

Sommaire

Introduction 3

Chapitre 1

Les situations auxquelles les organismes sont confrontés 5

- 1 - Les principaux cas de figure rencontrés. 5
- 2 - La difficulté de l'intervention pour le bailleur. 7

Chapitre 2

La santé mentale dans les politiques publiques 9

- 1 - Qu'est-ce que la santé mentale ? 9
- 2 - La sectorisation psychiatrique. 11
- 3 - La reconnaissance du handicap psychique. 14
- 4 - La santé mentale, enjeu des
politiques locales. 15

Chapitre 3

Pratiques au quotidien : les enseignements tirés de l'expérience 19

- 1 - Identifier les situations : la détection
et la veille sociale 20
- 2 - Qualifier la situation : analyse
du problème. 21
- 3 - Orienter le problème : signalement
et relais vers des ressources externes 26
- 4 - Gérer le problème dans la durée : les
pratiques de travail partenariales 31
- 5 - Gérer les situations d'urgence 35

Chapitre 4

L'accès au logement des personnes en processus de soin 41

- 1 - Les besoins d'hébergement et
d'accompagnement 41
- 2 - Les différentes réponses envisagées 43

Bibliographie 48

Liste complète des parutions 49

Ont contribué à l'élaboration de ce document, un groupe de travail auquel ont participé :

- ❑ Opac de Villeurbanne : Aïcha Mouhaddab
- ❑ Lille Metropole Habitat : Liliane Frisicale
- ❑ Logirem : Martine Lahondes
- ❑ Opac de Brest : Jean-Jacques Pot
- ❑ Sarthe Habitat : Christine Guillotin
- ❑ Opac de Paris : Sylvie Planade
- ❑ Colomiers Habitat : Geneviève Van Rossem
- ❑ Habitat du Lot-et-Garonne : Emmanuelle Gauville, Ascension Garcia Roblès
- ❑ Aiguillon Construction : Pierre Ulliac
- ❑ Territoire-Habitat : Odile Banet
- ❑ Immobilière 3F : Alain Montagu, Catherine Paulin
- ❑ Opac du Val-de-Marne : Marie Dumas
- ❑ Le Foyer Remois : Didier Hannotin
- ❑ Nantes-Habitat : Katell Briec
- ❑ Opac du Loiret : Denis Lebert
- ❑ Fédération des Offices d'Hlm : Patrick Kolli
- ❑ L'Union sociale pour l'habitat de Paca : Pascal Gallard,
- ❑ Arra Hlm : Annick Izier
- ❑ L'Union sociale pour l'habitat, Délégation à l'action professionnelle : Nathalie Corlay-Reto - Direction juridique et fiscale : Florence Slove, Denise Salvetti.

Nous remercions les acteurs suivants qui ont bien voulu témoigner devant le groupe :

- ❑ Professeur Philippe-Jean Parquet, auteur d'un rapport sur "Souffrance psychique et exclusion sociale" publié en 2003 à la demande du secrétariat d'Etat à la lutte contre la précarité et l'exclusion.
- ❑ Christian Laval, sociologue à l'Observatoire national des pratiques en santé mentale et précarité (ONSMP-ORSPERE)
- ❑ Pierre Larcher, Direction générale de l'action sociale.
- ❑ Philippe Caffin, Directeur de l'APRAS, à Rennes.
- ❑ Christophe Laffaiteur, directeur adjoint de l'UDAF de la Marne.
- ❑ Jean Canneva, Président de l'UNAFAM (Union nationale des familles et amis de malades mentaux).
- ❑ Maud Sgorbini, Communauté urbaine du Grand Lyon.
- ❑ Maryvonne Sarrazin, Service santé de la Ville de Nantes.

Introduction

Les organismes d'Hlm sont confrontés à la présence dans leurs ensembles immobiliers, de locataires présentant des troubles de comportement chroniques qu'ils ne parviennent pas à traiter seuls. Ils se manifestent souvent par de l'agressivité, de la violence, des comportements atypiques ou socialement non acceptés. Les organismes peuvent également être amenés à repérer des situations de repli ou d'isolement qui, si elles ne se traduisent pas par des troubles de voisinage, peuvent être susceptibles de mettre la vie des personnes concernées en danger.

Face à ces situations les organismes s'interrogent : les ménages concernés sont-ils des "malades mentaux" ? S'agit-il de personnes fragilisées par des conditions de vie précaires ? Alors que les acteurs sociaux se disent eux-mêmes parfois dépassés, quels partenaires peuvent aider à la recherche de solutions permettant le maintien dans un logement de ces personnes fragilisées ? Quelle peut être la contribution des acteurs du milieu sanitaire ? Comment s'organiser en interne et intervenir de façon pertinente pour faire face à ces situations ?

Les bailleurs sociaux interviennent à différents titres : le plus souvent, il s'agit pour eux de rétablir la jouissance paisible du logement et d'assurer le respect du bail. En tant qu'opérateur social et urbain, ils sont également impliqués dans le fonctionnement social des ensembles immobiliers qu'ils gèrent et contribuent avec d'autres acteurs à la régulation de la vie collective.

D'un autre côté, compte tenu de la politique massive de dés-hospitalisation et de fermeture des lits d'hôpitaux, les organismes sont sollicités par différents acteurs, des hôpitaux, des associations pour apporter des solutions au logement de personnes souffrant d'une maladie psychique. Ils doivent alors bâtir avec ces acteurs des réponses adaptées à la situation de ces personnes, réponses qui comportent le plus souvent une solution logement et un accompagnement.

Ce guide a pour objet d'apporter des points de repère pour aider les organismes à intervenir à bon escient et à mobiliser (ou à s'inscrire dans) les partenariats susceptibles de les aider à apporter des réponses à ces situations.

Il comporte des éléments de définition de la santé mentale et une présentation des acteurs du milieu sanitaire et propose, à partir d'expériences concrètes quelques pistes permettant aux organismes de structurer leur intervention

aux différentes étapes de traitement d'une situation. Enfin, il aborde la question de l'habitat adapté aux publics souffrant d'une maladie psychique.

L'élaboration de ce document a été guidée par un groupe de travail d'organismes d'Hlm qui a présenté ses pratiques et procédé à des auditions d'acteurs de différents univers, des opérationnels et des acteurs institutionnels.

Dans ce cadre, l'approche développée dans ce guide a deux sources principales : elle prend en compte les enseignements du rapport sur "Souffrance psychique et exclusion sociale" remis en 2002 par le professeur Philippe-Jean Parquet à la Secrétaire d'Etat à la lutte contre la précarité et l'exclusion ; elle s'appuie également sur les travaux de l'ORSPERE-ONSMP (Observatoire national des pratiques en santé mentale et précarité) menés sous l'égide de Jean Furtos.

Les situations auxquelles les organismes sont confrontés

1 - Les principaux cas de figure rencontrés

Plusieurs situations peuvent amener le bailleur à se poser la question d'une fragilité psychologique ou d'un possible problème de santé mentale d'un de ses locataires. La plupart de ces situations sont identifiées dans le cadre de problématiques au départ classiques de la relation bailleur/locataire : troubles de jouissance du logement, réclamations et demandes des locataires, difficultés à recouvrer un loyer, etc.

Le trouble de voisinage chronique non résolu par les compétences du bailleur

Certains troubles de voisinage peuvent se révéler complexes à résoudre en raison de leur durée ou leur répétitivité. Ils se manifestent au départ de manière habituelle par des nuisances occasionnées par un locataire vis-à-vis de son environnement (bruit, hygiène, odeur, etc.).

La plupart de ces situations sont régulées par une procédure adaptée du bailleur qui mise sur la capacité d'adhésion, de réaction ou de responsabilisation du locataire perturbateur par rapport au contrat de location et aux règles de vie collectives (rappel au bail, contractualisation pour obtenir un engagement ou un accord des deux parties, etc.).

Cette procédure est parfois insuffisante voire inopérante pour résoudre le trouble, c'est-à-dire sans effet immédiat ou durable¹⁾. La difficulté pour le bailleur est alors de comprendre les motifs de cet échec et de dissocier ce qui relève de la mauvaise foi et du comportement "délibérément perturbateur" du locataire, de ce qui peut être lié à un problème de souffrance psychique, voire de pathologie mentale.

1) Cf. Expérience d'Aiguillon Construction (Rennes) qui montre de manière empirique que "dans 20% des cas (de troubles voisinage), les services de l'organisme sont démunis et leur intervention semble inopérante." Actualité Habitat n° 60 – Mars 2000.

Le trouble d'ampleur inhabituelle

Dans d'autres cas, le trouble de voisinage se manifeste d'emblée avec une ampleur inhabituelle ou est associé à un comportement étrange, parfois constitutif d'un danger potentiel pour la personne ou pour son voisinage (mise en danger des biens et/ou des personnes, trouble à l'ordre public).

Si les notions d'"étrangeté" et de "danger" sont variables selon les modes de vie collectifs et le degré de tolérance de l'environnement, le sentiment de danger est pour le voisinage généralement associé à une attitude agressive ou menaçante (insultes, intimidations, etc.), parfois en rupture avec les habitudes de la personne ou à des actes de négligence grave à l'intérieur du logement (fuites d'eau, de gaz, jets d'objets par les fenêtres, etc.).

Le danger pour la personne est lié à la prise de risque associée à son comportement. Dans ces situations, le bailleur est généralement alerté de manière pressante par le voisinage (pétitions, plaintes réitérées, etc.). S'il peut être amené à préjuger d'un problème de santé mentale, il n'a pas la compétence pour l'affirmer avec certitude.

Dans une résidence du patrimoine de **Colomiers Habitat**, la prise de risque importante d'une jeune femme surprise en train d'escalader des balcons a déclenché une alerte immédiate du voisinage, alors qu'elle était connue de tous et relativement bien acceptée auparavant.

Le voisinage a manifesté une peur à la fois pour la sécurité de la personne, mais aussi pour sa propre sécurité, redoutant que son comportement extrême ne dégénère à plus long terme.

La difficulté de relation bailleur / locataire

Le bailleur est parfois confronté au comportement atypique d'un locataire, qui le gêne dans l'exécution de sa mission : demandes étranges, ambivalentes ou obsessionnelles, impossibilité d'entrée en contact liée à une incompréhension, un détachement ou un évitement, relations difficiles du fait d'un sentiment de persécution, d'une irritabilité voire d'une agressivité envers le personnel. Ce comportement peut être lié à la prise de

Les situations auxquelles les organismes sont confrontés

médicaments, de produits illicites ou à certaines maladies mentales qui altèrent la perception de la réalité pour la personne. Il n'entraîne pas forcément de gêne pour le voisinage, mais a une incidence directe sur la relation bailleur/locataire.

L'OPAC 94 cite le cas d'une personne qui venait voir continuellement l'antenne en se plaignant de ce que son voisin "lui jetait des sorts et que des serpents sortaient de ses toilettes". La personne était tellement convaincue et impossible à raisonner que la seule solution pour le bailleur a été de lui proposer un déménagement. Le risque de ce déménagement sans accompagnement ou soins est que la situation perdure.

■ Des cas d'isolement et de réclusion

Les organismes relèvent parfois des situations de personnes qui "décrochent", se laissent aller, s'isolent de manière volontaire et se mettent elles-mêmes en danger, sans que le voisinage ne soit importuné pendant un certain temps.

Ces situations sont souvent associées à des modes d'occupation du logement atypiques, en tous cas ressenties comme telles par rapport au contexte local : errance en dehors du logement ou au contraire réclusion à l'intérieur pendant plusieurs jours d'affilée, éclairage à la bougie, maintien de volets clos et obscurité permanente, etc.

Les manquements d'hygiène caractérisés sont également significatifs : entassement de journaux, de prospectus voire de déchets, absence d'entretien du logement, dégradations, problèmes d'hygiène corporelle, etc. (syndrome de Diogène – incurie). La plupart des personnes concernées ont également des difficultés pour accomplir les actes de la vie quotidienne : cuisiner, faire leurs courses, se déplacer ou se repérer dans leur quartier.

Rarement révélées par le voisinage, ces situations sont le plus souvent découvertes à l'occasion d'actes de gestion courants du bailleur (visite d'un technicien ou d'une entreprise dans le logement, suivi des consommations d'eau ou d'électricité dans les charges, interventions spécialisées de désinsectisation et dératisation, etc.). Ces situations peuvent être liées au vieillissement, à la sénilité, à certaines phobies ou obsessions ou à des complications psycho-sociales liées à l'exclusion.

■ Des cas d'exploitation ou de mise en danger de personnes

Les bailleurs sont également confrontés à la mise en danger ou à l'exploitation de la faiblesse de personnes fragiles, malades, handicapées ou influençables par des membres de la cellule familiale ou du voisinage plus ou moins proche. Il s'agit de personnes souvent isolées qui ouvrent parfois leur logement à tous, y compris à des personnes malveillantes, cherchant à les utiliser ou abusant de leur faiblesse.

Ces situations sont parfois révélées par le voisinage, qui peut se sentir concerné par la situation ou réagir aux troubles potentiels (allées et venues, sur-occupation du logement, nuisances sonores, etc.).

■ Une incertitude concernant certaines demandes de logement

La question d'un possible problème de souffrance psychique ou de santé mentale peut également apparaître dans la relation du bailleur avec certains demandeurs de logement. Elle peut concerner des personnes dont le comportement alerte l'organisme, mais qui ne font pas état d'une difficulté particulière et ne sont pas introduits par un acteur social ou médico-social ou de la santé. La question est alors pour l'organisme de rechercher des partenaires en capacité de l'aider à comprendre la situation et de définir les conditions permettant l'accès au logement de ces personnes dans de bonnes conditions, si nécessaire en recourant à un accompagnement adapté.

Les opérations de relogement lors de démarches de rénovation urbaine donnent également lieu au repérage par les organismes de personnes très fragiles, pas toujours suivies et très déstabilisées par la perspective du changement de logement.

La prise en compte de demandeurs en processus de soin, proposés par des institutions spécialisées pose un problème de nature différente aux organismes. Il s'agit de mettre en place une offre adaptée comportant le plus souvent un service au bénéfice de personnes qui seront accompagnées dans leur accès au logement.

2 - La difficulté de l'intervention pour le bailleur

Lorsqu'il est confronté aux situations décrites précédemment, le bailleur cherche dans un premier temps à comprendre l'origine des difficultés constatées. Dans un deuxième temps, il essaye de déterminer ses marges de manœuvre et sa capacité d'action, notamment d'orientation de la situation vers les professionnels compétents, pour une prise en charge de la personne dans la durée.

Dans la pratique, ces deux temps d'analyse de la situation et d'orientation de la personne se heurtent à plusieurs types d'obstacles.

L'analyse de la situation

■ Une prise de conscience progressive du problème

Lorsqu'un trouble de voisinage se manifeste, le bailleur engage différentes phases d'une procédure de rappel au bail normalisée. Il est d'abord et légitimement dans une posture de gestionnaire. Ce n'est que progressivement, en constatant l'échec des différentes tentatives, qu'il se pose la question d'un possible problème psychologique du locataire, notamment au stade de la phase contentieuse. Le temps nécessaire à cette prise de conscience est à mettre en relation avec la forte impatience voire l'angoisse que ce type de situation peut susciter pour le voisinage, notamment si elle est associée à une perception de dangerosité.

■ Un rôle incertain du voisinage dans l'alerte et le signalement

La compréhension de la situation peut être biaisée par le rôle aléatoire que joue le voisinage dans le signalement du problème. En fonction de l'histoire, du contexte local et de la place de la personne en souffrance dans le quartier, il peut manifester des attitudes très différentes à son égard. Sa position va de la neutralité bienveillante, du soutien voire de la prise en charge démontrant une forte capacité d'empathie — notamment au début des troubles — à une inquiétude voire un rejet radical d'une situation vécue comme anormale ou dangereuse, lorsque

le problème perdure ou qu'aucune solution n'est entrevue. Dans certains cas, le mécontentement et la peur peuvent aller jusqu'à une révolte du voisinage contre la présence de la personne et l'envoi de pétitions ou de plaintes auprès de la commune de résidence.

Dans le premier cas, la réaction du voisinage empêche d'une certaine manière le bailleur de déceler une situation de fragilité. Dans le deuxième cas, le voisinage alerte à partir de faits qui traduisent sa propre représentation de la situation et demandent à être vérifiés et objectivés par le bailleur.

■ Des situations évolutives et difficiles à appréhender

Ces situations présentent également la caractéristique d'être souvent changeantes et évolutives. L'alternance de périodes de calme et de crise complexifie la compréhension et le suivi du problème par le bailleur, qui se trouve face à une situation non stabilisée et ne sait comment caractériser son intensité.

En particulier, la nuit ou le week-end sont souvent des moments critiques dont la gestion est difficile à assurer. Non seulement le bailleur dépend des versions et faits relatés par le voisinage, mais il doit parfois gérer des situations d'urgence qui surviennent pendant ces périodes.

■ Une problématique qui met le personnel du bailleur en difficulté

Les réactions du personnel de l'organisme face à ce type de situations sont diverses, selon ses capacités personnelles et professionnelles. Elles vont comme celles du voisinage, d'une position de soutien et bienveillance à une attitude de rejet.

Le personnel se sent le plus souvent dépassé et démuni dans la compréhension de la situation et impuissant dans sa résolution, et ce alors même qu'il est généralement soumis à une demande d'intervention du voisinage au titre du respect du contrat de location.

Cette difficulté est exprimée à tous les niveaux, du gardien d'immeuble au responsable d'agence. Elle peut être associée à un sentiment de mise en danger.

Cette appréhension conduit souvent les personnels à s'interroger sur la légitimité de leur intervention.

Les situations auxquelles les organismes sont confrontés

Signaler des situations de souffrance, conserver ou livrer des informations sur une personne et son mode de vie peuvent être vécus comme des actes de gestion “hors norme” et non conformes à leur éthique.

Le personnel exprime parfois un sentiment de culpabilité, lié à la conviction d’avoir été trop loin sur le champ de la vie privée des locataires et au delà de ses responsabilités professionnelles et des obligations liées à son contrat de travail.

Cette difficulté de positionnement du personnel est à prendre en compte par le bailleur. Elle renvoie à la notion de “malaise des professionnels” en contact avec des publics en situation de précarité et d’exclusion sociale, réalités qui engendrent une souffrance “des deux côtés du guichet”.

L’orientation et la résolution du problème

Après l’analyse de la situation, la question est ensuite celle de la recherche de partenaires susceptibles de contribuer à résoudre le problème.

■ L’identification des partenaires compétents

Lorsqu’il pressent ou fait face à un problème de santé mentale, le bailleur sait qu’il n’a pas la compétence pour résoudre la situation.

La plupart du temps, il oriente la situation vers les partenaires du réseau social au niveau communal ou départemental, parce qu’il a généralement tissé avec eux des liens de coopération pour l’accompagnement des familles (dans le cadre de la gestion des impayés, des troubles de voisinage et de l’entrée dans le logement notamment).

Ce signalement est nécessaire, les travailleurs sociaux pouvant contribuer à la recherche d’une solution, mais il n’est pas suffisant car ces acteurs ne disposent pas toujours de relais au sein des structures sanitaires locales ou de la psychiatrie.

■ Le dialogue avec le milieu médical

Le bailleur ne se sent pas toujours légitime pour interpellier le monde médical. Il ne sait pas avec qui entrer en contact ni comment formuler des demandes d’intervention ou de suivi des situations repérées.

D’une part, le système d’organisation des soins psychiatriques, les structures présentes sur le territoire (y compris en proximité, parfois au sein même des quartiers) et les compétences des différents acteurs du milieu sanitaire (médecins généralistes/spécialistes, hospitaliers/libéraux, infirmiers, assistantes sociales de secteur psychiatrique, etc.) sont souvent mal connus des bailleurs.

D’autre part, force est de constater que les équipes de psychiatrie ont une volonté d’ouverture et de travail partenarial inégale, qui dépend souvent de la personnalité des professionnels concernés ou de la capacité des autres acteurs à susciter leur mobilisation. Cette difficulté est parfois liée à une absence d’habitude du travail partenarial et à la mise en avant de principes déontologiques forts (secret médical notamment).

Enfin, soulignons que les tentatives d’entrée en contact des bailleurs avec le monde médical sont parfois très formelles (envoi d’un courrier au directeur de l’hôpital) ou très ponctuelles (demande d’intervention lorsqu’il y a urgence à agir, en cas de nuisance grave). Ce type de sollicitation risque de “brusquer” des professionnels pour qui la coopération avec les bailleurs, si elle n’est pas exclue, ne va pas nécessairement de soi.

La difficulté de dialogue peut également venir d’une incompréhension réciproque des contraintes et des missions respectives, d’où l’intérêt pour les bailleurs d’approfondir leur connaissance des politiques publiques et des intervenants en matière de santé mentale.

La santé mentale dans les politiques publiques

1 - Qu'est ce que la santé mentale ?

La santé est une notion moins facile à décrire qu'il n'y paraît. Qu'est-ce qu'être "en bonne santé" ? En 1948, l'Organisation Mondiale de la Santé en a donné la définition suivante : *"La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité"*.

Dans la santé, entrent en compte aussi bien des compétences physiques, psychologiques ou subjectives, que des paramètres liés à l'environnement social. La santé résulte en effet d'un état d'équilibre en perpétuelle évolution entre l'environnement (social, familial, professionnel) et le biologique et le psychique. Les interactions sont permanentes entre ces divers aspects et leurs frontières sont poreuses. Tout ce que l'on peut dire c'est que la santé n'est pas seulement une absence de maladie ou d'infirmité. En ce qui concerne les maladies mentales, l'OMS les classe au troisième rang des maladies. Elles devraient même devancer, dans les pays développés, les maladies cardio-vasculaires d'ici 2020. C'est pourquoi les problématiques de santé publique intègrent aussi bien ce qui relève du biologique que du psychologique et du social.

Le terme de santé mentale renvoie aux politiques de santé publique. La plupart des acteurs de santé publique s'entendent pour qualifier ainsi un large spectre d'interventions médicales, sanitaires, sociales, relationnelles, qui vont de la prise en charge de personnes atteintes de déficiences intellectuelles, de maladies mentales caractérisées en psychiatrie, ou encore de troubles mentaux induits ou associés à la précarité et l'exclusion, à des situations personnelles de rupture, de stress, d'isolement.

Dans le droit fil de cette approche, l'Observatoire national des pratiques en santé mentale et précarité (ONSMP-ORSPERE)⁽²⁾ définit la santé mentale comme *"la capacité à vivre et à souffrir ensemble sans destructivité mais pas sans révolte"*.

La notion de santé mentale regroupe des situations diverses, pas toujours stables, parmi lesquelles les spécialistes distinguent les troubles mentaux caractérisés d'une part, et la souffrance psychique d'autre part⁽³⁾.

Au premier rang des maladies mentales caractérisées et nécessitant des soins adéquats inscrits dans le long terme, se trouvent les psychoses, dont la schizophrénie qui concerne 1% de la population française. Seul un diagnostic médical peut les caractériser cliniquement en psychiatrie. Leurs pathologies sont chroniques, répétitives et nécessitent des soins inscrits dans le long terme. Ces maladies, très invalidantes socialement et négativement connotées dans la population, sont depuis les années 70 stabilisées par des médicaments et une approche psychothérapique et sociale qui permettent aux personnes concernées de vivre dans la cité. D'autres pathologies avérées se manifestent par comportements agressifs et antisociaux, des conduites addictives, des états dépressifs, etc.

