel, 10 jours d'hospitalisation évités paieraient le coût d'une place en IML SM. Il est alors important de se rappeler que près de 20% des personnes logées en IML étaient hospitalisées avant leur entrée dans le logement.

Dans le secteur médico-social, les coûts sont plus élevés qu'en IML SM. En CHRS, la place coute environ 15 000 euros par an, et en appartement de coordination thérapeutique, 32 000 euros par an. Il n'existe pas de données précises sur le coût d'une place en logement associatif, le HCSP<sup>8</sup> indiquait dans son rapport qu'il n'y a pas de bilan des logements associatifs. En 2014, un rapport de la Fondation de France sur les logements associatifs<sup>9</sup> indique des sources de financements variables et peu élevés. La gestion est majoritairement assurée par des professionnels des Centres Hospitaliers Spécialisés.

A la vue de ces différents éléments budgétaires, nous pouvons relever que le dispositif IML SM fonctionne avec de faibles moyens financiers. En effet, les moyens alloués aux porteurs sont très faibles pour pouvoir assurer un accompagnement global rapproché quand les situations le nécessite. De la même manière, les moyens humains des CMP pour les accompagnements globaux (soignant, assistant sociaux, éducateur) sont faibles, d'autant, qu'au-delà de l'IML SM, ces professionnels assurent les suivis des logements associatifs et des missions plus générales du secteur.

Les textes récents incitant le développement du logement en santé mentale n'indique pas si des moyens complémentaires seront alloués aux services déconcentrés pour financer ce type d'action.

Tant pour le renforcement, que pour le déploiement du dispositif d'IML SM, des pistes ont été identifiées. L'implication future du Conseil Départemental 13 peut être interrogée. En effet, il finance aujourd'hui d'une part, de l'IML (sans accompagnement), et d'autre part, le volet social des Samsah. La DDCS et le CD13 initient un travail commun sur l'IML. De la même manière, la participation financière de l'ARS, qui au travers de sa mission autour des publics en difficulté spécifiques va financer le dispositif Housing First en tant qu'appartement de coordination thérapeutique, ou encore dans le cadre plus général des parcours en santé mentale.

---

<sup>8</sup> Haut Conseil en Santé Publique

<sup>9</sup> "Les appartements à visée thérapeutique", rapport d'étude pour le programme Maladie psychique et vie sociale, Fondation de France Avril 2011, Claire Le Roy-Hattala, 70p.

#### 4.5. Utilité

L'utilité est la mesure de correspondance entre les impacts des actions et les besoins du territoire.

Les besoins de logement pour les personnes en souffrance psychique sont largement étayés tant au niveau national que local. En revanche, l'évaluation chiffrée des besoins sur le territoire de Marseille est plus délicate.

Aujourd'hui sur l'IML SM, 7 personnes sont en attentes de logement. Ce chiffre sous-estime les besoins des deux secteurs, car en réalité, quand le délai d'attente est long pour des ménages déjà positionnés, les équipes des CMP proposent moins de nouvelles situations.

Nous n'avons pas de visibilité sur les attentes des autres secteurs d'Edouard Toulouse, du CHS de Valvert et de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille. Les travaux du GCSMS santé mentale et habitat permettront certainement d'identifier plus précisément les besoins et les offres.

En effet, pour répondre aux besoins de logement et d'accompagnement des personnes en souffrance psychique, il est important de mettre en regard les possibilités d'hébergement et de logements ainsi que des types d'accompagnement possibles.

La palette disponible pour les secteurs du 13 G11 et 13G12 n'est pas si importante : il n'y a plus d'appartement thérapeutiques. Depuis l'orientation via le SIAO pour les CHRS les CMP n'arrivent plus à y faire entrer des personnes, alors qu'avant ils avaient des accords facilitant l'accès. Il n'y a pas de places en MAS ou FAM fléchés santé mentale.

