



Parcours de soins/Parcours résidentiels des personnes en précarité

Paris, 29 janvier 2016

Actes de la journée partenariale Fapil



Fédération
des Associations
et des Acteurs
pour la Promotion
et l'Insertion par
le Logement

Sommaire

Éditorial

Table ronde

- Secteurs de l'insertion par le logement et de la santé : comment mieux se coordonner ?

Ateliers

- Habitat indigne : Repérer les situations et accompagner les personnes
- Publics en précarité et vieillissement : quels outils disponibles pour l'adaptation du logement ?

Deux initiatives associatives

Conférence

- Parcours de soins/Parcours résidentiels : quels effets et quels enjeux pour les personnes et leur environnement ?

ÉDITO

Les adhérents de la Fapil travaillent pour des personnes en situation d'exclusion afin de leur permettre l'accès à un habitat digne et adapté à leurs besoins et gèrent aujourd'hui plus de 31 000 logements, sous différents statuts. Les problématiques de santé sont fréquentes parmi les personnes qu'ils accueillent, accompagnent et logent : effets de l'absence de chez soi sur la bonne santé des personnes, maladies chroniques, addictions, troubles psychiques, perte d'autonomie... Prévention et promotion de la santé et du bien-être sont autant de thèmes périodiquement évoqués et abordés par les équipes sociales et de gestion.

Devant ce constat, la Fapil a souhaité organiser pour la deuxième année consécutive une journée partenariale pour promouvoir les coopérations mises en œuvre sur le terrain et favoriser les échanges entre secteurs professionnels. Cette année, ce temps fort était consacré aux liens entre les parcours de soins et les parcours résidentiels des personnes en situation de précarité. Une centaine de professionnels, issus de différents champs, se sont ainsi réunis le 29 janvier 2016 pour confronter leurs pratiques et enrichir leurs connaissances.

La Fapil est convaincue que l'accès à un logement autonome est constitutif du bien-être de chacun. La nécessité d'une prise en charge coordonnée et partagée avec les acteurs du sanitaire reste donc un enjeu à renforcer pour les associations de l'insertion par le logement. Des initiatives alliant les deux secteurs existent déjà. En effet, pour apporter des réponses propres à ces situations, plusieurs d'entre-elles se sont engagées en lien avec les partenaires de la santé dans des projets spécifiques qu'ils touchent à des modes d'intervention ou à la création d'offres adaptées.

C'est en nous appuyant sur ces expériences existantes que nous avons cherché à contribuer à ce décloisonnement.

À travers ces actes, nous souhaitons ainsi restituer la richesse des interventions et des discussions qui ont émaillé les différents moments de la journée. ■

Thierry Debrand
Président de la Fapil

Table ronde

Secteurs de l'insertion par le logement et de la santé : comment mieux se coordonner ?

Séquence animée par Marie Gaffet, Chef de projet logement à la DIHAL.

- **Christine Charnay-Heitzler** – cheffe de projet développement – Pact 13
- **Franck Lescroël** – coordinateur de l'atelier santé ville santé mentale au sein du GIP Politique de la ville de Marseille
- **Nathalie Molas-Gali** – responsable de la prévention à la délégation territoriale des Bouches-du-Rhône de l'agence régionale de santé
- **Nassira Abbas** – directrice de l'action sociale et contentieuse à Plaine Commune Habitat
- **Stéphane Jung** – coordinateur du conseil local de santé mentale de la ville de Saint-Denis
- **Agnès Malet-Longcôté** – conseillère médicale au pôle santé publique de l'agence régionale de santé d'Île-de-France, chargée notamment des politiques contractuelles territoriales
- **Marie-Anne Mazoyer** – co-pilote de l'atelier santé ville santé précarité, à la direction de la santé de la ville de Saint-Denis



Pour ouvrir cette journée dédiée au lien entre les parcours de soins et les parcours résidentiels, nous avons souhaité rendre compte des dynamiques partenariales possibles à travers les actions mises en œuvre sur deux territoires : Marseille et Saint-Denis. C'est à travers le réel des coopérations et des difficultés de terrain, qu'il nous semblait pertinent d'aborder la question du travail en inter-réseaux pour l'accompagnement des ménages en situation complexe.