Ces troubles ont des effets majeurs sur la vie sociale, familiale, sur l'insertion économique et professionnelle des personnes concernées, effets qui ont parfois été sous-estimés par les équipes soignantes.

L'apparition et le développement de problèmes de santé mentale qui ne relèvent pas de la maladie mentale reconnue par les psychiatres, sont à l'origine du concept de "souffrance psychique". La souffrance psychique, selon le rapport Parquet, *"produit une altération plus ou moins grave des compétences, du désir de vivre ensemble et nécessite une prise en charge en santé mentale (...). Elle ne se retrouve pas seulement chez les personnes en situation d'exclusion et de précarité mais revêt chez elles une importance considérable car elle gêne leurs efforts de réinscription dans la société"*.

Ses modalités d'expression sont très diverses, mais c'est l'accumulation de manifestations qui la caractérise : les états anxieux, l'incapacité à se projeter dans l'avenir et l'inscription dans l'immédiateté, couplés avec la solitude affective, sociale et relationnelle, l'incapacité à demander de l'aide, les conduites agressives, d'évitement ou de repli, la baisse de l'estime de soi, les conduites addictives de compensation, le déni de sa propre souffrance et de celle des proches, les troubles dépressifs...

2) Cf. encadré p.18.

3) Cf. Rapport Parquet, in bibliographie, page 48.

La santé mentale dans les politiques publiques

Ces définitions font apparaître le lien entre santé mentale et exclusion et précarité qui comporte ainsi deux dimensions : d'une part, le trouble mental produit une invalidation sociale importante qu'il importe de pallier pour soigner efficacement les malades ; d'autre part, la situation d'exclusion et de précarité s'accompagne parfois d'une souffrance psychique qui nécessite des soins ou qui peut induire des pathologies mentales. Ces évolutions ont un impact important sur les pratiques des acteurs.

✦ **La psychiatrie tout d'abord**, interpellée par les populations et les pouvoirs publics, est amenée à élargir son champ d'intervention à la santé mentale et non plus aux seules pathologies mentales. Elle doit faire face à l'explosion d'une nouvelle demande de soin liée aux dépressions, aux nouvelles formes d'anxiété alors que les moyens qui lui sont affectés ne cessent de baisser. Confrontée d'une part, à la pénurie des moyens et à la réduction programmée du nombre de psychiatres et d'autre part, à la pression et au changement de nature de la demande de soin, la psychiatrie ne parvient pas à

répondre à toutes les sollicitations dont elle est l'objet. La discipline vit également des mutations internes liées notamment à la suppression du diplôme d'infirmier psychiatrique et à la féminisation de la profession d'infirmier. Ces différents éléments contribuent à créer un sentiment de crise dans la profession.

✦ **Les partenariats entre acteurs du milieu médical et du secteur social et médico-social** doivent être renforcés dans le champ de la santé mentale. Ces acteurs sont confrontés à des difficultés qu'ils ne peuvent résoudre seuls et qu'ils ont aujourd'hui trop tendance à se rejeter. Ces partenariats doivent s'élargir aux bailleurs sociaux en tant que gestionnaires d'ensembles immobiliers où la question du vivre ensemble se pose fréquemment. Les organismes pourront rechercher un appui permettant le maintien dans le logement de personnes fragilisées ; ils pourront contribuer à l'accès au logement des personnes sans solution. Ces partenariats supposent l'instauration de nouveaux modes de travail comportant une réflexion partenariale sur la déontologie en matière d'échanges d'information et de secret professionnel.

Quelques données chiffrées

Les patients : la psychiatrie prend en charge environ 4 millions de patients : en 1999 plus de 1,1 million d'adultes et 415 000 enfants étaient suivis par le secteur public ; 2 millions de personnes consultent chaque année en libéral.

Les psychiatres : 12 500 psychiatres aujourd'hui (dont la moitié en libéral). La France présente un taux de psychiatre par habitant parmi les plus élevés au monde (23 pour 1000) juste après la Suisse et les États-Unis. Ce taux moyen cache d'importantes inégalités sur le territoire : 88 psychiatres pour 100 000 habitants à Paris, 11 pour 100 000 dans le Nord-Pas-de-Calais. Leur nombre devrait chuter de près de la moitié d'ici 20 ans. Environ 800 postes sont vacants dans le public et les cabinets libéraux sont saturés.

Les infirmiers psychiatriques : 58 000 infirmiers équivalents temps pleins pour 65 000 lits. Ils réclament la réinstauration d'une formation spécifique à la psychiatrie qui a été supprimée en 1994 par le biais d'une spécialisation d'un an après le diplôme d'État.

L'enquête "Santé mentale en population générale"

Réalisée pour l'Organisation Mondiale de la Santé, entre 1999 et 2003 auprès de 36 000 personnes, elle témoigne de l'importance des troubles mentaux dans la population française. Elle révèle que 11% des personnes interrogées ont eu un épisode dépressif dans les deux semaines précédant l'enquête et 12,8% ont déclaré souffrir d'anxiété généralisée. Les épisodes dépressifs sont plus fréquemment repérés chez des femmes (58%) alors que les pathologies plus graves frappent d'avantage les hommes (3,1% pour 2,8% des femmes). Les chômeurs sont deux fois plus fragiles que les actifs (20% ont connu un épisode dépressif). Le niveau d'étude est un critère discriminant : les personnes ayant fait des études supérieures sont deux fois moins dépistées que les personnes ayant un niveau d'étude primaire (7,6% contre 19%). Autre facteur de risques : être séparé ou divorcé (17,4%), veuf (13,8%) ou célibataire (13,2%).

2 - La sectorisation psychiatrique

Des changements de grande ampleur sont survenus depuis les années 60 en matière de soin et de prise en charge sanitaire et sociale en France. Les progrès des médicaments ont soulagé les personnes et leurs proches en stabilisant les troubles psychiques. Les politiques d'insertion, de lutte contre les exclusions et la politique de la ville contribuent à dé-stigmatiser les handicaps, à leur faire une place dans la cité.

Ce long processus s'est accompagné du développement des soins ambulatoires qui offrent une alternative à l'hôpital psychiatrique, créé au 19^e siècle pour protéger les malades mentaux de la société mais également pour préserver l'ordre public (l'hospitalisation d'office date de cette époque).

La clé de voûte de ce changement dans les années 60/70 est la politique instaurant le secteur de psychiatrie générale qui coordonne tout le dispositif de santé mentale d'un territoire, sous la direction d'un médecin-chef. Dans sa définition la plus récente, la sectorisation psychiatrique a pour objectif de favoriser, sur un territoire donné, le développement d'actions de prévention en santé mentale, de permettre l'accessibilité des soins au plus près des lieux de vie des habitants, de mettre à disposition de la population une offre de soins diversifiée, permettant des alternatives à l'hospitalisation complète, enfin de favoriser la réadaptation et la réinsertion des personnes prises en charge.

Au sein du secteur psychiatrique, les centres médico-psychologiques (CMP) rattachés aux hôpitaux, sont les interlocuteurs de première ligne des patients, des familles, des médecins généralistes, des associations d'usagers et de l'ensemble des acteurs du territoire : collectivités, services déconcentrés de l'Etat, associations d'insertion et de lutte contre les exclusions et le cas échéant bailleurs sociaux.

Les missions et l'offre de soins des secteurs de psychiatrie générale

Il existe deux types de secteurs psychiatriques : le secteur de psychiatrie générale qui s'adresse à la population adulte ; le secteur de psychiatrie infanto-juvénile (enfants, adolescents jusqu'à 16 ans). Un mode d'organisation spécifique s'adresse aux personnes détenues.

En 2000, la France compte 830 secteurs de psychiatrie générale destinés aux adultes et 321 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile. Ce maillage territorial est très inégal, les secteurs couvrant de 33 000 à plus de 100 000 habitants, pour une moyenne de 54 000 habitants âgés de plus de 20 ans, et de 70 000 habitants de tout âge.

La sectorisation psychiatrique répond à trois grandes missions de santé mentale

❑ **Assurer et rendre accessible la continuité des soins** depuis la prévention jusqu'à la post-cure et la réinsertion, en passant par l'hospitalisation à temps plein – qui devient un moment dans la vie du patient, moment qui peut d'ailleurs se reproduire.

❑ **Diversifier les modes de prise en charge** et créer ainsi une alternative à l'hospitalisation. L'hôpital devient le lieu d'accueil d'états aigus ou de malades difficiles, un lieu d'admission des urgences mais n'est plus le seul lieu de soin.

❑ **Rapprocher l'offre de soins des lieux de vie** des habitants en organisant les équipes soignantes par aire géographique (secteur). Ces équipes poursuivent d'autant mieux l'objectif de retour du patient dans son milieu de vie qu'elles sont pluridisciplinaires (psychiatres, psychologues, infirmiers, assistants sociaux spécialisés...) et coordonnées sous l'autorité du médecin-chef.

C'est le lieu de résidence des personnes qui prévaut pour la prise en charge, ce qui peut poser problème en cas de déménagement.

Pour répondre à ces trois grandes missions, le secteur a pour vocation de mettre en place des petites structures de soins ambulatoires, d'inventer de nouveaux espaces soignants pour des publics particuliers, de collaborer avec les structures d'insertion par le logement et

La santé mentale dans les politiques publiques

d'insertion professionnelle, de travailler en réseau avec les services sociaux et les associations d'accompagnement, ainsi qu'avec les associations de familles et d'usagers ; enfin, nombre de secteurs sollicitent l'Etat, les élus et des bailleurs sociaux pour initier de nouveaux produits logements pour des personnes sorties d'hospitalisation.

Toute une palette d'offre de soins adaptés à chaque personne peut ainsi être activée dans le secteur psychiatrique.

- Les prises en charge ambulatoires (sans hospitalisation) : les patients à domicile ou dans la famille (ou en famille d'accueil ou en maison relais...) consultent en centre médico-psychologique (CMP) et/ou participent aux activités d'un atelier thérapeutique.

- Les prises en charge à temps partiel (durée inférieure à 24h sans hébergement, sauf hôpital de nuit). Quatre types de structures ont cette fonction : les hôpitaux de jour, les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (Cattp), les ateliers thérapeutiques et les hôpitaux de nuit. En 2000, 125 000 patients ont été ainsi suivis.

- Les prises en charge à temps complet, en centre hospitalier spécialisé, en hôpital général, en établissement privé, en centre de post-cure, en appartements thérapeutiques, en hospitalisation à domicile (HAD) ou encore en accueil familial thérapeutique. 27% des patients ont été suivis à temps complet en 2000, ils étaient 36% en 1989.

- Par ailleurs, des équipes inter-sectorielles interviennent pour des soins très spécialisés. Elles font la liaison entre les différentes composantes du secteur de psychiatrie général (CMP, Hôpitaux, Cattp...) et des structures professionnelles ou associatives d'insertion par le logement ou par l'emploi, travaillant dans l'animation, l'éducation spécialisée, la justice... Selon les régions et les secteurs, ces équipes inter-sectorielles ont des appellations différentes.

Sur l'ensemble des secteurs, il existe des services d'urgence et de crise et sur la plupart d'entre eux, des permanences téléphoniques 24 heures sur 24, des unités d'aide médico-psychologique aux victimes, etc. Ces équipes ont un rôle préventif important parce que l'intervention "juste à temps" évite bien souvent l'hospitalisation.

Il existe enfin des dispositifs spécialisés :

- ✦ des unités à l'interface de la psychiatrie et de la précarité (par exemple en direction des sans domicile fixe) ;

- ✦ des unités de psycho-gériatrie, prenant en charge les personnes vieillissantes ;

- ✦ des unités d'addictologie dédiées notamment au traitement des situations de dépendance aux produits (alcool, drogues, tabacs, médicaments, etc.) ;

- ✦ des unités spécialisées dans la prévention et les soins des conduites à risque ou suicidaires des jeunes adultes (jusqu'à 35 ans) ;

- ✦ enfin, les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile dirigés par des médecins-chefs pédopsychiatres mènent des actions de prévention et de soins destinées à des nourrissons, des enfants ou des adolescents jusqu'à 16 ans. La réduction des coûts d'hospitalisation due à la fermeture des lits n'a pas pleinement bénéficié à la sectorisation alors que la demande de soins n'a cessé d'augmenter.

La sectorisation, plus proche et mieux adaptée aux besoins du malade, n'a pas été soutenue par des moyens financiers, matériels et humains à la hauteur des besoins pour assurer ses nouvelles missions alors que les capacités d'hospitalisation se réduisaient.

125 000 places d'hospitalisation ont été supprimées entre 1970 et 2000. Le nombre de lits est passé d'environ 76 000 en 1989 à 43 000 en 2000 (soit une baisse de 43% en onze ans). La durée moyenne d'hospitalisation à temps complet est elle-même passée de 86 jours en 1989 à 45 jours (continus ou non) en 2000.

Cette dés-hospitalisation ne s'est pas accompagnée d'un transfert de moyens suffisant à la sectorisation, laquelle est restée fragile tandis que la fermeture de lits rend "à la rue, à la famille, à qui le peut" la charge de l'hébergement de personnes, certes stabilisées, mais dont l'accompagnement, la réadaptation, l'insertion, ne peuvent pas toujours être assurés.

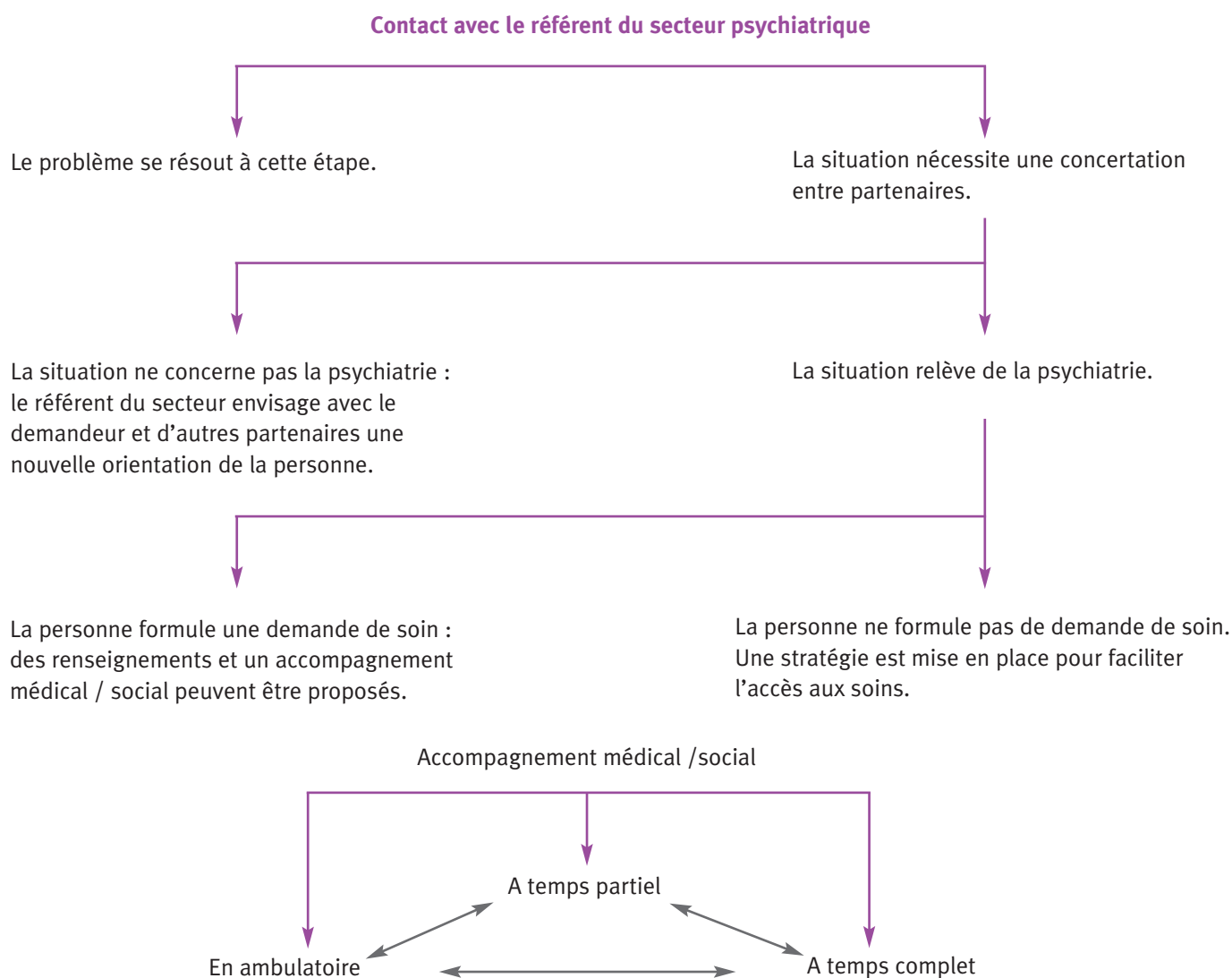
L'organisation de la prise en charge des personnes

La prise en charge des personnes s'organise à partir du contact pris avec le référent du secteur psychiatrique. L'interlocuteur de première ligne est le centre médico-psychologique (CMP) dont dépend le domicile de la personne. Dans le cas des enfants, la demande de consultation se fait en accord avec le responsable de l'enfant (parent ou tuteur). L'organisation de cette prise en charge donne lieu dans un certain nombre de sites à

des partenariats visant à préciser les compétences et le rôle de chacun ainsi que les modalités de sa mise en œuvre.

Sont concernés les collectivités, les services sociaux, la police, les associations, dont celles d'usagers et de familles d'usagers. Les bailleurs sociaux s'inscrivent également dans ces démarches.

Dans son guide sur la santé mentale (auquel a participé Nantes-Habitat), la Ville de Nantes, découpée en 5 secteurs adultes et 4 secteurs infanto-juvéniles, propose le schéma de prise en charge suivant⁴⁾ :



4) Le schéma est simplifié. Cf. chapitre 3 : l'analyse des situations et l'orientation des personnes pour les bailleurs sociaux confrontés à ces difficultés.

La santé mentale dans les politiques publiques

Que dit le Code de la santé publique sur l'obligation de soin ?

Le Code de la Santé Publique, au chapitre "Lutte contre les maladies mentales", titre 1 "Le droit des personnes hospitalisées", spécifie dans son article L 3211-1 : *"Une personne ne peut sans son consentement ou, le cas échéant, sans celui de son représentant légal, être hospitalisée ou maintenue en hospitalisation dans un établissement accueillant des malades atteints de troubles mentaux, hormis les cas prévus par la loi et notamment par les chapitres II et III du présent titre⁽⁵⁾."*

Le même article précise : *"Toute personne hospitalisée ou sa famille dispose du droit de s'adresser au praticien ou à l'équipe de santé mentale, publique ou privée, de son choix tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur psychiatrique correspondant à son lieu de résidence"*. Et l'article suivant renforce l'attendu de libre adhésion aux soins : *"Une personne hospitalisée avec son consentement pour des troubles mentaux est dite en hospitalisation libre. Elle dispose des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux qui sont reconnus aux malades hospitalisés pour une autre cause"*.

Ce droit des malades – de tous les malades – garanti par les lois des 4 mars 2002 et 22 avril 2005 est ainsi reconnu, inscrit dans le Code de la Santé Publique. Il n'y a donc pas obligation de soin et toute démarche vers la prise en charge doit être volontaire, d'où la difficulté de devoir parfois gérer des situations problématiques avec des personnes qui ne sont pas conscientes de leur état et qui se mettent en danger, soit en refusant de consulter soit en ne suivant pas leurs soins (interruption de la prise de médicaments).

Au-delà de la stricte application du Code, nombre de médecins et d'acteurs de la santé mentale ont une approche plus soucieuse de la demande de soin non exprimée, voire déniée par la personne elle-même. Ainsi, l'association pour l'insertion par le logement (APIL), dans le valenciennois a obtenu le financement d'un poste d'infirmière à compétence psychiatrique, détachée du centre hospitalier de Valenciennes, pour aider les travailleurs sociaux auprès de ménages confrontés à la souffrance psychique et/ou somatique. Son rôle est d'identifier, d'orienter et d'accompagner les personnes qui ne sont pas en capacité de le faire vers des structures de soins adaptés, en partenariat avec l'ensemble du réseau de santé du territoire.

5) Cependant, une personne atteinte de troubles mentaux peut être hospitalisée sans son consentement si ses troubles rendent impossibles son consentement ou si son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante. Cf. chapitre 3, la mise au point sur les procédures d'hospitalisation sous contrainte.

3 - La reconnaissance du handicap psychique

La Loi du 11 février 2005 "Pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées", introduit une nouvelle définition du handicap qui met l'accent sur la diversité des handicaps à prendre en compte, parmi lesquels les handicaps psychiques.

Cette loi a pour objet de garantir aux personnes handicapées le libre choix de leur projet de vie, en fournissant les aides nécessaires à sa mise en œuvre. Elle introduit également la notion d'un droit à la compensation visant à pallier les désavantages liés au handicap, afin de

rétablir l'égalité entre les citoyens "valides" et les "citoyens handicapés". Il s'agit de favoriser dans la mesure du possible, le maintien de ces derniers en milieu ordinaire.

Quelle est la réalité de ces droits ? La reconnaissance administrative d'un taux d'invalidité par l'autorité compétente (la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées qui remplace la Cotorep) donne accès aux aides suivantes :

✦ **Une garantie de ressources**, représentant au minimum 80% du Smic pour les personnes handicapées dans l'incapacité de travailler (actualisation de l'actuelle allocation adultes handicapés — AAH — à laquelle peuvent s'ajouter dans certains cas un complément de ressources et une majoration pour la vie autonome notamment en cas de logement autonome).

❑ **Une aide à la compensation** : remplaçant l'aide compensatrice à la tierce personne et plus large que cette dernière, elle est définie à partir d'une évaluation personnalisée des besoins de la personne. L'aide à la compensation pourra porter selon les cas sur des aides humaine ou technique, des aides à l'aménagement du logement, des aides juridiques, des aides aux aidants, etc. Elle peut être versée en nature ou en espèces.

❑ La reconnaissance du handicap ouvre également le **droit au bénéfice des services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)** et des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) financés par les conseils généraux⁶⁾.

Ces services ont pour vocation de contribuer à la réalisation du projet de vie de la personne en favorisant le maintien des liens familiaux, sociaux, scolaire, universitaire ou professionnels et en facilitant leur accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité. Les SAMSAH comportent des prestations de soins. Les moyens affectés par les conseils généraux sont cependant limités et ne permettent pas de couvrir les besoins.

On compte aujourd'hui environ 730 000 bénéficiaires de l'AAH. Parmi eux, 60% déclarent une déficience mentale, 28% des déficiences psychiques. Le nombre d'allocataires n'a cessé de croître depuis quinze ans au rythme de 2,8% l'an. Selon les données de la CNAF, 125 300 bénéficiaires sont logés dans le parc social.