La palette est donc relativement restreinte : famille gouvernante, maison relais, logements associatifs (12 places sur le secteur 13G12 et 24 sur le 13G11) et l'IML SM. Le GCSMS santé mentale et habitat a recensé les différentes structures et places sur le territoire marseillais.

Les expériences de l'IML SM et des appartements associatifs montrent bien la plus-value et l'importance dans le logement accompagné en santé mentale de 3 dimensions différentes :

- Captation logement, gestion locative, accompagnement vers glissement de bail
- Prise en charge médicale et psychiatrique
- Accompagnement social, vie quotidienne, inclusion cité

**Le volet captation et gestion locative** est assuré par les porteurs dans le dispositif IML et par les secteurs de psychiatrie dans le logement associatif.

**L'accompagnement médical et psychiatrique** est réalisé par les CMP. Sur ce volet, les équipes travaillent en lien avec l'ensemble des acteurs du soin : médecine de ville, hospitalière, infirmier à domicile, ... Quand les personnes ont un handicap reconnu, un faible niveau d'autonomie, des poly-pathologies ou une nécessité d'accompagnement à la vie quotidienne et de coordination rapprochée, le SAMSAH peut intervenir après notification de la MDPH.

**L'accompagnement social à la vie quotidienne dans le logement et à l'inclusion dans la cité** est assuré par les équipes sociales des porteurs et par les équipes sociales, soignantes et éducatives des CMP. En cas de faible autonomie, cet accompagnement global peut être renforcé par l'intervention d'une aide à domicile. Quand le handicap est reconnu, le SAVS ou le SAMSAH peuvent venir renforcer la coordination et l'accompagnement social.

Dans les domaines de la précarité et de la santé mentale, les parcours sont peu linéaires et les besoins des personnes en termes d'accompagnement médical et social peuvent varier rapidement. Les équipes intervenant, quel que soient les dispositifs, doivent être en capacité de travailler en articulation, être réactives et adapter la prise en charge.

Les expériences de l'IML SM, de Housing First, ou des logements associatifs ont montré d'une part le succès pour certaines personnes du logement accompagné, et d'autres part qu'il n'y pas ou peu de caractères prédictifs de succès sur le logement en santé mentale.

**L'utilité de l'IML SM, et de manière plus large du logement accompagné en santé mentale, sera d'autant plus importante que les structures intervenant sur les 3 niveaux captation/gestion locative adaptée, accompagnement médical et social interviendront en coopération et auront la possibilité de moduler les réponses au plus près des besoins des personnes visitées régulièrement.**

#### 4.6. Durabilité

La durabilité interroge la question de la persistance des effets à moyen et à long terme.

Le dispositif IML financé par la DDCS offre un cadre pérenne. Plusieurs nouvelles dispositions réglementaires pourraient à long terme renforcer le logement des personnes en santé mentale :

Pérennisation du dispositif Housing First : Le décret transformant les places du programme « un chez soi d'abord » en ACT logement, publié le 28 décembre 2016, permet de transformer cette expérimentation en dispositif médicosocial de droit commun.

Création de 30 places d'ACT en direction des personnes en situation de handicap psychique, et lancement de l'expérimentation ACT domicile. Lors du comité interministériel du handicap qui s'est déroulé vendredi 2 décembre 2016 en Lorraine, le Premier Ministre a annoncé pour la mesure visant à « Renforcer l'offre de places en habitat regroupé et développer des logements d'évaluation de transition » la création de 30 nouvelles places dédiées aux personnes en situation de handicap psychique. De plus, dans le cadre du projet de loi de finance de la sécurité sociale de 2017, Marisol Touraine a annoncé au Sénat le lancement de l'expérimentation ACT DOM.

Ainsi l'accompagnement à domicile pour les personnes malades chroniques en situation de précarité sera expérimenté en 2017. L'accès au public en santé mentale sur les ACT domicile reste à débattre sachant que pour l'entrée en ACT une reconnaissance du handicap n'est pas nécessaire.