Pour les associations de patients ou de familles, la reconnaissance administrative du handicap psychique permet aux patients de devenir autonomes, favorise leur accès au logement autonome et leur intégration sociale. Elle a pour inconvénient, notamment aux yeux du milieu médical, de figer les personnes dans une maladie mentale qui est susceptible d'évoluer.

4 - La santé mentale, enjeu des politiques locales

Les élus, des acteurs à mobiliser sur la santé mentale

Les élus locaux sont confrontés à la problématique de la santé mentale à plusieurs titres : d'une part, les maires sont officiers de police judiciaire et peuvent au titre de leur pouvoir de police prendre toute mesure concernant le bon ordre, la sûreté, la sécurité et la tranquillité publique. Ils peuvent à ce titre prendre provisoirement toutes les mesures nécessaires concernant les personnes atteintes de troubles mentaux dont l'état pourrait compromettre la sécurité des personnes (art. L 2212-2 (6°) du code général des collectivités territoriales). D'autre part, ils exercent des mandats qui leur donnent une grande proximité par rapport aux habitants (logement, santé, affaires sociales, famille, insertion, cadre de vie, solidarité précarité...). Ils sont en général rapidement alertés sur "ce qui ne va pas" dans tel quartier, dans tel lieu public, telle famille... Par ailleurs, les équipes municipales en contact avec les habitants peuvent être directement confrontées à des situations de santé mentale dans leur pratique professionnelle. Les élus sont également sollicités de manière croissante par les plaintes des habitants : en 2003, à Grenoble, 600 réclamations pour querelles de voisinage, mauvaises odeurs et dégradations de lieux privés ont été enregistrées par la mairie "et environ 30% de ces plaintes ont une corrélation avec des troubles de la santé mentale⁷⁾".

Pour les collectivités, si l'enjeu de la santé mentale dans des comportements souvent induits par la précarité et l'exclusion se renforce depuis quelques années, le lien avec les équipes de secteur psychiatrique reste encore rare ; il dépend de la disponibilité de ces équipes et de la qualification et du nombre souvent insuffisant de travailleurs sociaux dont elles disposent : en moyenne, on compte 1,8 assistant social en psychiatrie par secteur de 70 000 habitants. Une quarantaine de secteurs en sont dépourvus et travaillent avec les services des conseils généraux et les CCAS.

6) Décret 2005-223 du 11 mars publié au JO du 13 mars 2005 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des services d'accompagnement à la vie sociale et des services d'accompagnement médico-social pour personnes adultes handicapées.

7) Mme Girod de l'Ain, adjointe à la santé, in Le Monde du 24 juin 2004, "Le désarroi des maires face à la folie ordinaire".

La santé mentale dans les politiques publiques

C'est pourquoi, les acteurs du logement et de l'hébergement deviennent quelquefois passeurs entre les élus et les équipes psychiatriques (CMP, hôpital...).

On observe d'ailleurs souvent que l'initiative n'est pas le fait d'un seul acteur ; parfois ce sont les psychiatres qui "prennent leur bâton de pèlerin", d'autre fois, c'est le bailleur social ou le gestionnaire d'un CHRS qui va mobiliser les acteurs (souvent l'hôpital de proximité) ou des associations de patients ou de familles de patients présentes sur le territoire... Quelle que soit l'origine de l'interpellation, les élus locaux et leurs services jouent un rôle déterminant dans le domaine de la santé mentale, comme dans d'autres domaines touchant la vie quotidienne de leurs administrés. D'une part, eux seuls peuvent assurer la prise en compte de cette préoccupation dans les politiques de proximité qu'ils animent (dans le domaine de l'habitat, du social, de la sécurité, de l'insertion), d'autre part, ils sont légitimes pour demander aux acteurs concernés (professionnels de la santé, du social, de l'habitat) de coordonner leurs interventions dans le sens d'une meilleure prise en compte de la santé mentale.

Des expériences locales réussies

■ A l'initiative des collectivités ou des bailleurs

■ A Rennes, une réflexion partenariale sur la santé mentale a été engagée avec l'ensemble des acteurs concernés, réunis au sein de l'association pour la promotion d'action et d'animation sociale (APRAS), à savoir la ville et la communauté d'agglomération de Rennes, la CAF, le Conseil général, les organismes Hlm, le centre hospitalier, l'association tutélaire, les associations d'insertion, la direction départementale de la sécurité publique, la Caisse régionale d'assurance maladie et le représentant du Procureur de la république. Cette réflexion fait suite aux travaux menés : l'un, à l'initiative du comité consultatif "santé dans la ville", sur les troubles de comportement et l'autre sur l'habitat adapté.

Ces démarches ont mis en évidence que la problématique de la santé mentale était partagée par de nombreux acteurs. La démarche a consisté à élaborer une typologie des principaux problèmes de santé mentale rencontrés sur le territoire et à effectuer un état des lieux des modalités d'intervention des

différents acteurs impliqués. Cette analyse a permis de mieux connaître les difficultés des personnes et les limites d'intervention des dispositifs et d'élaborer des propositions d'amélioration : création de lieux de rencontre entre les professionnels du social et de la psychiatrie, organisation d'un travail en réseau sur des territoires pertinents avec une réflexion sur l'harmonisation des territoires d'intervention — ceux du social et ceux de la psychiatrie — coordination et renforcement des interventions à domicile, développement de solutions d'hébergement et d'habitat adapté pour personnes en processus de soin.

■ Dans le même esprit, l'agglomération du Grand Lyon, interpellée à propos de quelques familles créant d'importants troubles dans leur environnement, met en place en 1998 un groupe de travail composé de représentants des communes, des services de l'Etat, du Conseil général, des services sociaux, des bailleurs sociaux, etc. Le groupe élabore une charte proposant une démarche partenariale pour traiter ces situations auxquelles les dispositifs de droit commun n'ont pas apporté de réponse. En 6 ans, les cas de 24 familles ont été examinés, 2 sont restés sans solution. L'agglomération joue un rôle de garant "politique" de la démarche vis-à-vis de l'ensemble des acteurs : elle favorise le partage des efforts entre les communes et lorsqu'un relogement est nécessaire, elle améliore la prise en compte des difficultés liées au changement de secteur psychiatrique ou de secteur social.

En 2001, prenant conscience qu'une part significative des ménages a des problèmes de santé mentale, la communauté urbaine se rapproche des hôpitaux psychiatriques et met en place un atelier "santé mentale" auxquels participent les bailleurs sociaux. Les objectifs poursuivis par ce groupe sont de favoriser une articulation entre les acteurs du social, de la santé mentale et du logement, de définir des modes opératoires pour prévenir et gérer les situations de crise, de faciliter l'accès au logement des personnes prises en charge par les institutions psychiatriques, d'adapter la gamme de logement aux difficultés rencontrées par certains ménages. Un guide de la santé mentale est en cours d'élaboration.

✧ **Saint-Denis** (93), et le groupe “situations limites”, un réseau de partenaires dont le noyau est composé de la Ville — Direction de la promotion de la santé (dirigée par un médecin) et CCAS — le secteur psychiatrique (médecin chef et l'équipe) et Saint-Denis Habitat. En 2002, à la suite de plaintes déposées par les habitants, la Ville de Saint-Denis crée une cellule de travail sur les situations limites, celles qui sollicitent l'intervention des acteurs, juste avant l'urgence. Le principe de cette cellule est de travailler sur des cas concrets, de trouver des solutions. Elle se retrouve tous les deux mois pour faire le point entre différents intervenants agissant sur la ville (services sociaux, médecins, police...). Elle permet de découvrir les rythmes de travail de chacun, de s'accepter et de reconnaître l'intérêt de partager les problématiques avec des règles du jeu (secret médical, fiche de cas). Les relations aisées entre professionnels permettent de repérer les fragilités et d'anticiper les situations d'urgence. Le premier interlocuteur du bailleur est le médecin-chef de psychiatrie générale mais chacun sait que tout ne sera pas réglé dans les 48 heures. Aujourd'hui 400 personnes sont suivies depuis plus de cinq ans : patients stabilisés provoquant rarement des troubles de voisinage, situations de souffrance invisible de personnes qui s'enferment chez elle, problèmes comportementaux qui ne sont pas du ressort des psychiatres... La cellule recherche une réponse collective pour répondre à chaque situation.

✧ **Nantes Habitat**, avec le service santé de la ville de Nantes est à l'origine en 1995 de la mise en place d'un groupe pluridisciplinaire sur la santé mentale. Sous l'égide de l' élu en charge de la santé, il comprend des représentants de la Direction de la santé publique de la ville, du Centre hospitalier universitaire (pôle de psychiatrie générale et urgences psychiatriques), de l'Association insertion solidarité logement (AISL), de l'Office central d'hygiène sociale, du Conseil général et de la DDASS. Ses objectifs sont de faciliter l'accès à des soins précoces et de proximité, de favoriser l'intégration à la vie sociale et promouvoir la prévention. Dans cette perspective, il a produit des méthodes et des procédures favorisant une articulation des interventions

des acteurs impliqués, dans le respect de leurs compétences. Différentes actions sont conduites sous l'égide de cette instance parmi lesquelles : diffusion du premier guide de la santé mentale à Nantes présentant les procédures et les partenaires, signature d'une convention de mise à disposition de logements thérapeutiques ou d'appartements collectifs entre Nantes Habitat et le Centre hospitalier universitaire, mise en place d'un réseau de santé mentale visant à favoriser l'accès aux soins et la prévention des situations de crise. Ce réseau comporte des points de secteurs formalisés entre les équipes de la psychiatrie, le service santé de la ville et les services du bailleur social pour échanger sur les situations problématiques repérées par le bailleur. Ce dispositif a permis d'accompagner des malades dans des démarches d'accès aux soins.

■ A l'initiative des secteurs de psychiatrie et des villes

✧ L'équipe mobile psychiatrique de l'**agglomération d'Annemasse** : une initiative du secteur psychiatrique menée avec la DDASS Etat et la Commission Insertion du Conseil général. Bientôt opérationnelle, cette équipe mobile légère (un infirmier psychiatrique, un psychologue, un médecin psychiatre) pourra intervenir rapidement à la demande des partenaires locaux pour évaluer les situations des personnes et les orienter au mieux, contribuant ainsi à faciliter la compréhension et le positionnement des intervenants sociaux concernés.

✧ La Charte entre la **ville de Rillieux-la-Pape** et le centre hospitalier Le Vinatier (agglomération du Grand Lyon) positionne l'équipe du contrat de ville comme interface entre le milieu hospitalier et l'ensemble des acteurs et opérateurs. L'Etat (DDASS) participe au groupe de suivi. L'objectif commun de renforcer les liens sur le champ de la santé mentale passe par la mise en œuvre d'outils interpartenariaux. Toute une série d'actions sont engagées, entre autre : ouverture d'un centre thérapeutique à temps partiel en psychogériatrie, d'un centre de jour pour les 3-12 ans, renforcement des équipes soignantes, développement des relations avec les opérateurs ne relevant pas du secteur sanitaire, information auprès du public...

La santé mentale dans les politiques publiques

Exemples de dispositifs sur lesquels peuvent s'appuyer les organismes pour une meilleure prise en compte de la santé mentale

▣ **Les ateliers ville-santé** constituent un cadre opérationnel proposé aux élus pour travailler sur les questions de santé. Ils ont pour objet de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé et d'améliorer l'accessibilité aux soins et à la prévention par une démarche coordonnée d'acteurs au niveau local. Cet outil a été mis en place à titre expérimental à la fin 2000 au titre de la politique de la ville dans le cadre des contrats passés entre l'Etat et les collectivités territoriales, puis il a été articulé aux Programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes démunies (PRAPS) qu'il a vocation à concrétiser dans les zones urbaines sensibles. Les Ateliers ville-santé voient ainsi se renforcer leur rôle d'articulation entre les dynamiques territoriales et les politiques de lutte contre les exclusions. Fin 2003, 80 Ateliers ville-santé fonctionnaient sous l'égide d'élus locaux, souvent maires adjoints à la santé. Le public concerné est à 44% en situation de précarité. La santé mentale est le thème de référence dans 33% des cas⁽⁸⁾.

▣ **Des conseils locaux de santé mentale ont été mis en place dans de nombreuses communes.** Parmi les plus actifs et les plus anciens, ceux de Givors et de Créteil. Ces conseils locaux dont le support réglementaire est tenu (circulaire du ministère de la solidarité, de la santé et de la protection sociale du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale), ont pour objet, sous la

présidence du maire, de structurer les partenariats sur le territoire dans le domaine de la santé mentale : professionnels des soins, services sociaux, institutions médico-sociales, justice, police, etc. Ces instances qui peuvent travailler sur des thématiques particulières, les personnes âgées, les adolescents, le logement, etc. peuvent être à l'origine de réseaux de santé à caractère opérationnel.

▣ **Le plan départemental pour le logement des personnes défavorisées peut être mobilisé sur la question de la santé mentale.** Dans le Puy-de-Dôme, le FSL finance des mesures spécifiques d'accompagnement social lié au logement destinées à traiter les troubles de comportement de locataires du parc social. L'association en charge de la mise en œuvre de ces mesures fait intervenir un psychologue et bénéficie d'une permanence d'un psychiatre. Ce psychiatre guide les travailleurs sociaux dans leurs interventions auprès des familles, il intervient parfois directement auprès des familles en cas de crise et fait si nécessaire le lien avec l'hôpital.

▣ **Des conventions entre bailleurs sociaux et avec le milieu médical :** dans le Gard, un projet de convention entre les bailleurs sociaux, le centre hospitalier universitaire, les organismes tutélaires définit les modalités de partenariat pour l'accès au logement social et la jouissance paisible des logements des populations suivies par les services de soins psychiatriques. La convention répartit les champs d'intervention des acteurs signataires et définit une procédure s'appliquant à l'accès au logement et à la prise en charge de la situation problématique.

L'Observatoire national des pratiques en santé mentale et précarité (ORSPERE – ONSMP)*

Cet observatoire est l'émanation d'un réseau régional : l'Observatoire régional sur la souffrance psychique en rapport avec l'exclusion (ORSPERE). A partir du Centre hospitalier Le Vinatier à Lyon, ce réseau dispose d'une structure spécifique de recherche et de formation dans le champ de la précarité sociale en liaison avec les questions de santé mentale. Il intervient dans la mise en réseau des acteurs du champ de la santé mentale/précarité avec des CCAS, les travailleurs sociaux des Conseils généraux, les Missions locales, l'Education nationale, la Police nationale, les bailleurs sociaux de la région.

Il organise aussi des cycles de rencontres avec les élus. Au plan national, ce réseau a depuis 1999, une mission d'observation des pratiques en santé mentale et en précarité, financée par les ministères des Affaires sociales et de la Santé. A ce titre, il organise des colloques et publie un bulletin, Rhizome qui traite de dossiers thématiques. Mixant les approches de médecins, de sociologues, d'opérateurs de l'insertion, etc. il reste néanmoins très tourné vers le monde médical. Parmi les derniers dossiers traités, les violences à la personne, la transparence et le secret professionnel, les pratiques d'accompagnement. Il mène actuellement une recherche sur la part de la santé mentale dans les troubles de voisinage.

8) Bilan 2003-2005 du Plan National d'Inclusion sociale (PNAI) réalisé par la DGAS.

*www.ch-le-vinatier.fr/orspere

Pratiques au quotidien : les enseignements tirés de l'expérience

Ce sont à la fois des obligations juridiques liées à sa relation avec les locataires mais également un rôle social et urbain de gestionnaire d'ensembles immobiliers qui fondent la légitimité de l'intervention du bailleur par rapport à un problème de fragilité psychologique ou de santé mentale d'une personne logée ou souhaitant accéder au logement.

■ Une obligation de garantie de la jouissance paisible du logement

Le bailleur social, comme tout autre bailleur est tenu d'assurer à son locataire la "jouissance paisible du logement loué", tout comme celui-ci est tenu d'user de la chose louée en "bon père de famille" (articles 1728 et 1732 du Code civil). Dès lors que le problème de fragilité psychologique ou de santé mentale d'une personne logée compromet la jouissance paisible du logement pour les autres locataires, le bailleur est fondé à agir.

■ Une responsabilité de gestionnaire social et urbain

En parallèle à ces obligations juridiques, le bailleur social a la responsabilité de garantir une qualité de service à l'ensemble de ses locataires. En tant qu'acteur de proximité, il est en position privilégiée d'observation et de relais d'un certain nombre de dysfonctionnements de la vie quotidienne sur les sites qu'il gère.

■ Un rôle dans la durée et dans l'urgence

Même s'il n'est pas compétent pour appréhender la réalité de la souffrance psychique d'une personne, même s'il n'a pas à savoir si une personne est atteinte ou non d'une maladie mentale, le bailleur est confronté aux conséquences de ces situations sur le fonctionnement social de son patrimoine. Il a donc un rôle à jouer à la fois dans la durée mais aussi dans l'urgence.

Cinq étapes ou types d'interventions peuvent être identifiées :

- ❑ **L'identification des situations** doit permettre de détecter des situations pouvant relever d'une problématique de fragilité psychologique ou de santé mentale.
- ❑ **La qualification des situations** : il s'agit d'analyser et de comprendre le problème posé, notamment en quoi il relève d'un traitement interne au bailleur et/ou d'une orientation vers des professionnels compétents.

❑ **Le signalement des situations** et l'orientation de la personne nécessitent d'identifier et d'interpeller les partenaires compétents pour la prise en charge de la situation et de relayer les informations utiles à son suivi. Vis-à-vis de la personne fragile ou malade, l'organisme se positionne en tant que relais pouvant "servir de passerelle pour le recours aux soins⁹⁾".

❑ **La gestion dans la durée** : elle suppose de construire des partenariats qui vont permettre de traiter de façon cohérente et complémentaire les différents aspects de la problématique.

❑ **L'alerte de situations d'urgence** : il s'agit de détecter les situations d'urgence spécifiées par le Code de la santé publique (mise en danger de la personne et/ou de son entourage, atteinte à l'ordre public) et de solliciter l'intervention des institutions compétentes dans le cadre des procédures prévues par la loi.

Ce chapitre propose des modalités d'intervention à chacun de ces stades. Elles sont issues de pratiques pour la plupart novatrices observées sur le terrain.

L'obligation de signalement de personnes en danger

Comme toute personne physique et citoyen, le personnel du bailleur a l'obligation de signaler à l'autorité administrative ou judiciaire les mauvais traitements infligés aux personnes considérées comme fragiles, c'est-à-dire les personnes âgées, malades ou infirmes, femmes enceintes et mineurs de moins de 16 ans (articles 434-1 et 434-3 du code pénal). Par rapport aux problèmes de santé mentale, cette obligation peut concerner deux cas de figure :

- ❑ l'atteinte morale ou physique à une personne souffrant de maladie mentale. Soulignons que si les manifestations de la maladie mentale peuvent occasionner des troubles, les malades sont également fragiles et de ce fait susceptibles d'être exposés à des préjudices de la part de l'extérieur ou de retourner leur fragilité contre eux-mêmes. En cela, ces personnes ont besoin de protection ;
- ❑ l'atteinte morale ou physique exercée par une personne en situation de souffrance psychique sur une personne considérée comme fragile.

9) Guide La santé mentale à Nantes.

Pratiques au quotidien : les enseignements tirés de l'expérience

1 - Identifier les situations : la détection et la veille sociale

L'identification des situations relevant d'une problématique de santé mentale est essentielle pour prévenir le trouble ou le traiter le plus en amont possible, avant qu'il ne s'amplifie. La capacité du bailleur à détecter ces situations ne va pas de soi, en raison de pratiques de signalement inégales de la part du voisinage et de la difficulté d'implication du personnel de proximité.

Préciser la mission du personnel de proximité

Le rôle du personnel de proximité (gardiens, responsables de secteur ou d'agence, etc.) dans la détection et la remontée des situations problématiques ne doit pas reposer sur les seules dispositions ou capacité des uns ou des autres à être à l'écoute, à observer et relayer les situations. La mobilisation du personnel suppose d'abord que le bailleur reconnaisse son rôle dans la détection des situations. Il s'agit d'une mission de veille sociale à part entière, dont les objectifs, les moyens et les limites doivent être précisés. En effet, le bailleur n'étant pas un professionnel du champ sanitaire ou médical, il est essentiel de définir en quoi son personnel est légitime à faire remonter certaines situations individuelles et de préciser de quelles situations il s'agit.

L'élaboration d'une procédure interne permet de mettre à plat les modalités pratiques de la mission de détection et de veille des situations.

En particulier, l'élaboration et la diffusion de critères communs d'alerte et de veille doit permettre d'unifier les pratiques autour d'un cadre commun de référence. Quels sont les critères d'appréciation de ces situations problématiques ? Quelles sont les situations d'urgence à côté desquelles ne pas passer ? Cette clarification favorise l'adhésion du personnel dans sa mission de veille sociale et limite les risques d'évitement, de dénégation ou de prévention excessive des difficultés.

Il est également important de spécifier les relais internes et éventuellement externes vers lesquels le personnel de terrain remonte ces situations.

Cette question n'est pas neutre car elle donne à voir au personnel de proximité à quel niveau le bailleur se saisit de ces problématiques et de quelle façon il s'engage dans cette mission de veille sociale. Les modalités d'utilisation des informations remontées doivent également être précisées ainsi que les retours d'information que le personnel de proximité peut escompter sur l'évolution de la prise en charge des situations.

Accompagner le personnel

Même avec une procédure explicitant clairement son rôle dans la détection et la veille de ces situations, le personnel a parfois des réticences à s'engager dans cette mission. La souffrance psychique des personnes est déposée dans la relation professionnelle, lors des interventions des agents de proximité. Elle crée un malaise important chez ces professionnels notamment lorsqu'il y a violence de la personne vis-à-vis d'elle-même ou d'autrui.

Un accompagnement peut tranquilliser le personnel et l'aider à se construire un point de vue. Il s'agit de lui permettre de prendre du recul par rapport aux situations (un nombre limité mais une forte résonance), mettre des mots sur ce qui le dérange ou le met en difficulté (la peur, les représentations collectives), dédramatiser certaines expériences difficiles ou douloureuses (notion de dangerosité en partie liée à la représentation collective) et envisager les modalités d'action à son niveau (remontée de l'information, signalement à des tiers compétents, etc.). Ce soutien peut être assuré de manière collective (sessions d'analyse théorique de situations suivies de partage d'expériences autour de cas pratiques) ou individuelle (suivi psychologique d'un collaborateur à sa demande ou à celle de son employeur). Il est généralement confié à des spécialistes, le plus souvent des prestataires externes, notamment des réseaux de médecins ou psychologues du travail.

Plusieurs bailleurs franciliens (Scic Habitat Ile-de-France, Logement Français, Efidis, etc.) ont ainsi confié l'accompagnement de leur personnel de proximité à un prestataire spécialisé dans la psychologie et la gestion des conflits.

Souhaitant tester l'internalisation de ce type de compétences, **Aiguillon Construction** a embauché deux psychologues cliniciens pour affiner la procédure de traitement des troubles de voisinage, participer aux "réunions troubles de voisinage" internes et intervenir auprès des gérants immobiliers à raison de "deux demi-journées par mois pour les aider à prendre du recul et les entraîner à la lecture de situations conflictuelles." Cette démarche se complète par la mise en place d'un programme de formation à destination des gérants. (Cahier d'Actualités Habitat n° 60 "Les troubles de voisinage : état des lieux et pratiques Hlm"—mars 2000).

Sensibiliser le personnel

L'accompagnement du personnel peut être utilement renforcé par des temps d'échange et de qualification avec des professionnels du monde médical et para-médical (médecins, infirmiers, psychologues) ou du secteur sanitaire et social. L'intérêt de ces séminaires est de donner au personnel des éléments de compréhension des réalités diverses que recouvrent la maladie mentale et plus largement la problématique de la santé mentale, de lui faire partager l'enjeu de la veille des situations et de construire des règles d'interventions coordonnées entre les différents acteurs. Le montage de telles journées d'échange s'inscrit généralement dans le cadre de démarches partenariales plus globales où la ville joue souvent un rôle de relais des attentes des bailleurs auprès du milieu médical.

A Nantes où un réseau de santé mentale a été structuré progressivement depuis 10 ans à l'initiative de la Ville et de Nantes Habitat, le personnel du bailleur a bénéficié d'une formation dispensée par le CMP sur la manière de réagir à la maladie mentale, sur la législation et le travail en réseau.

Cette formation a notamment permis au personnel de comprendre dans quel cadre pouvait s'inscrire son action et de requalifier la notion d'urgence. Une réflexion a été menée notamment sur l'importance d'alerter et de signaler des situations de "logements poubelle" dans lesquels le locataire entasse ordures et immondices.

2 - Qualifier la situation : l'analyse du problème

La qualification de la situation va s'appuyer sur trois types d'approches, relevant du champ de compétence du bailleur :

- formaliser et mettre en place une procédure de rappel au bail,
- analyser la situation de manière collégiale,
- mobiliser les partenaires.

Formaliser et mettre en place une procédure de rappel au bail

En dehors des cas d'urgence (troubles à l'ordre public, mise en danger du locataire ou du voisinage) qui nécessitent un traitement spécifique (cf. 3.6.), le bailleur est confronté aux troubles psychologiques ou de santé mentale dans le cadre de la gestion de la qualité de service et de la régulation de dysfonctionnements relevant de sa compétence (troubles du voisinage, etc.). A ce titre, il engage une intervention de sa responsabilité, fondée sur le rappel à la personne des obligations et engagements qui s'imposent à elle du fait du bail, du règlement intérieur, de chartes de bon voisinage ou de tout autre cadre commun de référence en vigueur sur sa résidence. Ces obligations peuvent concerner la jouissance paisible du logement, sa gestion en "bon père de famille", le règlement du loyer selon des modalités contractuelles, les modalités d'usage et d'occupation des parties communes, locaux communs et dépendances, etc.

■ Structurer et homogénéiser les pratiques internes

Les actions visant à faire cesser le trouble sont portées par plusieurs acteurs internes (équipe de gestion locale, conseillers sociaux, service gestion locative et service juridique, etc.) qui interviennent de manière progressive et graduée (courrier, visite à domicile, convocation dans les locaux de l'organisme — loge, agence, siège, etc.). Étant donné l'importance du déroulement progressif des différentes étapes, il est essentiel que cette intervention soit formalisée de manière précise dans une procédure interne. La procédure permet de clarifier qui fait quoi en matière de traitement des troubles (de voisinage, de comportements, etc.) et ce à plusieurs niveaux (personnel de terrain, d'agence, du siège).

Pratiques au quotidien : les enseignements tirés de l'expérience

La formalisation d'une procédure de traitement des troubles de voisinage et du comportement à l'Opac de Villeurbanne a permis de préciser les responsabilités des différents acteurs en interne, de mieux structurer et articuler leurs interventions et d'accroître l'efficacité globale des interventions.

■ Se doter d'une grille d'analyse de la situation

A mesure qu'elle est mise en œuvre par les différents acteurs internes à l'organisme, la procédure permet de construire la compréhension concrète de la situation. Ainsi, l'analyse de la situation est progressive et recouvre à la fois la connaissance :

- du trouble, de sa cause et de ses conséquences (origine et types de nuisances, périodicité, intensité, difficultés de gestion, plaintes, pétitions, demandes de relogement) ;
- du comportement du perturbateur face à la procédure (adhésion, rejet, contestation, etc.) ;
- de l'impact de la procédure sur le trouble (cessation, maintien, amplification, modification, déplacement, etc.).

Pour **Aiguillon Construction**, la contribution des deux psychologues cliniciens à la structuration du traitement des troubles de voisinage a notamment permis de "profiler" des types de personnes impliquées dans les conflits de voisinage en fonction de leur relation au :

- ❑ logement (adaptation, entretien, usage, identification),
 - ❑ voisinage (nature des troubles, existence de plaintes, jeu des inter-relations),
 - ❑ bailleur (fuite, refus de dialogue, dénégation, etc.).
- Six profils se dégagent à partir de ces catégories, chacun étant défini par un "mot-image" qui caractérise la personne dans le trouble :
- ❑ le reclus dans son logement : "défenseur de son territoire" ou "abandonnique" (qui s'enlise dans son logement) ;
 - ❑ le dépendant à autrui : "portes ouvertes" (qui reçoit de façon excessive) ou "abusé" (qui subit les autres) ;
 - ❑ l'intrus, en décalage avec son environnement : "provocateur" (qui alimente les conflits) ou "gênant" (qui n'a pas conscience de sa différence).

C'est à partir des profils de personnes et de la connaissance de la situation que se construisent progressivement les formes d'intervention et d'implication souhaitables des acteurs de l'organisme (signalement, logement accompagné, avertissement, contractualisation, médiation, etc.).

■ Quantifier les situations

La mise en place d'une procédure de traitement formalisée permet de quantifier les troubles pris en charge par l'organisme, d'identifier ceux qui sont résolus à son niveau et ceux qui relèvent de la sollicitation d'autres partenaires, parce que trop complexes voire possiblement liés à une problématique de souffrance psychique ou de santé mentale.

Cette quantification est essentielle pour mesurer l'efficacité de l'intervention du bailleur et prendre du recul par rapport à des situations qui ont une forte résonance, mais restent généralement relativement marginales quantitativement, par rapport à l'ensemble des troubles de voisinage traités. Cette quantification est également indispensable pour être en capacité d'alerter les partenaires sur un nombre précis de faits et des situations concrètes et tangibles. Quels sont les types de situations qui posent problème à l'organisme et aux habitants ? Combien de situations sont-elles repérées comme problématiques ?

→ Citons à titre d'exemple la quantification du nombre de situations complexes suivies par trois organismes :

- ❑ sur 7 000 logements, 100 familles suivies à l'Opac de Villeurbanne en "commission familles difficiles", dont on peut estimer que 10 sont en "souffrance psychique" ;
- ❑ 20 dossiers par an à l'Opac de la Sarthe (13 000 logements) dont la moitié semble liée à l'alcool et à des "problèmes psychologiques" ;
- ❑ environ 15 cas par an à Brest Habitat Métropole (15 000 logements). Une proportion stable, mais une variabilité constatée d'une année sur l'autre (en fonction du déroulement de l'été notamment).

■ Apporter des garanties sur l'intervention du bailleur auprès des partenaires

L'élaboration d'une procédure interne permet de clarifier le rôle et la mission du bailleur pour les partenaires externes, d'apporter des garanties sur l'action du personnel de terrain et sur les règles de traitement des situations individuelles. Cette garantie est souvent décisive pour mobiliser les partenaires dans la prise en charge de situations aux côtés du bailleur.

Au delà de son rôle déterminant d'homogénéisation des pratiques internes, la procédure élaborée par l'**Opac de Villeurbanne** a apporté des garanties à ses partenaires en ce qui concerne son approche et ses modalités d'intervention dans les problèmes de comportement (transparence sur les pratiques) ainsi que des éléments de procédure précis et datés (traçabilité des faits). Ce point fort a été mis en avant par les partenaires mobilisés dans la Charte d'intervention pour les familles en difficulté avec leur environnement⁽¹⁰⁾, conclue sur le Grand Lyon. Il a été déterminant dans l'engagement des partenaires aux côtés de l'Opac.

■ L'importance de la mise en place de la procédure de rappel au bail dans toutes les situations

La question est parfois posée de l'intérêt de mettre en place une procédure normalisée de rappel au bail pour certaines situations ressenties comme "hors normes" où le bailleur a l'intuition d'une fragilité psychologique ou d'un problème de trouble mental de la personne.

Même dans ces situations (et à l'exception des situations d'urgence qui nécessitent un traitement adapté), la mise en place d'une procédure classique de rappel au bail par le bailleur est essentielle pour plusieurs raisons :

- ❑ le respect de l'obligation de jouissance paisible reste de sa responsabilité,
- ❑ la plupart des difficultés recensées par les bailleurs sont résolues par la mise en place d'une procédure,
- ❑ l'engagement d'une procédure permet de normaliser la relation avec le locataire à l'origine du trouble et de lui rappeler la règle à laquelle il est soumis au même titre que tout autre locataire,

❑ si le bailleur peut avoir une intuition sur l'origine du trouble, il n'est en aucun cas compétent pour l'apprécier et exclure le locataire de la procédure classique, ce qui pourrait apparaître comme discriminatoire,

❑ si le rappel à la règle peut apparaître comme peu efficace voire décalé par rapport à certains comportements et certaines situations complexes, il a néanmoins l'intérêt d'énoncer des repères clairs sur les obligations et engagements réciproques du bailleur et du locataire.

A ce titre, il fait même partie de la démarche d'accompagnement de la personne et peut servir d'appui aux autres acteurs intervenant dans le processus de stabilisation de la situation. Ainsi, dans leur mission d'accompagnement, les travailleurs sociaux ont un rôle de rappel à la personne des règles de vie collective. Leur travail est facilité si le bailleur a énoncé précisément aux locataires les attendus en terme de règles de vie collective et d'occupation du logement. Citons à ce propos le cas de certaines maladies mentales dont le traitement passe par un "rappel régulier de la loi"⁽¹¹⁾.

❑ L'expérience acquise dans le traitement des situations les plus difficiles montre que le bailleur doit anticiper dès les premières apparitions du trouble, la possible complexité de sa résolution. Il importe de prendre en compte dès le départ les exigences que requiert une action en résiliation de bail pour trouble (voisinage, comportement, etc.) en terme de suivi de procédure et d'étayage du dossier (historique et suivi des faits, tentatives de résolution, etc.). Il est de ce fait essentiel de garder la trace et l'historique des actions engagées, leur impact sur le trouble et leurs répercussions éventuelles sur le comportement du locataire.

❑ De la même façon, l'orientation ultérieure vers des partenaires externes nécessite l'affichage de certaines garanties concernant les interventions en amont du bailleur, notamment le suivi d'une procédure de traitement globale.

10) Cf. p.25 : les modalités pratiques de cette Charte.

11) Santé mentale et logement URRA FAPIL et Habitat et Humanisme Rhône, 2005.

Pratiques au quotidien : les enseignements tirés de l'expérience

Analyser de façon collégiale les situations en interne

Lorsque la procédure de rappel au bail se révèle sans effet durable, un temps d'analyse collective de la situation entre les différents acteurs impliqués au sein de l'organisme, est essentiel pour formuler un point de vue partagé sur le trouble (éléments d'explication, évolution, etc.) et comprendre l'échec des tentatives de résolution. Ce point d'étape permet d'élaborer et d'ajuster une stratégie d'intervention pour contenir, stabiliser ou faire cesser le trouble.

C'est généralement à ce stade que le bailleur prend la décision soit de continuer à intervenir exclusivement en interne, soit de solliciter des partenaires externes compétents. Grâce à cette analyse partagée de la situation, le bailleur dispose d'éléments précis et circonstanciés qui lui permettent notamment de se positionner comme acteur crédible vis-à-vis des partenaires externes.

Ce temps d'analyse collectif de la situation a été mis en place à l'**Opac de Villeurbanne** sous forme d'une "commission familles difficiles". Il s'agit d'une instance de travail interne (directeur d'agence, agent de vie sociale, chargé de mission sécurité, responsable du contentieux et directrice de la gestion locative) qui traite les problèmes de comportement selon un schéma de traitement formalisé et associe des relais externes (Maison de la justice et du droit notamment). Cette procédure présente l'avantage de résoudre une majorité de problèmes de comportement à son niveau et en amont.

Mobiliser des partenaires

■ Faire intervenir des acteurs spécialisés pour analyser la situation

Si le trouble persiste et que l'organisme ne s'estime plus compétent pour comprendre la difficulté et le type d'intervention à mettre en oeuvre, il peut confier l'analyse de la situation à un acteur spécialisé du champ sanitaire et/ou social qui pourra aider à identifier les leviers d'action envisageables et les partenaires à mobiliser.

C'est le cas de la mission confiée par l'**Opac du Val-de-Marne** à l'**APSI** (Association de prévention, soins et insertion), association qui mène des missions d'accompagnement social lié au logement et gère des structures de soin et prochainement d'hébergement (maison-relais en cours, en partenariat avec l'Unafam). Une convention prévoit l'intervention de l'association pour approfondir la connaissance des difficultés de certains locataires à l'entrée dans le logement ou pendant la vie du bail, lorsqu'elles occasionnent des nuisances de voisinage importantes non résolues par la procédure de rappel au bail ou risquant d'être associées à une fragilité d'ordre psychologique. L'APSI est mobilisée sur décision d'une commission associant personnel d'antenne et direction du développement social de l'Opac et réalise un "diagnostic social global", préalable essentiel à une action ultérieure.

Sarthe Habitat confie la réalisation de diagnostics sociaux à une association spécialisée agréée par le Fond de solidarité logement (FSL), **ADGESTI** (Association départementale de gestion des structures Intermédiaires), pour qualifier des situations très lourdes de demandes de logement. Cette approche de l'ADGESTI est basée sur le rapport habitant/habitat et objectivise la capacité d'un individu ou d'une famille à habiter un logement et précise le type de logement adéquat (classique, adapté, thérapeutique... Cette analyse de la situation est réalisée par des psychologues de formation, encadrés par la présence régulière d'un médecin psychiatre.

■ Réaliser un "diagnostic partagé" avec les acteurs compétents

Dans certains territoires bénéficiant d'un partenariat en cours de structuration entre organismes Hlm et milieu médical, et avec les garanties qui s'imposent en matière de protection des informations sur la santé de la personne, l'analyse des situations les plus complexes peut être construite collectivement entre le bailleur et d'autres partenaires dans le cadre de "diagnostics partagés". L'enjeu est de confronter différents points de vue pour disposer d'une vision globale du problème et

impliquer l'ensemble des acteurs contribuant à sa résolution, éventuellement la personne à l'origine des troubles elle-même. Le terme de diagnostic ne doit pas être entendu ici au sens médical, mais comme une démarche d'identification de la nature d'un dysfonctionnement ou d'une difficulté.

La réalisation de diagnostics partagés est notamment l'objet de la charte d'intervention pour les familles en difficulté avec leur environnement sur la **Communauté Urbaine de Lyon**⁽¹²⁾. Le point de départ est le signalement par le bailleur et/ou le maire de la commune d'une famille en difficulté importante, qui déclenche la constitution d'un comité de pilotage ad hoc, rassemblant un noyau dur de 5 à 10 personnes composé des acteurs et services en contact avec la famille. Etape délicate et essentielle, la phase de réalisation du diagnostic partagé dure entre 6 mois

et 1 an, période au cours de laquelle le diagnostic évolue. A partir du diagnostic partagé, le comité de pilotage met en œuvre un plan d'action pour intervenir sur la situation de la famille en lien avec elle.

S'il n'est pas compétent pour qualifier un problème de santé mentale, la contribution du bailleur au diagnostic partagé est néanmoins essentielle, car il est souvent à l'origine du signalement et apporte le point de départ et l'historique de l'évolution des faits. Pour valoriser son rôle et s'affirmer comme un partenaire crédible, le bailleur doit être le plus objectif possible dans l'énoncé des faits qu'il signale, c'est-à-dire dérouler un discours neutre et sans subjectivité, en étant prudent notamment sur la place donnée aux représentations issues du voisinage. En terme de contenu, les informations qu'il apporte doivent en rester aux missions de sa compétence : analyse à plat du trouble, de ses conséquences et des actions engagées.

Les principes déontologiques du partage de la situation

Dans la pratique, la démarche de diagnostic partagé doit intégrer des principes déontologiques sur lesquels les partenaires doivent pouvoir s'exprimer, s'accorder et définir des règles de fonctionnement communes. Ces principes concernent notamment les conditions de l'échange d'information dans le cadre des contraintes déontologiques des acteurs médicaux, sanitaires et sociaux et du droit des personnes au respect de leur vie privée. Même au terme d'habitudes partenariales de longue durée, la nature, la vocation et le statut de l'information partagée dans le cadre du diagnostic partagé doivent être précisément définis.

Il revient à chaque partenaire d'estimer ce qu'il peut dire ou pas, dans l'intérêt de la compréhension commune de la situation et de la recherche de solutions. Il s'agit de partager ce qui est utile aux autres partenaires dans le but de "décliner non pas ce que l'on sait, mais les conséquences de ce que l'on sait"⁽¹³⁾.

L'Onsmp-Orspere incite à distinguer entre droit au secret de l'intime et l'exigence de transparence du public, un espace intermédiaire : celui du privé, à distinguer de l'intime, qui fonctionne selon des règles du tact et de la discrétion. C'est là que se traite "la conflictualité propre au vivre ensemble" dans les institutions, les réseaux, la famille ; la règle ici n'est pas le secret mais la discrétion⁽¹⁴⁾.

→ Dans le Rhône, le diagnostic partagé réalisé dans le cadre de la mise en œuvre de la charte d'intervention pour les familles en difficulté avec leur environnement répond à des critères de déontologie définis en partenariat et formalisés⁽¹⁵⁾. Le texte définit les notions de secret professionnel, de déontologie et d'éthique et propose aux professionnels concernés de se doter d'une éthique commune en matière de communication d'information.

"Secret professionnel, déontologie, éthique : des notions différentes. Le secret professionnel est défini par la loi. Il ne s'agit pas de protéger le professionnel soumis à différents textes sur la protection de la personne. C'est une garantie pour l'usager qui permet au travailleur social d'exercer son métier. Son respect fait partie des règles déontologiques.

12) Charte signée en 2000 entre l'Etat, la Communauté urbaine de Lyon, le Conseil général et l'ABC HLM. Cf. Partie II.

13) Rapport du Professeur Parquet "Souffrance psychique et exclusion sociale".

14) Rhizome Octobre 2003.

15) Lettre de la conférence d'agglomération de l'habitat de mai 2000. N°4.

Pratiques au quotidien : les enseignements tirés de l'expérience

La déontologie est l'ensemble des règles qui régissent une profession. Elle définit une bonne conduite pour ceux qui l'exercent. C'est aussi l'ensemble des règles qu'une profession se donne pour régler son fonctionnement. L'éthique est de l'ordre de la morale et des valeurs. C'est l'ensemble des principes moraux qui sont à la base de la conduite d'une personne."

"Entre tout dévoiler et tout taire, une éthique commune : l'intervention sociale auprès d'une même famille est souvent multiple. Pour qu'elle soit efficace, les différents intervenants doivent partager, échanger leurs informations. Cela leur permet d'adapter une réponse et un plan d'aide cohérent et plus efficace. Ces démarches peuvent toutefois se heurter au secret professionnel. Le secret professionnel des travailleurs sociaux est souvent vécu par les partenaires comme une résistance à une bonne compréhension des situations présentées, souvent complexes" (...). "Chacun peut comprendre que pour le travailleur social, chaque personne soit un sujet de droit avec des capacités à évoluer. C'est ce qui fonde la déontologie de cette profession et détermine son action" (...). "Il ne s'agit pas de tout dévoiler ou de tout taire. Un équilibre pertinent est à trouver qui tienne compte des enjeux pour l'utilisateur, des règles institutionnelles et des textes en vigueur et du lieu de partage des informations dans une éthique commune."

La charte d'intervention pour les familles en difficulté avec leur environnement prévoit également une information de la famille soit en amont du diagnostic, si la famille est désireuse d'avoir de l'aide, soit après le diagnostic, selon des modalités décidées par le comité de pilotage.

→ Dans d'autres sites, les partenaires se sont mis d'accord sur une communication orale de certaines informations qui ne donnent lieu à aucun compte-rendu ou à la diffusion de comptes-rendus anonymes. C'est le cas des cellules médico-sociales d'Arcueil-Gentilly et des points de secteur de Nantes. A Nantes, les temps de travail du réseau médico-social (personnel médical, sanitaire et social) sont également dissociés des points de secteur élargis au personnel du bailleur à la ville et aux associations.

3 - Orienter le problème : le signalement et le relais vers des ressources externes

Dans le cadre de la procédure de rappel au bail, le bailleur mobilise différentes ressources de plus en plus spécialisées (relationnelles, associatives ou institutionnelles) susceptibles de contribuer à l'analyse et à la régulation de la situation (la famille, le voisinage, les membres d'associations présentes sur le site, le médecin généraliste, etc.).

Le signalement et la mobilisation de ressources externes doit en effet permettre non seulement d'affiner la compréhension de la situation mais également de tenter de la résoudre en mobilisant les leviers compétents.

L'intérêt d'une orientation pragmatique

Pour orienter la situation, l'organisme mobilise d'abord la ressource a priori la mieux placée pour résoudre le problème étant donné la connaissance qu'il a du mode de vie de la personne (personne isolée, réseaux familiaux, amicaux, etc.), des modalités d'occupation du logement (personne souvent dehors/souvent recluse chez elle) et de la nature du problème (hygiène, bruit, etc.).

En cas de persistance du trouble, il oriente la situation vers un autre acteur, qui engagera une nouvelle tentative d'intervention. Au delà du signalement, le bailleur doit suivre la capacité d'intervention de l'acteur mobilisé, de réaction de la personne concernée et la réalité de la cessation du trouble. L'orientation de la situation se fonde donc essentiellement sur une approche pragmatique de l'acteur ou de l'institution la plus à même d'intervenir pour réguler le trouble.

Les acteurs à solliciter (en dehors des cas d'urgence)

■ La famille

L'intervention de l'entourage familial peut être une ressource essentielle dans la stabilisation voire la résolution d'un trouble. L'existence d'une présence familiale est donc une information essentielle à rechercher et sa sollicitation un préalable indispensable à toute orientation ultérieure. Le bailleur peut faire état à la famille des difficultés posées par la situation (plaintes du voisinage, etc.) pour susciter une intervention de sa part auprès de la personne. Il convient d'être vigilant sur le suivi des engagements annoncés : dans certains cas, l'intervention de la famille suffit à résoudre le problème, au moins provisoirement, parfois durablement. Dans d'autres cas, la mobilisation de la famille se heurte à des difficultés relationnelles avec la personne perturbatrice et s'avère inefficace.

■ Le voisinage

Le voisinage présente un potentiel de ressources à explorer, qu'il s'agisse des réseaux informels de proximité (voisins de palier, d'immeuble, amis, etc.) ou de réseaux associatifs plus structurés (associations d'entraide, habitants relais, etc.). Il peut faciliter la prise de conscience du trouble par la personne, l'orienter vers des structures de soin voire lui apporter une aide ponctuelle à son domicile.

■ Les élus et les services communaux

Les élus et services communaux (santé, affaires sociales, logement, environnement et cadre de vie, etc.) peuvent être sollicités par le bailleur pour participer à la résolution des troubles du voisinage et orienter des situations de souffrance psychique ou de santé mentale. Ils peuvent être sollicités à plusieurs titres :

- la garantie de la qualité de la vie quotidienne sur leur territoire,
- la régulation de certains troubles (hygiène, nuisances sonores, troubles à l'ordre public, etc.) relève en partie des pouvoirs de police administrative générale et judiciaire du maire, pour lesquels il est compétent à agir et peut publier des arrêtés municipaux,
- la prise en charge et l'orientation des personnes notamment au travers du Centre communal d'action sociale (CCAS) qui peut disposer d'éléments de connaissance sur la situation et jouer un rôle d'accompagnement social et de relais.

■ Les travailleurs sociaux du département

Au sein des circonscriptions d'action sociale, les travailleurs sociaux sont confrontés aux problématiques de santé mentale et de souffrance psychique. Ils ont un rôle d'accompagnement des personnes et de coordination des situations vers les relais sanitaires et médicaux compétents. Ils peuvent sensibiliser les personnes concernées à l'intérêt voire à la nécessité d'une démarche de soin et les orienter vers les travailleurs sociaux des secteurs de psychiatrie. Ce lien est plus ou moins opérationnel selon les réalités locales et les modalités d'organisation du travail social au sein des circonscriptions d'une part, et des secteurs psychiatriques d'autre part.

■ Le médecin traitant

Le médecin généraliste de la personne en difficulté est le premier interlocuteur médical de proximité à solliciter. Il peut en effet traiter une partie du problème et susciter une prise en charge adaptée et dans la durée de la personne par un spécialiste. Dans les cas d'altération des facultés mentales de la personne, il est habilité à solliciter une mesure de protection provisoire auprès du tribunal de grande instance ("mesure de sauvegarde", qui peut être ensuite prolongée par une mesure plus protectrice de curatelle ou de tutelle – voir ci-dessous).

■ Les organismes de tutelle ou de curatelle

L'altération prolongée des facultés mentales ou corporelles de la personne peut nécessiter une mesure de protection d'elle-même et de ses biens. Cette protection est confiée à des tiers, tuteurs ou curateurs qui, en ce qui concerne la protection des biens de la personne doivent agir "en bon père de famille", notamment dans les actes d'administration et d'exploitation courante de son patrimoine (assurance, réparations, entretien, etc.). De ce fait, ils ont un rôle à jouer dans les modes de gestion, d'occupation et d'appropriation du logement et de son environnement. Dans la pratique, leur intervention concerne essentiellement la maîtrise financière du budget (notamment du budget dédié au logement) plus que l'insertion de la personne dans le voisinage et dans la cité.

Le bailleur est néanmoins fondé à alerter ces tutelles et leur signaler des troubles qui compromettraient la conservation des biens de la personne (problèmes importants d'hygiène, défaut d'entretien du logement, défaut d'assurance, etc.) ou pourraient la mettre en danger.

Pratiques au quotidien : les enseignements tirés de l'expérience

Les mesures de protection des majeurs incapables : tutelle, curatelle et sauvegarde de justice

Un accident, une infirmité, une maladie ou l'affaiblissement dû à l'âge peuvent priver temporairement ou durablement certaines personnes de leurs facultés personnelles, de leur capacité de jugement et de leur discernement. Lorsque l'affaiblissement des facultés mentales se prolonge ou devient définitif, il est possible et souvent souhaitable de mettre en place un régime de protection de la personne et de ses biens. 600 000 personnes bénéficient, en France, d'une mesure de protection juridique. La loi du 3 janvier 1968 instaure pour les mineurs et les majeurs protégés des mesures de protection civile.

Elles sont ordonnées par le juge des tutelles sous trois principales formes :

■ **la sauvegarde de justice**, la plus légère des trois mesures, concerne des majeurs ou des mineurs émancipés souffrant d'une altération temporaire de leurs facultés mentales ou corporelles. La sauvegarde de justice est une mesure temporaire qui conserve à la personne sa pleine capacité juridique mais qui donne lieu à un suivi de la gestion d'affaires. La mesure peut être demandée par toute personne qui porte un intérêt au majeur, parents, proches ou le majeur lui-même et doit être justifiée par un avis d'un médecin psychiatre. La mesure dure 2 mois, elle est renouvelable. Elle peut être également suivie d'une mesure de tutelle ou curatelle ;

■ **la curatelle** concerne des majeurs ou des mineurs émancipés qui, sans être hors d'état d'agir, ont besoin d'être conseillés et assistés dans les actes de la vie civile parce que leur déficience empêche leur volonté de s'exprimer pleinement ou de résister à des personnes qui, de bonne foi ou en connaissance de cause, pourraient bénéficier de leur fragilité. La mesure est demandée par l'intéressé, son conjoint, ses ascendants, descendants, sa fratrie. Le représentant du majeur ou curateur désigné par le juge peut être le conjoint de la personne ou une association spécialisée. Le juge peut énumérer les actes que le majeur pourra faire seul. Il y a des curatelles plus ou moins contraintes (curatelles simples ou renforcées) ;

■ **la tutelle** est le système le plus renforcé de protection des majeurs. Elle est destinée aux états particulièrement graves. Elle instaure une représentation complète de la personne dont est reconnue l'incapacité absolue à agir pour les actes de la vie civile. C'est donc une mesure dont l'impact est très lourd (les personnes se voient par exemple supprimer le droit de vote), c'est pourquoi la curatelle renforcée lui est souvent préférée. La procédure de dépôt de la demande est la même que pour la curatelle. L'organisation de la mesure est différente : la tutelle comprend un Conseil de famille, un subrogé tuteur, un tuteur qui accomplit seul les actes (avec l'autorisation du conseil de famille). Souvent les UDAF sont désignées comme tuteur.

Exercées le plus souvent (dans plus de 50% des cas) par un membre de la famille de la personne majeure, ou par des tiers (associations ou gérants de tutelle privés agréés), ces mesures ne sont pas toujours adaptées à l'état de santé de la personne.

Une réforme de ce dispositif est en cours de réflexion qui vise à mieux garantir les droits des personnes. Les évolutions en cours iraient notamment vers la mise en place d'un suivi administratif contractualisé des personnes en alternative aux mesures judiciaires. La réforme devrait également porter sur les modalités de signalement des besoins de protection ainsi que sur le financement de la mise en œuvre des mesures.

■ Le secteur public de psychiatrie

Lorsque la mobilisation des ressources relationnelles, sociales ou associatives ne permet pas de stabiliser la situation, le bailleur peut envisager de se tourner vers le secteur psychiatrique (travailleurs sociaux, infirmiers, psychologues, médecins).

La difficulté de l'exercice tient au fait que la personne en souffrance psychique ou malade mentale ne formule pas nécessairement une demande de soin, voire n'est pas consciente de sa situation.

L'objectif pour le bailleur est de rechercher une prise de contact entre le milieu médical et la personne en difficulté pour permettre d'une part, la réalisation d'un diagnostic médical et d'autre part, la définition par les acteurs de la psychiatrie (le CMP le plus souvent) de leur contribution à la réponse à mettre en place en lien avec d'autres partenaires. Ceci nécessitera parfois un travail auprès de la personne visant à l'inciter à s'inscrire dans une démarche de soin. L'orientation est fonction du lieu de domicile de la personne et peut se faire notamment vers l'assistante sociale du secteur, qui intervient à la fois au sein du Centre médico-psychologique (CMP) et de l'hôpital et a pour mission de favoriser l'accès au soin des personnes malades. Des relations bilatérales entre bailleur et secteur psychiatrique se développent ponctuellement, le plus souvent à la faveur de relations anciennes qui permettent de construire une confiance mutuelle et une acceptation réciproque des contraintes qui existent de part et d'autre.

Aux Tarterêts (Corbeil-Essonnes), le partenariat développé dans une opération de relogement entre Logement Français et le CMP permet une prise en charge par une infirmière psychiatrique des situations de souffrance — voire de violence potentielle — que peut induire le relogement pour certaines personnes. Présente dans la commission sociale du relogement, cette infirmière mène avec le bailleur certains entretiens avec les locataires, accompagne les visites de logement proposées et assure un suivi des locataires les plus en difficulté. Ce partenariat a pu être mis en place parce qu'il existait déjà des liens anciens entre le bailleur et le CMP, développés dans le cadre d'un groupe de travail "insertion et vie sociale" mis en place par le contrat de ville.

■ Les équipes intersectorielles

A côté du secteur psychiatrique, il existe des structures de soin spécialisées de la psychiatrie publique (psycho-gériatrie, addictologie, toxicomanie, adolescents et jeunes adultes en crise etc.) vers lesquelles le bailleur pourrait orienter certaines situations, en fonction du problème à traiter. Les modalités concrètes d'orientation restent à investiguer et à construire localement en fonction des situations, mais nécessitent en amont la construction d'une inter-connaissance et l'élaboration d'un cadre partenarial de référence.

■ Les acteurs de l'accès au droit en matière de santé

Certaines associations ou institutions spécialisées dans l'accès aux droits en matière de santé peuvent jouer un rôle dans la connaissance de leurs droits par les usagers et dans l'orientation des personnes malades et de leurs familles vers les acteurs et les structures de soin. Ainsi, des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) mises en place dans le cadre des programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins de santé (PRAPS) existent dans plusieurs départements.

Elles sont destinées à faciliter l'accès des personnes démunies au système hospitalier en lien avec les réseaux institutionnels ou associatifs de soin, d'accueil et d'accompagnement social. Elles ont également pour fonction d'accompagner les personnes dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits sociaux et doivent organiser la continuité des soins à la sortie d'une hospitalisation.

■ Les associations d'usagers et de familles d'usagers de la psychiatrie

Pour faciliter et inciter à l'accès au soin des personnes en souffrance, des associations d'usagers de la psychiatrie telles que celles membres du réseau de l'UNAFAM et de la FNAP-PSY peuvent jouer un rôle de témoignage et de conviction de la personne malade et de sa famille, notamment pour dédramatiser la relation à l'hôpital et à la psychiatrie.

Pratiques au quotidien : les enseignements tirés de l'expérience

■ Les associations de patients ou de familles de patients de la psychiatrie

✧ L'UNAFAM (Union nationale des amis et familles de malades psychiques)

Elle est reconnue d'utilité publique depuis 1968 et regroupe plus de 12 000 familles adhérentes concernées par la maladie mentale, réparties dans 97 sections départementales. Elle est animée par 900 bénévoles qui assurent des missions d'entraide et de formation (accueil dans les permanences locales, information des familles, formation des aidants) et d'action dans l'intérêt général (orientation vers les lieux de soin ou d'insertion, représentation des usagers de psychiatrie auprès des instances consultatives chargées de la santé mentale, promotion et soutien à la création de structures d'accueil en concertation avec les institutions et les élus, promotion de la recherche en matière de santé mentale).

✧ La FNAP-PSY (Fédération nationale des associations de patients et (ex) patients psy)

Cette fédération regroupe une vingtaine d'associations françaises d'usagers dans le domaine de la psychiatrie : 6 associations sur Paris, 14 associations en province (Agen, Argelès-sur-Mer, Caen, Dijon, Le Havre, Lille, Lyon, Marseille, Montpellier, Nice, Rennes, La Rochelle, Rouen).

Elle a pour principaux objectifs de dé-stigmatiser la maladie mentale auprès de l'opinion publique et de l'entourage des malades, d'œuvrer dans les domaines de l'entraide, de la protection et de la défense des intérêts des associations adhérentes et d'accueillir les personnes ayant été soignées en psychiatrie et de les orienter vers des associations de patients capables de les aider.

Les différents acteurs au sein du secteur médico-psychologique

✧ **Le médecin-chef** est un psychiatre qui est responsable de ce secteur.

✧ **Les médecins psychiatres** font le diagnostic de la maladie mentale et ou des troubles du comportement. Ils assurent un suivi psycho-thérapeutique. Ils prescrivent les traitements médicamenteux et définissent les modalités de prise en charge du patient dans les différents dispositifs du secteur (unité d'hospitalisation à temps plein, hôpital de jour, centre d'accueil thérapeutique à temps partiel, centre médico-psychologique, etc.)

✧ **Les psychologues** accompagnent à leur demande les personnes ayant des difficultés psychologiques dans un suivi psychothérapeutique.

✧ **Les infirmiers psychiatriques** ont des responsabilités déléguées importantes surtout s'ils travaillent en extra-hospitalier. Sur indication médicale, ils accompagnent les personnes malades dans les différentes étapes de soins proposées en phase d'hospitalisation et lors de la sortie de l'hôpital. Cet accompagnement doit permettre d'évaluer l'évolution des troubles mais aussi les capacités de socialisation et d'autonomisation de la personne afin de l'aider à s'intégrer ou se réintégrer dans son environnement familial et social. Les infirmiers peuvent se rendre au domicile des personnes ou dans les institutions qui les hébergent. Les infirmiers rencontrent aussi les différents intervenants auprès de ces personnes (aides ménagères, tuteurs, famille) pour faciliter le maintien dans la personne dans son environnement.

✧ **Les travailleurs sociaux de psychiatrie** peuvent être assistant social, éducateur spécialisé, conseiller en économie sociale et familiale, animateur, etc. Ils aident et conseillent les personnes malades dans toutes les démarches d'actions sociales (demandes de logement, réinsertion sociale, instruction de dossiers RMI, dossier de demande de reconnaissance du handicap).

A partir de son équipe pluridisciplinaire, le secteur peut organiser des rencontres avec les différents partenaires associations, établissement à vocation sociale, centres communaux d'action sociale, établissements scolaires, acteurs du logement qui travaillent sur sa zone géographique. Ces rencontres peuvent avoir un rôle d'information, de prévention ou de formation.

Construire des outils de repérage des acteurs vers lesquels orienter la situation

Face à la diversité des problématiques rencontrées et des ressources locales du territoire, il n'est pas facile pour le personnel du bailleur d'identifier les partenaires compétents vers lesquels orienter la situation. La construction d'outils de connaissance des dispositifs institutionnels et associatifs du territoire intervenant sur les champs du social, du sanitaire, du médical et de la santé mentale est donc un préalable indispensable. Ce repérage est d'autant plus essentiel que les acteurs et structures de prise en charge de la maladie mentale sont souvent méconnus.

Lille Métropole Habitat a signé une charte du partenariat social visant la mise en réseau des différents acteurs pouvant contribuer à apporter des réponses aux difficultés de ses locataires : isolement, difficulté d'intégration dans le logement et dans l'environnement, handicap, grande précarité, familles et enfance en danger. Cette charte a été signée par les principaux partenaires du secteur sanitaire et social du territoire : président du Conseil général, présidents des CCAS, associations, centres locaux d'information et de coordination gérontologique, etc.

En matière de santé mentale, une association appartenant à la FNAP-PSY est signataire. La charte s'est dotée d'un outil, un guide des partenaires. Mis à disposition de responsables en charge du suivi des locataires dans les agences de LMH, il permet le déploiement de nouvelles pratiques de coopération avec les partenaires externes dans différents domaines (précarité, santé mentale, handicap, vieillissement, etc.). Des conventions opérationnelles précisent avec différents acteurs les modalités de ce partenariat : avec les unités territoriales du Conseil général, avec l'UNCCAS concernant les locataires âgés, etc.

A Nantes, un travail en commun entre la Ville, Nantes Habitat, le CHU et des associations d'insertion a permis la rédaction d'un guide sur la santé mentale. Il est destiné à l'ensemble des professionnels et associations de quartier accueillant du public. Outil de repérage des intervenants, il répertorie les noms et coordonnées des différents acteurs soignants (médecins, infirmiers, psychologues) et des travailleurs sociaux des secteurs de psychiatrie adultes, enfants et adolescents sur le territoire, les modalités d'accueil des urgences psychiatriques (accueil physique, permanence téléphonique), les services d'aide aux victimes ainsi que les équipes intersectorielles mobilisées sur des thématiques spécifiques.

4 - Gérer le problème dans la durée : les pratiques de travail partenariales

La gestion dans la durée des problèmes de santé mentale dans le parc social suppose de construire des partenariats avec différentes catégories d'acteurs ayant des cultures professionnelles parfois éloignées. Ces partenariats doivent, d'une part, permettre la définition d'un cadre d'intervention cohérent et coordonné permettant de réguler au mieux ces difficultés sur le territoire et d'autre part, se traduire par la mise en œuvre d'actions opérationnelles à l'attention des personnes en souffrance.

Comme cela a été indiqué plus haut, l'implication des élus est souvent déterminante dans ces partenariats, en amont dans la phase de définition du cadre de travail partagé et en cours de mise en œuvre, comme garantie de l'engagement des différents partenaires dans la durée. Au plan pratique, ces partenariats ont un certain nombre d'effets positifs pour la résolution des difficultés. Ils demandent également pour être efficaces, le respect d'un certain nombre de critères de réussite.

Pratiques au quotidien : les enseignements tirés de l'expérience

Les réseaux de santé

Les partenariats locaux sur le champ de la santé mentale sont parfois structurés localement dans le cadre de “réseaux de santé”. Ces réseaux sont apparus à la fin des années 80, à l’initiative de médecins ou d’associations de malades qui voulaient renforcer l’efficacité de leurs interventions en associant les acteurs susceptibles d’intervenir sur les principaux déterminants sociaux de la santé (emploi, logement, transports, relations sociales, culture...). Ces réseaux, aujourd’hui définis par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, “ont pour vocation de favoriser l’accès aux soins, la coordination, la continuité ou l’interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires.” (...)

Constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale ainsi qu’avec des représentants des usagers, ils peuvent associer des professionnels d’autres secteurs. Ils peuvent être initiés par des conseils locaux de santé mentale. Les organismes d’Hlm peuvent être amenés à participer à ces réseaux de santé (cf. exemple de Nantes ci-dessous). On compte aujourd’hui environ 350 réseaux de santé en France. Un nombre limité d’entre eux est consacré à la santé mentale.

Les principaux avantages du travail partenarial

Les collectifs de partenaires fonctionnent à partir du signalement de situations de troubles complexes ou difficiles à résoudre par l’un de leurs membres, le plus souvent le bailleur ou la ville. Ils présentent un certain nombre d’avantages.

■ **La réalisation d’un “diagnostic partagé”** puis l’élaboration et le suivi d’un plan d’action collectif.

A Colomiers, en Haute-Garonne, le comité de développement social réunissant les élus locaux, le CCAS, les bailleurs sociaux, la police, la justice, le secteur de psychiatrie, les acteurs de l’insertion, a mis en place un groupe de travail concernant les ménages présentant des troubles du comportement chroniques. Ce groupe de travail, sous l’égide du directeur du CCAS de la ville, a défini des modalités de travail sur la santé mentale en lien avec le secteur psychiatrique. Il a désigné des référents sur les questions de santé mentale au sein du CCAS et de la Direction des services sociaux du département qui font le lien avec le milieu médical et peuvent constituer un groupe ressources en cas de signalement

d’une situation problématique. Le groupe intervient de manière collective, chacun contribuant à l’analyse de la situation et à la mise en place d’une solution. L’un des objectifs du groupe est de rechercher une adhésion de la personne (soins, hospitalisation volontaire).

■ **La construction concrète et progressive** de la compréhension de la situation et la recherche partagée de solutions opérationnelles à mettre en œuvre à court terme. Alors que des actions engagées individuellement ne pourraient pas fonctionner, la recherche collégiale de solutions rend également possible l’articulation de plusieurs interventions.

A Nantes, le réseau de santé mentale, a pour objet d’organiser les relations, les articulations et les coopérations entre les intervenants dans le respect du champ de compétence de chacun. Il permet d’identifier les personnes ressources, de croiser les analyses et d’optimiser les moyens pour la mise en œuvre d’actions globales et cohérentes en direction des personnes en souffrance. Les “points de secteurs” associant la Ville, les infirmiers du CMP, l’hôpital (assistantes sociales notamment), les agents de vie collective de Nantes-

Habitat et l' AISL (association d'insertion) sont à la fois très concrets et opérationnels. D'abord dans leur organisation puisqu'ils correspondent chacun aux quatre secteurs de psychiatrie sur la ville. Dans leur fonctionnement ensuite, puisqu'ils démarrent par un tri des situations, c'est-à-dire l'identification de celles qui relèvent d'une pathologie (et d'un traitement psychiatrique) et celles qui peuvent être prises en charge par un partenariat élargi aux Ville, bailleurs ou associations. Le traitement des situations qui relèvent d'une pathologie est pris en charge par les professionnels sociaux et médicaux compétents.

Le "point de secteur" se concentre prioritairement sur les situations non connues et qui ne relèvent pas a priori ou de manière urgente de la psychiatrie. Pour chaque trouble, le "point de secteur" construit une stratégie d'intervention spécifique, qui définit notamment les modalités d'entrée en contact avec la personne. De manière pragmatique, c'est l'acteur le plus fondé à traiter le trouble qui intervient par une visite au domicile de la personne : le service environnement dans le cas d'un problème d'hygiène, le service tranquillité publique ou le bailleur dans le cas d'un trouble de voisinage, le service hygiène sociale dans le cas d'un problème d'alcool, etc. L'objectif de la visite à domicile est la mobilisation de la personne ou de sa famille (reprise en main, déplacement vers le CMP, etc.) et la cessation du trouble. En cas d'échec, une autre intervention peut être décidée au domicile de la personne par le "point de secteur" suivant. Dans les cas d'urgence, si le risque ou le danger sont jugés trop importants, une hospitalisation sous contrainte peut être envisagée, en partenariat avec l'hôpital. Les douze points de secteurs annuels (trois par secteur de psychiatrie) permettent l'examen de près de 100 situations.

■ **La définition des modalités d'entrée en contact** avec la personne et l'harmonisation du discours qui lui est tenu. Enjeu fondamental s'agissant de rappeler la norme et la règle à des personnes dont le comportement pose problème.

■ **A Tours**, une commission partenariale a été mise en place en 1999 à l'initiative du Service hygiène santé

environnement de la ville pour traiter à l'origine, les problèmes d'hygiène puis plus largement les troubles de comportement non résolus par les voies habituelles. Cette commission présidée par un élu de la ville, est composée de représentants du CCAS, de la DDASS, des services sociaux du Conseil général, des trois secteurs psychiatriques, de l'hôpital, des organismes de tutelle, de la police, des bailleurs sociaux. Cette commission qui se réunit tous les trois mois examine les situations signalées par les bailleurs. Chacune de ces situations donne lieu à la définition d'un plan d'action dont la mise en œuvre est confiée aux différents acteurs concernés : visite d'un travailleur social, signalement au Procureur de la République, demande éventuelle d'une mesure de curatelle, étude d'un relogement, prise de contact à domicile par le secteur psychiatrique. Dans certains cas, la décision de la commission a été de solliciter une hospitalisation sous contrainte. Environ 30 cas sont examinés chaque année à l'échelle de la ville. Ces situations sont en général résolues en 10/12 mois.

■ **Le suivi coordonné, réactif et dans la durée** : il se montre globalement efficace pour régler les situations, chaque acteur apportant progressivement ses compétences pour la stabilisation ou la résolution du problème (soin, hébergement, habitat, accompagnement spécifique, etc.).

C'est notamment l'intérêt du travail mené à **Colomiers** qui s'appuie sur un réseau de travailleurs sociaux faisant le lien entre le bailleur et le milieu médical et assurant le suivi des situations. A côté de ce suivi, en fonction de la problématique de chaque situation, un groupe ressource est constitué spécifiquement pour sa résolution (membres non permanents). Celui-ci apporte l'intérêt d'un tour de table resserré et opérationnel. Bilan : accompagnement de 12 situations en 3 ans, dont 1 sans solution.

■ **L'émergence d'une dynamique collective** et l'adaptation des pratiques des acteurs : la réunion de plusieurs acteurs évite le possible écueil d'une relation bilatérale où chacun se focalise sur les pratiques de l'autre.

Pratiques au quotidien : les enseignements tirés de l'expérience

A Arcueil (Val-de-marne), le partenariat établi entre l'Office d'Hlm d'Arcueil-gentilly, le CMP et la Ville d'Arcueil dans le cadre d'une cellule médico-sociale a donné lieu à la définition des situations susceptibles de relever d'une intervention du CMP. Le médecin du CMP se déplace pour rencontrer les locataires concernés, peu nombreux, que l'Office juge en danger. Cette visite se fait au domicile, avec le gardien, voire le chef d'antenne dans un souci de rassurer la personne. Le CMP indique également, parmi les personnes signalées par l'Office, celles qui seraient déjà en soin.

■ **Des démarches néanmoins chronophages** : la recherche collective de solutions est très consommatrice de temps.

Dans la Sarthe, un groupe projet, la Mission accompagnement et prévention des expulsions, fonctionne depuis juin 2003 sous l'égide du Conseil général. Cette instance est composée de travailleurs sociaux, d'administrations, d'organismes tutélaires, de bailleurs publics, de représentants des collectivités locales, des forces de l'ordre, de médecins...

Elle a pour objet d'analyser les situations complexes à l'origine de difficultés graves qui lui sont signalées et de bâtir en partenariat, un projet répondant au mieux aux problèmes multiples et à la capacité d'habiter des ménages concernés. L'objectif est d'éviter leur exclusion par le logement. 14 situations ont ainsi été traitées de juin 2003 à décembre 2004. 8 ménages ont été relogés, 2 ont pu être maintenus dans leur logement. Cette action a été validée en juillet 2003 par le comité de pilotage du Plan départemental d'action pour le logement des personnes défavorisées (PDALPD) et est pilotée par la DISS (Conseil général).

Difficulté : tour de table très important à chaque fois (20/25 personnes).

Les conditions de réussite du travail partenarial

Ces partenariats reposent sur quatre conditions de réussite principales :

■ Accepter un changement de posture et d'attitude

Le travail avec les partenaires du milieu médico-social et sanitaire suppose un changement d'optique, un décloisonnement et l'acceptation de leurs points de vue et contraintes. Il faut notamment trouver un moyen terme entre les attentes importantes du bailleur (régler de manière urgente des situations de nuisance grave) et les contraintes du monde médical (déontologie, libre adhésion aux soins sauf dans certains cas bien définis...) qui sont liées aux réalités des maladies et troubles mentaux (chronicité, rechutes possibles, etc.), à la prise en charge des personnes malades et à la volonté de favoriser leur réinsertion (diminution des durées d'hospitalisation, démarches de soin possibles en dehors de l'hôpital).

En effet, s'il y a une trop grande différence entre les attentes respectives de chacun, le travail partenarial ne peut fonctionner de manière durable.

■ Engager un travail progressif

Le travail partenarial est fondé sur le développement de la confiance réciproque de ses membres, qui est nécessairement progressif. Il convient donc de ne pas vouloir aller trop vite, notamment dans la formalisation d'engagements réciproques (élaboration d'une convention, etc.). Les partenaires ont d'abord besoin d'identifier des personnes ressources et de construire des objectifs clairs de collaboration, puis d'élaborer progressivement leurs engagements à partir de l'identification plus précise des situations à traiter et de la résolution de problèmes concrets.

Lors du démarrage de la cellule médico-sociale sur Arcueil-Gentilly, les perceptions de l'Office d'Hlm et du CMP n'étaient pas les mêmes sur les symptômes et sur la difficulté des situations. Certains troubles étaient jugés mineurs par le CMP et ne relevaient pas pour lui de la cellule médico-sociale, alors qu'ils avaient pour l'Office d'Hlm des effets importants sur l'environnement.

Plusieurs rencontres ont permis de se mettre d'accord sur les troubles pris en compte et de faire évoluer la lecture conjointe de la gêne ou de la résurgence liée au trouble.

Il convient donc d'anticiper la construction du partenariat et notamment de ne pas chercher à l'improviser lors de la résolution d'une situation d'urgence. La crise est en effet un moment délicat à gérer où les difficultés d'intervention sont exacerbées et où une prise de contact précipitée peut heurter l'un ou l'autre des partenaires tant sur le fond que sur la forme de la sollicitation.

■ Définir sa contribution et son rôle dans le travail partenarial

La dynamique partenariale suppose que chacun de ses membres clarifie sa contribution à l'analyse et la résolution des situations. Le travail partenarial ne peut se fonder sur une distribution a priori des attentes et des rôles des partenaires, les bailleurs étant schématiquement chargés de signaler des situations et le milieu médical de les prendre en charge et de les traiter. La coproduction de l'analyse et de la résolution des situations est un enjeu important et accessible aux bailleurs, pour laquelle ils ont un rôle à jouer, comme le montrent les expériences concrètes de partenariat qui se sont développées.

■ Être conscient des attentes du monde médical

Si les bailleurs ne doivent pas hésiter à pousser les portes du monde médical, ils doivent être également conscients des attentes de celui-ci (et plus largement des associations représentant les malades et les familles des malades) par rapport à eux : accès à un logement autonome pour les personnes sortant d'hospitalisation, logement de personnes malades à intégrer dans la cité. Avant d'aller solliciter le monde médical, il convient donc que les bailleurs se posent en amont la question du rôle qu'ils sont prêts à jouer dans l'intégration des personnes souffrant de problèmes de santé mentale.

A cet égard, certaines conventions entre des bailleurs et des secteurs psychiatriques sur le logement de personnes sortant d'hospitalisation (cf. chapitre 4) peuvent constituer le point de départ d'un partenariat.

4 - Gérer les situations d'urgence

Construire ou recommander une méthode de travail pour gérer les situations d'urgence des personnes habitant le parc social est une question délicate, car :

- ▣ elle renvoie à des situations de souffrance exacerbée de la personne et de son environnement familial, où le voisinage, le personnel du bailleur (et d'autres institutions) sont en situation de peur, de stress et parfois de danger,
- ▣ elle interroge un éventuel recours aux procédures d'hospitalisation sous contrainte, qui n'est pas simple à aborder, étant donné les questions qu'elles posent en terme de respect des libertés individuelles. Par ailleurs, malgré leur faible nombre sur un quartier, les hospitalisations sous contrainte marquent durablement les esprits de ceux qui y ont participé.

Les acteurs à mobiliser dans les situations d'urgence

■ Les services d'urgence

Face à une situation de crise, la première chose à faire est d'appeler les services d'urgence :

- le SAMU et/ou SOS Médecin,
- la police et les pompiers si la crise se manifeste de manière violente et/ou que le bailleur estime qu'elle présente un risque de danger pour la personne ou pour son entourage (familial, voisinage).

Les services d'urgence ont pour mission d'évaluer le danger de la situation sur un plan médical mais aussi en ce qui concerne la sécurité de la personne et de son environnement. Ainsi, la police est habilitée à évaluer les situations de danger et peut le cas échéant solliciter une hospitalisation sous contrainte.

Le bailleur doit se mettre à la disposition des services d'urgence qu'il sollicite, de préférence à un niveau d'encadrement suffisant (responsable de secteur, responsable d'agence, etc.) éventuellement par l'intermédiaire de son responsable local (gardien). Cette relation directe lui permet de relater les faits constitutifs de la crise et de la replacer le cas échéant dans un contexte plus global (antériorité d'une situation, etc.).

Pratiques au quotidien : les enseignements tirés de l'expérience

■ Le trouble à l'ordre public ou le danger pour la sûreté de la personne

Si la situation de crise ne se résout pas durablement et que la situation de la personne compromet gravement l'ordre public ou sa propre sûreté, le bailleur est légitimement fondé à solliciter le préfet du département (à Paris le préfet de police) pour qu'il envisage de prendre une mesure d'hospitalisation sous contrainte. Cette mesure d'hospitalisation d'office (HO) est prononcée par arrêté au vu d'un certificat médical circonstancié établi par un médecin.

■ Le danger imminent pour la sûreté de la personne

Dans les cas les plus graves, en cas de danger imminent pour la sûreté des personnes, le bailleur est fondé à solliciter le maire (à Paris, les commissaires de police), en vertu des pouvoirs de police administrative générale qui lui sont conférés. Celui-ci peut prendre des mesures provisoires nécessaires pour les personnes dont le comportement révèle des troubles mentaux manifestes. Le maire peut notamment signer un arrêté de demande d'hospitalisation d'office sur notoriété publique avérée, même en l'absence de certificat médical (personne connue par des plaintes, mains courantes, violences notoires, etc.). Il doit en référer ensuite au préfet qui reste l'autorité qui statue sur l'hospitalisation d'office (dans les formes prévues ci-dessus).

L'action du bailleur en hospitalisation sous contrainte

Dans les cas de crises répétées et si une solution satisfaisante n'a pu être trouvée ni auprès de la famille ni avec les institutions compétentes, certains bailleurs choisissent d'engager eux-mêmes des actions en hospitalisation sous contrainte vis-à-vis de personnes logées dans leur parc. Cette procédure, prévue par le Code de la santé publique sous la dénomination "d'hospitalisation à la demande d'un tiers" (HDT), consiste à solliciter auprès de l'institution médicale l'hospitalisation d'une personne dont l'état de santé mental justifie la délivrance de soins immédiats et qui n'est pas en mesure de donner son consentement.

■ Un type de recours à peser en interne

Le recours à cette procédure n'est pas sans conséquence pour la personne concernée d'abord (elle est conduite à l'hôpital sans son consentement), mais aussi pour le bailleur notamment en terme de perception par certaines institutions. Certaines associations de malades se montrent plutôt réservées en ce qui concerne les mesures d'hospitalisation sous contrainte. Du point de vue de la personne malade toutefois, cette mesure peut constituer l'accès à un système de soins qu'elle n'est parfois pas en mesure de solliciter. La décision du bailleur de demander une hospitalisation sous contrainte est à peser également du point de vue de la relation de la personne malade avec sa famille car elle peut aider d'une certaine façon à préserver un lien (la famille n'arrivant pas toujours à porter la responsabilité de la demande d'hospitalisation). Un débat de fond au sein de l'organisme et de ses instances de direction est indispensable concernant le recours à ce type de pratiques. Il nécessite une grande prudence dans sa mise en œuvre et une grande vigilance notamment en ce qui concerne le respect de sa forme réglementaire. Quelque soit la décision prise, elle est à peser au niveau politique, mais aussi et surtout au niveau humain.

■ Une procédure exceptionnelle

Parce que l'hospitalisation n'est qu'une solution ultime (et pour certains soignants un constat d'échec), le recours à cette procédure est nécessairement exceptionnelle et ne concerne que les cas les plus difficiles pour lesquels les tentatives de résolution du problème n'ont pas fonctionné.

■ Les modalités de sollicitation d'une mesure d'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) par l'organisme

La sollicitation d'une mesure d'hospitalisation à la demande d'un tiers est effectuée obligatoirement par une personne physique. Elle ne peut être faite au nom de la personne morale "bailleur". C'est cette personne qui prend la responsabilité d'exposer les faits au médecin sollicité en urgence et le cas échéant de signer, en son nom personnel, la demande d'HDT. Il importe donc, si l'organisme est amené à engager cette démarche, que ce soit un cadre, voire un cadre de direction de l'organisme qui en prenne la responsabilité.

■ Le suivi par l'organisme de la mesure d'hospitalisation à la demande d'un tiers

Si la décision d'hospitaliser la personne est prise, le bailleur a un rôle de suivi de la situation de la personne pour laquelle il a sollicité l'hospitalisation. Au minimum, ce suivi doit concerner l'examen conjoint avec elle des conditions et possibilités du retour dans son logement ou de son changement de logement (délais, déménagement ou ré-emménagement, mesures d'accompagnement, etc.). Il doit être réalisé si possible avec des représentants de l'équipe soignante (infirmiers psychiatriques, assistants sociaux de l'hôpital, etc.) qui peuvent porter un regard sur la capacité de la personne à vivre en logement autonome.

■ Une procédure qui se prépare et s'élabore avec les partenaires

De la même façon que le principe du recours par le bailleur à ce type de mesure doit être pesé en interne, sa mise en œuvre se construit progressivement avec les partenaires du monde médical, mais aussi de la collectivité locale, en acceptant leur approche et leurs contraintes.

Dans les instances de travail partenariales décrites plus haut, à **Nantes** notamment, la décision de sollicitation d'une HDT est prise de manière collégiale. Même si elle est sollicitée par plusieurs partenaires, elle nécessite l'engagement d'une personne physique responsable.

Préparer la sortie d'hospitalisation

Le bailleur a tout intérêt à être prévenu de la sortie de la personne pour être en mesure d'organiser, d'accompagner et de suivre son retour. Cette information suppose a priori un lien entre le bailleur et l'hôpital où séjourne la personne (contact de l'assistante sociale ou du cadre infirmier), éventuellement construit par l'inter-médiaire d'autres acteurs (ville, travailleurs sociaux). Cette information lui permet d'une part d'informer et de tranquilliser le voisinage et d'autre part, de préparer le retour du locataire.

■ Informer le personnel de terrain et le voisinage

Lorsque l'état de santé d'une personne a nécessité une hospitalisation, le personnel de terrain et le voisinage

sont le plus souvent au courant et rarement indifférents. Ils sont parfois choqués pour la personne, soulagés parce que les troubles éventuels associés à son état ont disparu, mais également inquiets pour l'avenir et les conditions de son retour.

Quel sera l'impact de l'hospitalisation sur le comportement de la personne, sur la cessation des troubles éventuels associés, sur sa perception de son voisinage ? Quel peut être le rôle du gardien et des voisins si elle ne va pas bien ? Comment peut-on l'aider ? Toutes ces questions méritent d'être posées et débattues avec le personnel de terrain et le voisinage. Si le bailleur n'a pas la réponse à l'ensemble de ces questions, sa responsabilité est néanmoins d'informer le personnel de terrain et le voisinage sur la situation (sans entrer dans les détails de la situation individuelle de la personne) et le retour de la personne lorsque celui-ci est annoncé. Cette information permet de rassurer le voisinage (il a le sentiment que les institutions se sentent concernées par le problème et le traitent) et ne peut que favoriser la réinsertion de la personne à son retour d'hospitalisation et la re-création de liens sociaux de bon voisinage.

Dans la continuité des cellules médico-sociales mises en place à **Arcueil-Gentilly**, l'Office prévoit un accompagnement du retour des personnes hospitalisées. Les gardiens sont prévenus. Dans les cas les plus difficiles, le bailleur organise une information auprès de la cage d'escalier sans entrer dans le détail de la situation de la personne. L'objectif est d'expliquer aux locataires que l'Office a conscience du problème et que la situation est suivie par des professionnels compétents.

■ Envisager un changement de logement à la sortie d'hospitalisation

Dans les cas les plus difficiles (hospitalisation de longue durée, état d'urgence ayant nécessité une hospitalisation sous contrainte, troubles importants et répétitifs pour le voisinage), la responsabilité du bailleur est également de poser au milieu médical la question du retour de la personne hospitalisée dans son logement initial dans l'intérêt de la personne elle-même mais aussi du voisinage.

Pratiques au quotidien : les enseignements tirés de l'expérience

Les procédures d'hospitalisation sous contrainte

Il existe en France deux procédures d'hospitalisation sous contrainte, instituées par la loi n°90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux. Cette loi affirme le principe général du consentement des personnes atteintes de troubles mentaux à leur hospitalisation, à 2 exceptions :

1- L'hospitalisation d'Office (HO) - Articles L.3213-1 et suivants du code de la santé publique

Elle s'applique aux personnes qui sont considérées comme dangereuses pour elles-mêmes ou pour autrui (atteinte à l'ordre public ou à leur propre sûreté).

❑ **Cette mesure est prononcée par arrêté du Préfet du département** (à Paris du préfet de police) au vu d'un certificat médical circonstancié émanant d'un médecin n'exerçant pas dans l'établissement accueillant le malade. Dans les 24 heures suivant l'admission de la personne, un nouveau certificat médical est établi par un médecin de l'établissement d'accueil.

❑ **En cas de péril imminent** pour la sûreté des personnes attesté par un avis médical ou, à défaut, par la notoriété publique, la mesure provisoire est prise par le maire et, à Paris, par les commissaires de police. Charge à eux d'en référer dans les 24 heures au préfet qui statue sans délai et prononce, s'il y a lieu, un arrêté d'HO. Faute de décision préfectorale, ces mesures provisoires sont caduques au terme d'une durée de 48 heures. En 1999, les HO prises après une mesure provisoire du maire représentaient plus de 60% des mesures d'HO en France.

❑ **La mesure d'HO est levée par le Préfet**, sur proposition médicale. Dans les quinze jours, puis un mois après l'hospitalisation et ensuite au moins tous les mois, le malade est examiné par un psychiatre qui confirme ou infirme le maintien des troubles justifiant l'hospitalisation. Chaque certificat est transmis au préfet qui statue sans délai sur la mesure. Dans les trois jours précédant l'expiration du premier mois d'hospitalisation, le préfet peut prononcer, après avis motivé d'un psychiatre, le maintien d'HO pour une nouvelle durée de trois mois. Au-delà de cette durée, l'hospitalisation peut être maintenue par le préfet pour des périodes de six mois maximum renouvelables selon les mêmes modalités.

❑ **Information sur la sortie** : le Préfet avise dans les 24 heures le procureur de la République, le maire du domicile et la famille de la personne de toute HO, de tout renouvellement et de toute sortie.

2- L'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) - Articles L.3212-1 du code de la santé publique

L'HDT s'applique aux personnes qui se trouvent dans l'impossibilité de donner leur consentement à leur hospitalisation et dont l'état de santé nécessite des soins immédiats assortis d'une surveillance en milieu hospitalier. Elle est sollicitée par un tiers, nécessairement une personne physique, soit un membre de la famille du malade, soit une personne susceptible d'agir dans l'intérêt de celui-ci. Cette demande d'admission est réalisée par le moyen d'une lettre manuscrite précisant l'identité de la personne qui la formule, celle de la personne dont l'hospitalisation est demandée ainsi que la nature des relations qui existent entre elles.

❑ **L'HDT nécessite deux certificats médicaux concordants**, circonstanciés et datant de moins de quinze jours, dont au moins un émanant d'un médecin extérieur à l'hôpital.

❑ **Elle prévoit une procédure d'urgence** : à titre exceptionnel et en cas de péril imminent pour la santé du malade, l'admission peut être prononcée au vu d'un seul certificat médical émanant éventuellement d'un médecin exerçant dans l'établissement d'accueil.

❑ **Suivi de la mesure d'HDT** : dans les 24 heures suivant l'admission, un nouveau certificat médical est établi par un psychiatre de l'établissement d'accueil, qui ne peut être un des médecins ayant fait l'admission. Celui-ci confirme ou infirme la nécessité de maintenir l'HDT. Le préfet est informé de la mesure et notifie l'identité de la personne hospitalisée et du requérant au procureur de la République.

▣ **La mesure est levée sur avis médical ou recours spécifique.** Dans les trois jours précédant l'expiration des quinze premiers jours de l'hospitalisation, l'état mental de la personne est examiné pour définir si les conditions de l'HDT sont ou non toujours réunies. L'HDT peut être maintenue pour une durée maximale d'un mois et au-delà de cette durée, pour des périodes maximales d'un mois, renouvelables selon les mêmes modalités. Sauf dans les cas où l'état du malade pourrait compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes, l'HDT peut être levée par le curateur de la personne, son conjoint, ses ascendants ou descendants majeurs ou par la personne qui a signé la demande d'admission ou toute personne autorisée à cette fin par le conseil de famille.

La sortie d'essai (article L 3211-11) et la sortie de courte durée (article L 3211-11-1)

Lorsqu'une personne est hospitalisée sans son consentement elle peut bénéficier d'une sortie sous surveillance médicale assortie d'un suivi par le secteur psychiatrique compétent pour une durée maximale de trois mois renouvelables. Dans le cas d'une hospitalisation à la demande d'un tiers, la sortie d'essai est décidée par le psychiatre de l'établissement. Dans le cas de l'hospitalisation d'office, la sortie d'essai est prononcée par le préfet sur proposition motivée du psychiatre de l'établissement d'accueil. Les personnes hospitalisées sans leur consentement peuvent également pour motif thérapeutique ou si des démarches extérieures sont nécessaires bénéficier d'autorisations de sortie de l'établissement ne dépassant pas 12 heures. Le patient est accompagné par un ou plusieurs membres du personnel pendant sa sortie.

Recours

La personne hospitalisée peut solliciter une levée de mesure d'HO ou d'HDT auprès du tribunal de grande instance. Le juge lève cependant très rarement l'hospitalisation. Les mesures d'hospitalisation sous contrainte (notamment les procédures d'urgence) sont examinées par une Commission départementale des hospitalisations psychiatriques, qui peut saisir le représentant de l'Etat dans le département ou le Procureur de la République sur la situation des personnes hospitalisées et présente un rapport annuel au conseil départemental de santé mentale.

Ampleur du phénomène⁽¹⁶⁾

En 2001, plus de 72 000 mesures d'hospitalisation sous contrainte ont été prises en France, contre 37 700 en 1992 et 57 300 en 1999. La durée de ces mesures est dans la plupart des cas inférieure ou égale à un mois. En 2001, ces mesures représentaient 13% de l'ensemble des admissions en psychiatrie, contre 11% en 1992 (proportion très variable d'un département à un autre).

Le rôle du tiers dans les HDT

Demander une mesure d'HDT suppose d'avoir intérêt à agir pour protéger la personne souffrant de troubles psychiques et a priori la connaître personnellement. Cependant, entre 1992 et 2001, on constate de plus en plus d'hospitalisation à la demande de personnes ne connaissant pas le malade. Dérive ou détournement du système d'internement psychiatrique français⁽¹⁷⁾, cette question fait débat au sein des associations de patients et leurs familles. En 1999, la Commission départementale des hospitalisations psychiatriques de Paris a étudié la qualité du tiers dans 210 dossiers d'HDT. Dans 37 % des cas, le tiers étaient parents directs de la personne, 35,8 % la famille au sens large, 7,7 % des amis, tandis que les professionnels de la psychiatrie (assistantes sociales...) voire des personnels administratifs représentaient 15,7 % (autres 4,3 %).

Un recours accru aux procédures d'urgence

Le recours accru aux procédures d'urgence peut également poser question. Il révèle la "violence extrême" de la plupart des situations concernées voire pour certains, une situation arbitraire où le droit du malade est compromis. Entre 1992 et 2001, procédures d'urgence sont passées de 13 à 40% pour les HDT et de 60 à 70% pour les HO. Le public concerné relève de plus en plus de troubles du comportement. L'augmentation du nombre d'hospitalisations pourrait également être la conséquence d'une diminution excessive du nombre de lits hospitaliers se traduisant par des durées de séjour parfois trop courtes et des hospitalisations à répétition et d'un manque de moyens affectés à la prévention et au suivi des soins psychiatriques en France.

16 - 17) Cf. article "Le nombre d'internements psychiatriques a fortement augmenté", Le Monde, édition du 28 octobre 2004.

Pratiques au quotidien : les enseignements tirés de l'expérience

Cette question nécessite de croiser deux points de vue :

- celui du voisinage : le bailleur doit interroger sa capacité à recréer des relations de bon voisinage avec la personne à son retour d'hospitalisation, compte tenu de l'ampleur des troubles éventuels antérieurs et de l'ambivalence généralement constatée vis-à-vis de la personne,
- celui de la personne hospitalisée : sa capacité à revenir dans son logement initial, à vivre dans un logement autonome, à recréer des liens avec son environnement, etc.

Si les conditions de retour de la personne dans son logement ne sont pas réunies (du point de vue de la personne et du voisinage), la responsabilité du bailleur est d'adapter les conditions de logement à la sortie d'hospitalisation en envisageant un déménagement dans un autre bâtiment ou une solution accompagnement social voire logement spécifique (cf. chapitre 4). Ce relogement ne peut être imposé et suppose donc que la personne intéressée accepte cette évolution résidentielle.

Brest Métropole Habitat assure un suivi du retour de personnes ayant été hospitalisées suite à des problèmes de comportement ayant eu un impact sur le logement et/ou sur le voisinage. L'Opac rencontre ces personnes pour faire un point sur les troubles qu'elles ont généré notamment au regard de leurs obligations de locataire et de leur situation vis-à-vis du voisinage. Cette analyse peut amener l'Opac à proposer et organiser une mutation (lorsque que le locataire y consent, voire le demande) dans un autre ensemble immobilier. Lorsque les voisins ont été touchés par les troubles ou qu'ils ont été à l'origine de la demande d'hospitalisation, l'Opac les informe de l'évolution de la situation par courrier ou, dans les situations les plus perturbantes, dans le cadre d'une réunion de cage d'escalier.

Le bailleur a un rôle à jouer pour permettre que ce retour se passe dans de bonnes conditions matérielles notamment lorsque le logement a été fortement dégradé ou rendu insalubre ou pour gérer par exemple des problèmes de clé... Plus globalement, il importe de suivre avec une vigilance particulière le retour de la personne à différents niveaux : évolution de ses relations avec le voisinage, évolution de sa situation, stabilisation de son comportement et cessation des troubles éventuels. Ce suivi est essentiel pour être en capacité rapidement d'orienter une difficulté éventuelle vers les partenaires sociaux, sanitaires ou médicaux compétents et de mettre en œuvre la procédure de rappel au bail si nécessaire.

Brest Métropole Habitat formalise par un courrier au locataire les principaux constats issus de l'entretien mené à sa sortie d'hospitalisation. Ce courrier prend acte des dégradations ou des troubles créés par la personne et lui rappelle ses obligations en tant que locataire. Il lui indique également, notamment lorsqu'il y a refus de sa part de reconnaître les nuisances, les mesures envisagées par l'Opac en cas d'apparition de nouveaux troubles. En parallèle des contacts sont maintenus entre Brest Métropole Habitat et l'hôpital qui fonctionnent dans les deux sens : les équipes soignantes interrogent parfois les services de l'Opac sur l'évolution de la personne et l'Opac interpelle l'hôpital en cas de trouble.

■ Accompagner le retour de la personne hospitalisée

L'accompagnement du retour de la personne hospitalisée ne relève pas à proprement parler, de la responsabilité du bailleur. Cet accompagnement doit être organisé par les services sociaux de l'hôpital, en charge de l'insertion des personnes à leur sortie d'hospitalisation, en lien avec les partenaires locaux (assistantes sociales de secteur, CCAS etc.).

L'accès au logement des personnes en processus de soin

1 - Les besoins d'hébergement et d'accompagnement

Des besoins mal évalués mais probablement divers

Du fait de la politique de dés-hospitalisation conduite par les pouvoirs publics depuis 1975, réservant les lits en hôpital aux périodes de crise et grâce aux progrès des neuroleptiques qui réduisent la fréquence des crises et soulagent les personnes soignées, la plupart des malades psychiques ont quitté l'hôpital. La majeure partie des personnes qui sont suivies en psychiatrie vivent comme tout un chacun dans un habitat banalisé (pour mémoire, on compte plus d'un million de patients en file active dans le secteur public).

Certains patients cependant nécessitent des solutions de logement ou d'hébergement adaptées. Ces besoins n'ont pas été pris en compte par les politiques publiques, tandis que les structures médico-sociales sont restées en nombre notoirement insuffisant : à titre d'exemple dans le Val-de-Marne 4 200 malades qui en relèvent n'ont à leur disposition que 327 places⁽¹⁸⁾ et le Ministère de la solidarité et de la famille estime que plus de 10 000 patients hospitalisés pourraient bénéficier d'hébergement adapté ou médicalisé.

Les associations de parents de malades estiment que 10 % des 600 000 malades psychiques sont hospitalisés de façon chronique ou pris en charge par des établissements médicalisés. Les mêmes associations estiment que 20 % des personnes dont la maladie est stabilisée vivent en logement autonome, 33 à 45 % vivent dans leurs familles, solution que les associations estiment insatisfaisante dans la durée.

Les autres — 25 à 37 % des malades — sont hébergés dans des structures adaptées : appartements thérapeutiques, accueil familial thérapeutique, appartements associatifs, foyers médicalisés... ou par des tiers.

Les personnes souffrant de maladie mentale sont également nombreux parmi les sans abri : le Haut Comité pour le logement des personnes défavorisées soulignait en 2004 que 30 à 40 % des sans domicile fixe étaient des malades psychiques.

Une population qui appelle des réponses adaptées et graduées

Les personnes souffrant de maladies mentales sont dans leur vie personnelle, dans des situations assez diverses : il s'agit souvent de personnes isolées (le taux de célibat, de divorce, de personnes vivant seules est 2 fois supérieur à la moyenne). Elles ont pour la plupart des revenus bas, liés à des aides sociales, car le trouble psychique empêche souvent d'acquérir des ressources par un travail salarié. Ces personnes peuvent être handicapées dans leurs capacités de gestion ordinaires et bénéficient, mais pas systématiquement, d'une mesure de protection des biens (tutelle, curatelle).

Leur maintien ou leur accès au logement appelle en conséquence une démarche partenariale visant, à partir d'une compréhension des besoins, à bâtir un projet favorisant l'insertion dans la cité. Les réponses à construire sont graduées et adaptées en fonction de la situation économique, sociale et familiale des personnes, de leur état de santé et plus généralement de leur autonomie. Elles visent également à réduire l'isolement et à promouvoir les itinéraires résidentiels vers plus d'autonomie en fonction de l'évolution de la situation de la personne.

Il s'agit de formules d'habitat comportant un service, pouvant aller de l'établissement (foyer médicalisé, logement-foyer pour personnes handicapées) au logement adapté comportant le cas échéant des parties collectives en plus des parties privatives (maison-relais ou logement banal avec un lieu de rencontre collectif). Les services proposés sont plus ou moins étoffés : ils comportent selon les cas un accompagnement social, un dispositif d'animation, des soins (prise des médicaments, lien avec l'hôpital, etc.).

Ils impliquent des partenariats avec différentes catégories d'acteurs : services sociaux, associations médico-sociales, CMP, hôpitaux, etc.

18) ASH 2 juillet 2004 in "handicapés psychiques... privés de logement et de soin", enquête conduite par l'UNAFAM sur les 12000 malades psychiques du Val-de-Marne.

L'accès au logement des personnes en processus de soin

Dans la plupart des cas, la demande de création ou de mise à disposition de logements pour les personnes malades psychiques émane d'hôpitaux ou d'associations et vise leurs patients.

Elle est le plus souvent traitée sous l'angle "demande d'habitat spécifique". La prise en compte des besoins de logement des malades psychiques demanderait pourtant

que cette problématique soit inscrite dans les programmes locaux de l'habitat (PLH) et/ou dans les Plans départementaux pour le logement des personnes défavorisées, à partir d'une meilleure connaissance des besoins dans une logique de complémentarité de la gamme d'offre permettant des itinéraires résidentiels des ménages.

Les principaux partenaires

■ **Les élus et les collectivités locales** en charge du développement de l'habitat (Epci, communes notamment) et à même de faire le lien avec les dispositifs médico-sociaux du Conseil général et les actions sociales communales et intercommunales.

■ **Le Conseil général** en charge de la politique du handicap et du Plan départemental pour le logement des personnes défavorisées :

- ❑ il définit les orientations départementales dans son schéma social et médico-social,
- ❑ il met en place des outils : maison des personnes handicapées (...)
- ❑ il consacre des moyens, en particulier l'accompagnement social et son financement : des services d'accompagnement à la vie sociale pour les personnes dont le handicap est reconnu, des mesures d'accompagnement par le FSL pour les publics en exclusion sociale.

■ **Les associations spécialisées** qui d'une part, connaissent bien les besoins et d'autre part, sont à même de contribuer à la mise en place de solutions :

- ❑ les associations médico-sociales, reliées au secteur psychiatrique, offrant des prestations de soin, d'accompagnement social et d'insertion. Certaines gèrent aussi de l'hébergement médicalisé. Parmi elles, on peut citer les associations membres de la Fédération nationale d'aide à la santé mentale – Croix Marine ;
- ❑ les associations gestionnaires de structures d'hébergement ou prenant en charge des missions d'intermédiation locative en faveur de personnes handicapées psychiques ;
- ❑ les associations représentant les patients, les amis et les familles, fédérées au plan national au sein de l'UNAFAM et de la FNAP-PSY.

■ **Le secteur psychiatrique** pour l'organisation de la prise en charge des soins et le suivi médical, voire les psychiatres libéraux.

■ **Les services sociaux** du Conseil général, des Centres communaux d'action sociale, ainsi que les associations tutélaires pour mener des actions d'accompagnement généralistes et de protection juridique.

■ **Les services de l'Etat**, DDASS et DDE, pour ce qui concerne le financement du logement et dans certains cas de la gestion (cas des maisons-relais).

■ **Les résidents** eux-mêmes et leurs familles.

2 - Les différentes réponses envisagées

Schématiquement, on peut classer l'offre sur quatre niveaux :

- ❑ les appartements thérapeutiques et logements gérés dans le cadre de conventions avec l'hôpital ou une association médico-sociale ;
- ❑ les solutions habitat avec services, dans le parc banal ;
- ❑ les produits logement spécifiques, notamment les maisons relais ;
- ❑ les établissements médico-sociaux, foyers logements ou foyers médicalisés.

Les appartements thérapeutiques

Dans le cadre du développement de dispositifs alternatifs à l'hospitalisation, des partenariats entre secteurs psychiatriques et des associations médico-sociales et organismes Hlm ont pour objet de constituer une gamme d'offre de logements plus ou moins médicalisée, pouvant servir de base à des itinéraires résidentiels des patients, en fonction de l'amélioration de leur autonomie.

■ Le dispositif mis en place à l'initiative du secteur de psychiatrie de Lille Est.

En 1977, sous l'impulsion d'élus, de familles de patients et de l'équipe du secteur de psychiatrie de Lille-Est, est créée l'AMPS (Association médico-psycho-sociale). Elle va susciter la création de plusieurs dispositifs de soin et d'insertion des patients parmi lesquels deux dispositifs d'hébergement, encadrés par le personnel soignant du secteur psychiatrique : l'hébergement thérapeutique et les appartements associatifs.

Dans ces deux dispositifs, l'AMPS est titulaire du bail. Le loyer est couvert par les allocations dont les occupants sont bénéficiaires. L'équipe soignante et socio-éducative du secteur psychiatrique organise et suit son programme thérapeutique auprès des malades (prise de médicaments, consultations avec le psychiatre, visites à domicile et entretiens infirmiers, planning d'activités thérapeutiques, etc.). En cas de difficulté, une hospitalisation provisoire

peut être envisagée. L'équipe soignante s'appuie sur un réseau de soignants libéraux (médecins, pharmaciens et infirmiers).

❑ L'hébergement thérapeutique est réservé à des personnes dont le handicap nécessite la présence constante du personnel hospitalier et un hébergement de longue durée. L'AMPS privilégie l'accueil dans de petites unités, intégrées dans des résidences qui mixent les populations. Pour des patients sortant de l'hôpital et stabilisés médicalement, un hébergement transitoire est assuré dans des appartements collectifs gérés par des familles d'accueil (une dizaine de familles rémunérées par l'AMPS). L'objectif est de tester la capacité des personnes à accéder à une certaine autonomie résidentielle.

❑ Les appartements associatifs sont disséminés dans le parc social. Ils offrent une solution logement à des patients logés à deux ou trois. Les occupants des logements, avec l'appui de leur tuteur ou curateur, s'engagent à s'inscrire dans une démarche de soin et d'insertion. Ils bénéficient de la visite régulière de personnels soignants. Les logements sont mis à disposition de l'AMPS par des bailleurs sociaux et occupés à titre gracieux par un étudiant, élément stabilisateur des malades, assurant une présence en soirée. Plus de 125 appartements associatifs ont été mis à disposition, par conventions spécifiques, par Lille Métropole Habitat et le groupe CMH.

❑ Enfin, les personnes les plus autonomes peuvent être logées dans des petits logements, en sous-location. Certains de ces baux peuvent glisser quand la situation de la personne évolue favorablement.

Les bailleurs assurent avec l'AMPS un suivi conjoint du parcours résidentiel des patients entre l'hébergement thérapeutique et les appartements associatifs, à travers des "commissions appartements". Ces commissions ont pour objet la recherche de la réponse la plus adaptée à la capacité d'autonomie des personnes soignées, à leurs difficultés et à leur souhait d'évolution résidentielle. Participent également à cette commission, les soignants et référents du secteur psychiatrique (médecins, personnel infirmier, éducateurs), des gérants de structures sociales d'insertion et de logement (CCAS, maisons relais,

L'accès au logement des personnes en processus de soin

foyers, etc.) et les représentants d'associations de familles et d'usagers.

Les "commissions appartements" se réunissent tous les 2, 3 mois, en présence du malade, de sa famille et de son organisme de tutelle ou de curatelle le cas échéant. La souplesse des passerelles entre les dispositifs permet aux patients de construire un véritable parcours résidentiel dans l'ensemble des structures gérées par l'AMPS, dans la durée, mais aussi sur l'ensemble des dimensions de son insertion (soin, travail, logement, loisirs, etc.).

Les solutions habitat avec services dans le parc banal

Ce type de produit présente une alternative pour le logement autonome de personnes malades psychiques grâce à un service adapté articulant soins et accompagnement social. Les collectivités sont intéressées car elles trouvent là une réponse peu coûteuse en fonctionnement et bien intégrée dans l'environnement. Les organismes peuvent contribuer à ces réponses dans le parc neuf ou dans le parc existant. Elles reposent sur un partenariat étroit avec des acteurs en charge des services et ne nécessitent en principe pas "d'adaptation" du cadre bâti. La seule difficulté réside dans la mise à disposition d'un lieu de réunion pour mener des actions d'animation collective.

■ Pour les publics ayant une autonomie faible : un accompagnement renforcé

L'accompagnement est assuré par un "service d'accompagnement à la vie sociale" (SAVS) ou un service d'accompagnement médico social pour adultes handicapés (SAMSAH). Deux concepts qui "essaient" : les familles gouvernantes et les Clubs ou les résidences-club.

▣ **Le concept des familles gouvernantes** est né à l'initiative de l'UDAF de la Marne confrontée à la prise en charge d'une population marginale, atteinte souvent de plusieurs handicaps et en situation d'exclusion.

Ce dispositif a pour objet d'apporter une solution "banalisée" à ces personnes grâce à un accompagnement renforcé dans la vie quotidienne.

Dans la Marne, 32 familles gouvernantes accueillent 170 personnes, sous tutelle de l'UDAF, à Reims, Chalons et Epernay dans des logements mis à disposition par le Foyer Rémois et l'Opac. L'UDAF est le locataire principal. Chaque gouvernante a en charge 5 à 6 patients logés dans 2 appartements T4 et T5. La gouvernante est logée dans un appartement séparé, à moins de 200 mètres des deux autres logements. Elle assure les tâches ménagères, la cuisine, fait les courses, gère le budget domestique, veille à l'hygiène corporelle, aux rendez-vous médicaux, accompagne le résident dans ses tâches administratives et médicales, anime des loisirs. L'action des gouvernantes est contrôlée par les délégués de tutelle, garants des projets individuels de chacun. Concernant les soins, un partenariat a été structuré avec les médecins psychiatres. Le coût mensuel à charge des bénéficiaires, comprenant l'accompagnement, les charges liées au logement, la nourriture, l'argent de poche est couvert par les aides dont bénéficient les personnes (principalement l'allocation adulte handicapés et la prestation de compensation).

Ce dispositif, qui présente l'intérêt pour les pouvoirs publics d'être pris en charge intégralement par ses bénéficiaires, tend à se développer : des projets sont en cours dans les Côtes-d'Armor, en Moselle, dans les Bouches-du-Rhône, le Tarn, les Deux-Sèvres ou encore à Lille avec Lille Métropole Habitat et l'AMPS. Ce dispositif permet une bonne intégration des publics concernés dans leur environnement et favorise, selon les médecins et les familles, leur progression vers plus d'autonomie.

Il ne peut répondre cependant aux besoins de logement de personnes gravement malades. Par ailleurs, apparaissent aujourd'hui parmi les publics logés des phénomènes de vieillissement qui posent la question des modalités de leur maintien à domicile. Il sécurise le bailleur lorsque l'accompagnement est de bonne qualité. Il est fragile en termes d'économie du fonctionnement pour l'association qui le porte.

▣ **Les résidences-club** : elles associent un hébergement dans du parc de droit commun (les logements sont loués soit par les patients soit par une association gestionnaire) et un "club" assurant un accueil de jour et de

l'accompagnement. Ces clubs sont aujourd'hui financés dans le cadre des services d'accompagnement à la vie sociale.

La résidence-club de Cenon en Gironde répond à une demande de parents vieillissants inquiets sur le logement de leurs enfants. Ouverte en 2001, elle associe :

- une résidence : un logement-foyer "éclaté" de 30 appartements — T1 et T2 — sur 6 bâtiments propriété de la société L'Habitation Economique. Le cahier des charges de la résidence a été élaboré avec le gestionnaire Espoir 33,
- un "club d'entraide" : le Club Gambetta, émanation de l'Unafam, agréé service d'accompagnement à la vie sociale pour 50 places. Il est situé à proximité de la résidence. Il est ouvert aux résidents et à des malades psychiques non-résidents, bénéficiant d'une reconnaissance administrative du handicap. Ce dispositif est animé par une équipe éducative de 6 personnes : pour ce qui concerne le club, 3 infirmiers mis à disposition par l'hôpital et 2 animateurs-éducateurs spécialisés ; et pour la résidence, une maîtresse de maison (dont le financement est assuré par le Conseil général sur une ligne budgétaire spécifique). Les résidents bénéficient de l'APL foyer. Ce dispositif offre des solutions de logement pérenne "accompagné" pour des malades psychiques stabilisés. Il permet un accompagnement, adapté au rythme de chaque patient. Il distingue nettement ce qui relève de la sphère locative et ce qui relève de l'entraide, qui a lieu dans un lieu neutre sous la responsabilité d'une équipe professionnelle. L'accompagnement de la gestion du logement par une maîtresse de maison sécurise les résidents et favorise une bonne appropriation des logements. L'adhésion au club ne permet pas aujourd'hui l'accueil des publics en grande précarité. Aussi Espoir 33 souhaite développer des formules de logement partagé en diffus pour des publics en grande exclusion avec les bailleurs sociaux.

■ Pour les publics moins dépendants : des formules de logement autonome

Les personnes moins dépendantes socialement et médicalement sont titulaires de leur bail, ce qui favorise leur insertion. L'accompagnement social est porté par un opérateur social reconnu. Des conventions spécifiques avec le secteur psychiatrique permettent d'assurer la continuité de soins. Deux expériences intéressantes :

- ✦ Les "logements adaptés" en Ile-de-France à l'initiative d'une association médico-sociale "Les Amis de l'Atelier", avec différents bailleurs (Arcades, la SAHlm Les Riantes Cités).

- ✦ Le dispositif Service tutelle d'insertion par le Logement (STIL) à Reims, à l'initiative de l'UDAF de la Marne avec le Foyer Rémois (mis en place en 1999).

Les "logements adaptés" gérés par les **Amis de l'Atelier** accueillent des personnes handicapées psychiques, célibataires des deux sexes, aptes à une activité professionnelle. Ces personnes sont locataires de studios indépendants permettant une vie autonome, dans des ensembles immobiliers accueillant un public diversifié. Les studios sont à proximité les uns des autres pour créer une première solidarité entre les personnes concernées par le dispositif. Une pièce collective dans le même immeuble est équipée pour l'action éducative (repas du soir pris en commun, apprentissages collectifs concernant la cuisine, l'entretien du logement, etc.). L'accompagnement vise à aider les locataires à gérer leur budget, à faire leurs courses, à faire face à des événements susceptibles de leur procurer de l'insécurité. Il est financé par le Conseil général.

Le dispositif STIL (Service tutelle d'insertion par le logement) à **Reims** a pour objectif principal de permettre le logement et l'alimentation correcte de personnes sous tutelle. Les personnes logées sont des isolés, relativement autonomes dans leur vie quotidienne, ayant besoin d'une stimulation pour favoriser une vie sociale. Le Foyer Rémois a mis à disposition du STIL, d'anciens logements étudiants (43 F1 bis) répartis dans six bâtiments du quartier "Croix Rouge" à Reims et un appartement dit de "regroupement".

L'accès au logement des personnes en processus de soin

L'accompagnement est effectué par des délégués à la tutelle UDAF et des accompagnateurs sociaux présents au quotidien auprès des familles. Ils bénéficient du soutien d'un psychologue. L'accompagnement porte sur l'usage et la propreté du logement, l'aide à la vie quotidienne (repas de midi pris en commun, courses, achats vestimentaires, etc.). Le coût mensuel à charge du résident est de 185 euros pour le service (repas de midi + accompagnement) auxquels s'ajoutent 30 euros de loyer net (après APL).

La réussite de ces deux dispositifs repose essentiellement sur la qualité de l'accompagnement qui conditionne l'intégration dans l'environnement, grâce à une adhésion des personnes concernées. La tutelle apporte une sécurité supplémentaire mais n'est pas toujours indispensable. L'équilibre de ces opérations est précaire au plan du fonctionnement. C'est pourquoi l'UDAF envisage un accroissement de la capacité d'accueil.

La principale question à résoudre est celle du local dédié aux actions d'animation collective. Juridiquement, il peut s'agir d'un logement loué à l'association (art. 442-8 du Code de construction de l'habitat) ou il peut être conçu à l'origine comme un local collectif résidentiel. Ensuite le problème est d'intégrer le montant du loyer et des charges de ce logement dans l'opération : soit il est répercuté dans les services rendus au locataire par l'association, soit le loyer est payé par l'association ou par un tiers (Conseil général, Ville...), soit la formule est celle d'un local collectif résidentiel ou d'une location gratuite à l'association.

Les produits logement spécifiques, notamment les maisons relais

■ Les Maisons-relais

Ce sont des modalités particulières de résidences sociales (la circulaire 2002/595 du 10 décembre 2002 crée le concept). Les maisons-relais sont destinées à l'accueil de personnes en grande difficulté dont la situation sociale et psychologique, voire psychiatrique, rend peu probable à échéance prévisible leur accès à un logement ordinaire. Elles offrent un cadre semi-collectif valorisant la convivialité et l'intégration dans l'environnement social, les locataires des logements restant

indépendants. L'accompagnement social y est quotidien. Les différentes maisons relais existantes doivent faire face à une demande très importante. Il n'y a pas de limitation de durée et elles peuvent être un hébergement définitif si la personne le souhaite. Elles ouvrent droit au bénéfice de l'APL. Pour son fonctionnement, le statut de maison-relais ouvre droit à une ligne dédiée (12 euros par résident et par jour). Les maisons-relais trouvent leur seuil financier d'équilibre autour d'une trentaine de places.

Il y a un débat actuel sur la spécialisation de ces structures — aujourd'hui destinées à des personnes en exclusion — vers des malades psychiques stabilisés. Le principe de mixité soutenu par l'administration peut entraîner, de la part des commissions régionales de validation des projets et des DDASS, un refus de soutenir des initiatives émanant d'associations et visant en majorité des malades psychiques. La circulaire de programmation 2006 prévoit à titre expérimental le financement de structures spécifiques, de type maisons-relais, dédiées à l'accueil de personnes handicapées psychiques disposant d'une autonomie suffisante, et défavorisées au sens du CCH. Les modalités de mise en œuvre de cette expérimentation doivent être définies par un groupe de travail interministériel.

La maison-relais de **Limeil-Brévannes** (maîtrise d'ouvrage OPAC 94 / gestionnaire APSI) est composée de 4 unités de vie, groupant 5 à 7 logements privatifs autonomes (T1 et T2). Ces unités sont organisées autour d'espaces collectifs (un équipement collectif central et des locaux de 10 à 15 m² répartis dans les différentes unités de vie), destinés à l'accueil et à l'animation de proximité. La conception des espaces prend en compte le besoin d'autonomie des personnes et celui d'animation collective. Elle est l'aboutissement d'un travail partenarial important qui a nécessité un temps d'acculturation entre acteurs de l'habitat et du médico-social. La commission d'attribution associe l'OPAC 94, le Centre médico-psychologique et le Centre communal d'action sociale. L'accompagnement est assuré sur site par 2 hôtes. Un accompagnement médical individualisé est assuré par un infirmier psychiatrique en complément des équipes de secteur. Ceci permet d'assurer

le surcroît d'activité dû aux résidents qui ne sont pas originaires des secteurs psychiatriques de référence. L'accompagnement social est inscrit dans le schéma départemental d'action sociale, il est assuré par un service d'accompagnement à la vie sociale.

A Agen, la maison-relais "La résidence de l'Ermitage" est destinée à des personnes ayant des pathologies diverses, parfois psychiatriques, des dépressions, un léger handicap mental, une maladie chronique, telle le Sida, ou encore qui sortent d'hôpital après une longue maladie. Leur point commun est l'isolement. Le projet de la résidence vise à accompagner les personnes dans leurs trajectoires individuelles en articulation avec les services prescripteurs (hôpital psychiatrique, hôpital général, services de tutelle...) et à faire le lien avec le projet collectif de la résidence, élaboré avec l'appui du comité de résidents. Ces missions d'accompagnement et de gestion sont confiées à une association locale "L'Ermitage". La résidence constitue un habitat pérenne pour certains résidents et de transition d'autres. Le cadre bâti a été conçu en fonction de ce projet : bien inséré dans le tissu urbain, il comporte des petits logements meublés et des espaces collectifs.

■ Et pour mémoire les résidences sociales

Conçues pour permettre la réinsertion de personnes en situation d'exclusion, l'hébergement y n'est en principe que temporaire (2 ans maximum). Les personnes souffrant de troubles psychiques peuvent y être accueillies. L'accompagnement social de ces publics est celui assuré par le gestionnaire dans le cadre d'une convention avec l'Etat (absence de travailleurs sociaux dédiés).

Les établissements médico-sociaux, logements-foyers, foyers médicalisés

Les logements-foyers pour handicapés, réservés aux personnes travaillant dans un centre d'aide par le travail (CAT) visent des personnes assez autonomes qui ont le statut de résident et bénéficient de l'APL-foyer. L'investissement est financé par du PLS-foyer. Les bailleurs sont propriétaires, la gestion est assurée par une association.

Un projet récent : le foyer de vie à **Sain-du-Nord** (Partenord et l'association ADEP/UNAFAM).

La circulaire de programmation 2006 a élargi le bénéfice du financement PLS à l'ensemble des établissements sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées ou handicapées, sous réserve qu'il s'agisse de la résidence principale des personnes hébergées, que les règles minimales d'habitabilité soient respectées et qu'une redevance soit acquittée permettant le conventionnement APL et le versement éventuel de cette aide. Le fonctionnement des structures médicalisées est le plus souvent assuré par le Conseil général, complété par un budget soin financé par la CPAM.

Le service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)

(Décret 2005-223 du 11 mars publié au JO du 13 mars 2005 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des SAVS et SAMSAH).

Vocation : les SAVS ont pour vocation de contribuer à la réalisation du projet de vie de personnes adultes handicapées, par un accompagnement adapté favorisant les liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels et facilitant l'accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité. Les SAMSAH, services d'accompagnement médico-social, ont les mêmes objectifs mais comportent des prestations de soin.

Bénéficiaires : des personnes adultes dont les déficiences et incapacités rendent nécessaires, une assistance ou un accompagnement pour tout ou partie des actes essentiels de l'existence, un accompagnement social en milieu ouvert et un apprentissage à l'autonomie. Les SAMSAH touchent des personnes dont la situation nécessite des soins réguliers et coordonnés. Le projet d'accompagnement est élaboré avec la personne handicapée, dans le cadre de son projet de vie.

Modalités de fonctionnement : seuls les services identifiés dans la nomenclature des établissements sanitaires et sociaux sont habilités à mettre en œuvre des mesures de SAVS et de SAMSAH. Les dossiers de demande de création de ces services sont instruits par les conseils généraux et font l'objet d'un passage en CROSS. L'autorisation d'ouverture est donnée par le Conseil général et la DDASS. La structure a trois ans pour mettre en place le projet.

Financement : les SAVS et les SAMSAH entrent dans la catégorie de services et établissements donnant droit à l'aide sociale, précisée dans l'article L312-1 du code de l'action sociale et de familles et à ce titre, ils sont financés par le Conseil général.

Bibliographie

■ Rapports officiels et groupes de travail

- ✧ Lazarus – H. Strohl, “Une souffrance de que l’on ne peut plus cacher”, rapport du groupe de travail DIV, DIRMI, DASS, DGS, 1995.
- ✧ E. Piel – J.L. Roelandt, “De la psychiatrie vers la santé mentale”, rapport au Ministère de l’emploi et de la solidarité et au Ministère de la santé, 2001.
- ✧ Ph. J. Parquet (sous la dir.), “Souffrance psychique et exclusion sociale”, rapport au Secrétariat d’Etat à la lutte contre la précarité et l’exclusion, 2003.
- ✧ “La démocratie sanitaire dans le champ de la santé mentale”, Rapport du docteur Roelandt, 2002.

■ Publications en santé mentale et logement

- ✧ “Santé mentale et logement, sujets sensibles”, synthèse des journées d’échanges 2003/2004, H. Joseph, URBA FAPIL, Pierre Mercier Habitat et Humanisme, Mario Mella Edition, 2005.
- ✧ “Fragilités psychologiques et troubles de la vie sociale - rôle des institutions, pratiques des professionnels”. Recherche-action sur Rennes Métropole, Jean-Yves BROUDIC, APRAS 2003/2004.
- ✧ “La santé mentale à Nantes, guide destiné aux agents accueillant les usagers des services publics”, Ville de Nantes, avec la participation du CHU de Nantes, de Nantes Habitat, des centres hospitaliers spécialisés de Blain et de Montbert, de l’association d’insertion solidarité logement et de l’Office central d’hygiène sociale, dernière édition juin 2004.
- ✧ “Trajectoires brisées, familles captives”, enquête UNAFAM/INSERM/EHESS, présentée par M. Bungener, 2004 QUAM Conseil, “Santé mentale et logement : dispositifs / bibliographie générale”, rapport à la Mission habitat du Grand Lyon, 2003.
- ✧ “Le logement et l’hébergement des personnes en difficulté psychique”, Economie & Humanisme, 1994.
- ✧ “Les élus locaux face à la souffrance psycho-sociale : de la sollicitude au politique”- Séminaire DIV/ONSMP-ORSPERE – Les éditions de la Div, novembre 2005.
- ✧ “La santé mentale en actes : de la clinique au politique”. Sous la direction de Jean Furtos et Christian Laval - Edition Eres, novembre 2005.

■ Revues

- ✧ Rhyzome, la revue de l’ORSPERE, téléchargeable sur www.ch-le-vinatier.fr/orspere, en particulier le numéro de décembre 1996 sur la souffrance psychique et l’article de Jean Furtos “Habiter” du numéro de décembre 2001.
- ✧ Etudes et Résultats (E&R) et Etudes et Statistiques, deux publications de la DRESS (Direction de la recherche, des études, de l’évaluation et des statistiques, commune au Ministère de l’emploi, du travail et de la cohésion sociale et au Ministère des solidarités, de la santé et de la famille), publications à télécharger à partir du site www.santé.gouv.fr/htm/publication.
- ✧ Actualités sociales hebdomadaires (ASH).

■ Textes juridiques

- ✧ Loi n°90-527 du 27 juin 1990, relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d’hospitalisation.
- ✧ Circulaire n° 736 du 17 décembre 1998, relative à la mission de lutte contre l’exclusion et l’accès aux soins des personnes les plus démunies.
- ✧ Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l’action sociale et médico-sociale, qui réforme la Loi du 30 juin 1975.
- ✧ Loi du 5 février 2005, relative à l’égalité des droits et des chances, la citoyenneté et la participation des personnes handicapées.
- ✧ Décret n°2005-223 du 11 mars 2005, relatif aux conditions d’organisation et de fonctionnement des services d’accompagnement à la vie sociale et des services d’accompagnement médico-social pour adultes handicapés.

■ Ouvrages en psychiatrie / société

- ✧ “Asiles” Erving Goffman, Ed. de Minuit, 1968.
- ✧ “Histoire de la folie” Michel Foucault, Ed. Gallimard, 1972.
- ✧ “Essai d’ethnopsychiatrie générale” Georges Devereux, Ed. Gallimard, 1966 réédité 2000.
- ✧ “L’ordre Psychiatrique” Robert Castel, Ed. de Minuit, 1976.
- ✧ “La fatigue d’être soi”, Alain Ehrenberg, Odile Jacob, 1999, poche 2000.

Liste complète des parutions

Près de 100 titres déjà parus. Certains sont épuisés ; les autres peuvent être commandés (différents tarifs*) auprès de la direction des Activités promotionnelles – Éditions de l'Union sociale pour l'habitat - 14, rue Lord-Byron - 75384 Paris Cedex 08 - Tél. 01 40 75 52 63 - Mél : genevieve.decaluwe@union-habitat.org

Les Cahiers

- 1 Scoring : mieux apprécier le risque prêteur - février 1989 - **Épuisé**
- 2 Stratégies et solidarités partenariales - mars 1989 - **Épuisé**
- 3 Le métier de constructeur de maisons individuelles - septembre 1989 - **Épuisé**
- 4 Les orientations de la politique sociale de l'habitat - novembre 1989 - **Épuisé**
- 5 Personnes âgées : adapter le patrimoine existant - janvier 1990
- 6 Les régies de quartier, agir sur la cité - juin 1990
- 7 Première approche de faisabilité opérationnelle d'un terrain - décembre 1990
- 8 L'évolution des emplois et des compétences dans le mouvement Hlm - avril 1991
- 9 Les maîtres d'ouvrage et le plan de patrimoine (premier bilan) - mai 1991
- 10 Habitants en mouvement : une interrogation sur le métier de bailleur - juin 1991
- 11 La vente debout des prêts des sociétés de Crédit Immobilier - juillet 1991
- 12 Loi Neiertz et prêteurs Hlm : comment agir ? - novembre 1991
- 13 Tag/Traitement anti-graffiti - novembre 1991
- 14 Un guide pour la qualité - novembre 1992
- 15 Référentiel des emplois de la fonction sociale dans les organismes Hlm - avril 1993
- 16 Référentiel des métiers de gardien - septembre 1993 - **Épuisé**
- 17 L'actualité juridique commentée d'un congrès à l'autre - octobre 1993
- 18 Cadre de CCAP applicables aux marchés de construction neuve sociétés privées Hlm - Réédité n°66
- 19 Cadre de CCAP applicables aux marchés de réhabilitation Sté privées Hlm - Réédité n° 66
- 20 Cadre de RPAO pour les sociétés privées Hlm - novembre 1993
- 21 Politiques territoriales : démarches inter-organismes - mars 1994
- 22 Contrats type : entretien des espaces verts - mai 1994 - **Épuisé**
- 23 Contrats type : entretien de la robinetterie et économie d'eau - mai 1994 - **Épuisé**
- 24 Contrats type : entretien extincteurs mobiles - mai 1994 - **Épuisé**
- 25 Contrats type : exploitation chauffage - mai 1994 - **Épuisé**
- 26 Cadre de contrats de maîtrise d'œuvre : acte d'engagement, CCA, CCT (loi MOP) - juin 1994 - **Épuisé**
- 27 L'actualité juridique commentée d'un congrès à l'autre et supplément "Loi sur l'habitat" - septembre 1994
- 28 La gestion des ressources humaines dans les organismes Hlm (offices et SA) - novembre 1994
- 29 Politique et pratiques d'attribution - février 1995 - **Épuisé**
- 30 Les organismes d'Hlm dans les programmes locaux de l'habitat - avril 1995
- 31 Modes de gestion décentralisée des organismes Hlm - juin 1995
- 32 Le responsable d'agence de gestion - juin 1995 - **Épuisé**
- 33 Les résidences sociales, circulaire n° 95-33 du 19 avril 1995 - juin 1995
- 34 Mémento des procédures civiles d'exécution - septembre 1995 - **Épuisé**
- 35 Améliorer la sécurité technique en logement locatif - septembre 1995 - **Épuisé**
- 36 Contrat-type mission(s) de coordination, sécurité et protection de la santé - octobre 1995
- 37 L'actualité juridique commentée d'un congrès à l'autre - octobre 1995
- 38 L'économie des services de proximité. Actes de la journée d'étude du 12 avril 1995 - décembre 1995
- 39 Hlm et sécurité dans les quartiers d'habitat social - décembre 1995 - **Épuisé**

Liste complète des parutions

- 40 Quartiers et mixité sociale - juin 1996 - **Épuisé**
- 41 Définir des orientations d'attributions : outils et méthodes - juin 1996
- 42 L'actualité juridique commentée d'un congrès à l'autre 1995-1996 - juillet 1996
- 43 Hlm et services de proximité - octobre 1996
- 44 Les projets stratégiques pour les organismes Hlm - décembre 1996
- 45 Le traitement des impayés et les dispositifs de rachat en locatif - avril 1997 - **Épuisé**
- 46 Accompagnement lié au logement et fonction sociale des organismes Hlm - août 1997
- 47 L'actualité juridique commentée d'un congrès à l'autre 1996-1997 - août 1997
- 48 Référentiel des emplois de la maîtrise d'ouvrage : évolution de la fonction - octobre 1997
- 49 Permanences et changements aux Hlm. L'évolution historique des missions - octobre 1997
- 50 Gestion de l'eau. Méthodes d'analyse et propositions d'actions - novembre 1997 - **Épuisé**
- 51 Référentiel de communication avec les habitants, à l'usage des organismes Hlm - août 1998
- 52 Pratiques Hlm de gardiennage et de surveillance - septembre 1998
- 53 Missions et fonctions de prévention-sécurité - septembre 1998
- 54 Références pour la maîtrise des charges locatives - décembre 1998 - **Épuisé**
- 55 MULO-méthode unifiée pour le logement optimisé - juin 1999 - **Épuisé**
- 56 Hlm et contrat de ville 2000/2006 - août 1999 - **Épuisé**
- 57 Contrat-type : nettoyage - septembre 1999
- 58 Contrat-type des portiers d'entrée d'immeuble - octobre 1999
- 59 Recommandation sur l'application de la loi contre l'exclusion - novembre 1999 - **Épuisé**
- 60 Les troubles de voisinage - États des lieux et pratiques Hlm - mars 2000
- 61 Hlm et gestion urbaine de proximité dans les contrats de ville - mars 2000 - **Épuisé**
- 62 Contrat-type : entretien des chauffe-eau, chauffe-bains et chaudières murales à gaz - septembre 2000
- 63 Loi relative à la solidarité et au renouvellement urbain du 13 décembre 2000 - janvier 2001- **Épuisé**
- 64 Les organismes Hlm et la communication Internet / Intranet - mars 2001
- 65 Hlm et Gestion urbaine de proximité - améliorer la vie quotidienne des habitants - juin 2001
- 66 Cadre de CCAP applicables aux marchés passés par les Stés privées d'Hlm - juin 2001
- 67 Mise en place d'un plan d'entretien, éléments de réflexion et d'orientation - juillet 2001
- 68 Les choix sur le patrimoine, méthode d'investissement et de gestion - juillet 2001 - **Épuisé**
- 69 Le Qualimo - Management de processus de réalisation opérationnel en locatif - octobre 2001
- 70 Hlm et agglomération - octobre 2001
- 71 Cadre de contrat pour les missions de contrôle technique - décembre 2001
- 72 MULO en acquisition-amélioration - juin 2002
- 73 La gestion du risque lié aux légionelles dans l'habitat - juillet 2002
- 74 Faisabilité commerciale et foncière en acquisition-amélioration - septembre 2002
- 75 Installation d'équipements d'émission et de réception de réseaux de télécommunications - novembre 2002
- 76 Les déchets de chantier - décembre 2002
- 77 Parc privé existant ou ancien : Pourquoi et comment intervenir - mars 2003
- 78 Le recours aux sociétés privées de prévention et de sécurité - cahier des charges-type - septembre 2003
- 79 Les constats amiante - Cadre général et contrats-type de mission de repérage - septembre 2003
- 80 Villes et quartiers - Les chartes de voisinage - décembre 2003
- 81 La communication, vecteur de la qualité - février 2004
- 82 Logements-foyers pour personnes âgées : la relation propriétaire gestionnaire - mars 2004
- 83 Guide de l'enquête de satisfaction : perception de la qualité du service rendu dans l'habitat social - mars 2004
- 84 Les cessions en bloc de patrimoine locatif social : un outil d'aide à la décision - mai 2004
- 85 Guide pratique et déontologique de recours à la vidéosurveillance par les bailleurs sociaux - juillet 2004

- 86 Les “mondes sociaux” des organismes du logement social - octobre 2004
- 87 Gestion de proximité : évolutions et tendances - octobre 2004
- 88 Dématérialisation des procédures d'appel d'offres - novembre 2004
- 89 Les pratiques d'achat en logement social : mise en œuvre du code 2004 des marchés publics - janvier 2005
- 90 Contrat-type de coordination de la sécurité et de la protection de la santé - janvier 2005
- 91 Les organismes Hlm et le mandat de gestion d'immeubles : proposition de convention - février 2005
- 92 Les logements-foyers pour personnes âgées dans la stratégie patrimoniale - février 2005
- 93 La technologie du télérelevage appliquée à la gestion de l'eau en habitat collectif - avril 2005
- 94 Gestion d'un immeuble voué à la démolition : préparer et accompagner le projet - juin 2005
- 95 L'entretien de la ventilation mécanique contrôlée sanitaire - juillet 2005
- 96 Aide à la mise en place d'un contrat d'entretien et de réparations des ascenseurs - septembre 2005
- 97 Prendre en compte la gestion et les usages dans les projets de renouvellement urbain - septembre 2005
- 98 Prendre en compte le vieillissement et le handicap dans les interventions sur le patrimoine - septembre 2005
- 99 Relogement et rénovation urbaine - novembre 2005
- 100 Le PLH : enjeux pour l'habitat social et rôle des organismes Hlm - novembre 2005
- 101 La délégation des aides à la pierre, outil de la mise en œuvre des politiques locales de l'habitat - décembre 2005
- 102 Aide à l'entretien des aires de jeu - février 2006

Les Guides

- Le guide de l'aménagement et de la réduction du temps de travail dans les organismes - mars 1999
- Le guide de la fonction médiation dans les organismes Hlm - février 2000
- Le guide de la fiscalité Hlm - Tome 3 - accession à la propriété, régime des travaux - mai 2000
- Le guide des études de marché - un outil d'aide à la décision de développement d'une offre locative sociale - février 2001
- Le guide de la gestion prévisionnelle des ressources humaines : repères pour l'action - novembre 2001
- Le guide du recrutement des personnels de terrain : agents de proximité, gardiens d'immeuble - novembre 2001
- Élaborer des procédures de gestion de la demande et d'attribution de logements - Version actualisée au 1^{er} janvier 2002 - février 2002
- Le guide des logements-foyers pour personnes âgées. Quelles adaptations, pour quel avenir? - mars 2002
- Le guide de la fiscalité Hlm - Tome 4 - Les impositions liées à la détention et la location d'un immeuble - mars 2002
- Le rôle des organismes de logement social dans les PLH - mars 2003
- Guide des observatoires de l'habitat : la participation des organismes de logement social - mars 2003
- Guide évaluation des contrats de ville - juin 2003

* Tarifs des Guides, prix unitaire TTC franco

Guides 1995 à 2000 : 22,87 €

Guides 2001 : 24,39 € - 2002 : 25 € - 2003 : 26 €

* Tarifs des Cahiers, prix unitaire TTC franco

Du n° 5 au n° 50 : 15,09 €

Du n° 51 au n° 62 : 16,01 €

Du n° 63 au n° 71 : 16,77 €

Du n° 72 au n° 76 : 17 €

Du n° 77 au n° 80 : 17,50 €

A partir du n° 81 : 20 € A partir du n° 81 : 20 €