“

Si les acteurs de l'Habitat et de l'Urbanisme sont sensibles à la problématique de la santé, nous avons encore beaucoup d'efforts à faire pour réunir les professionnels, les acteurs et les habitants sur ces dimensions parce qu'elles restent encore très cloisonnées.

Agnès Malet-Longcôte

”

Des territoires aux traits communs

Si la région capitale est l'une des plus riches de France, le département de la Seine-Saint-Denis est caractérisé par des indicateurs sociaux et de santé particulièrement préoccupants et par une forte disparité entre l'Ouest et l'Est. De même, quel que soit le champ observé en matière de développement humain, les Bouches-du-Rhône et plus particulièrement Marseille sont également empreints d'une très forte précarité de leur population. Néanmoins, ces difficultés semblent avoir été propices au déploiement précoce de coopérations entre acteurs du territoire, notamment en matière de santé. En témoignent les nombreux plans programmatiques et outils mis en place sur ces deux départements : la Seine-Saint-Denis compte 25 ateliers santé ville, 10 contrats locaux de santé signés (d'autres en cours) et 10 conseils locaux de santé mentale ; on dénombre 12 ateliers santé ville, 2 contrats locaux de santé et 2 conseils locaux de santé mentale dans les Bouches-du-Rhône.

Les ateliers santé ville (ASV) sont créés en 1999 par le comité interministériel de la Ville. Ils s'inscrivent dans la loi relative à la lutte contre les exclusions puis dans la loi de

santé publique d'août 2004. À la croisée des politiques de la ville et de celles de santé, les ASV combinent approche globale de la santé et ancrage local afin de réduire les inégalités territoriales de santé. En rapprochant les acteurs, ils visent à leur interconnaissance et leur décloisonnement. Outils de mise en œuvre opérationnelle du volet santé de la politique de la ville, les ASV sont aujourd'hui déclinés via les contrats locaux de santé (CLS) sur certains territoires. Marseille (en 2010) et Saint-Denis (en 2011) sont parmi les premières villes à signer un CLS.

Mobilisés depuis de nombreuses années sur les questions de santé, ces deux territoires privilégient une démarche transversale qui ambitionne de réunir aussi largement que possible les acteurs locaux (des secteurs sociaux, sanitaire, psychiatrique, de l'habitat, etc.). Cet engagement se traduit par la mise en place d'espaces d'échanges et de projets opérationnels, notamment sur le volet santé mentale et logement.

Des projets, supports de coopération entre secteurs

L'articulation de l'ASV et de l'intermédiation locale à Marseille

L'atelier santé ville de Marseille, créé en 2007, offre un cadre partagé aux acteurs locaux qui bien avant cela travaillaient déjà à des réponses aux problématiques de santé et d'habitat : appartements thérapeutiques, accueils familiaux, maisons relais, services d'accompagnement à la vie sociale, etc. Le premier chantier de l'ASV a été d'objectiver les problématiques de santé mentale et leurs liens avec l'habitat. L'étude commandée a révélé que les besoins en habitat concernaient majoritairement des personnes déjà stabilisées et a rendu possible l'estimation du nombre de places nécessaires (400 places annuelles en logement adapté et 100 places en hébergement spécialisé). Ce travail d'état des lieux a aussi permis de relever qu'au-delà de la problématique d'accès à une offre adaptée des publics en souffrance psychique se posait également celle du maintien. C'est à partir de ces constats partagés par les membres de l'ASV (ville de Marseille, agence régionale de santé, préfecture, Politique de la ville, associations, acteurs du sanitaire) qu'ont pu se mettre en place des actions en faveur de l'accès et du maintien dans le logement de ces publics.



L'ASV ce n'est pas un coordinateur mais des institutions (la ville de Marseille, l'agence régionale de santé, la préfecture, la Politique de la ville) qui décident ensemble de construire une politique commune sur les questions de santé à l'échelle d'un territoire précis.

Franck Lescroël





« Un chez soi d'abord » prouve que les personnes en souffrance psychique, pour peu qu'elles soient accompagnées de manière soutenue et personnalisée, se maintiennent en logement et arrivent à faire de belles choses.

Christine Charnay-Heitzler



Chargé de la réalisation du diagnostic précité, le Pact 13 est un bailleur associatif engagé sur les problématiques d'accès et de maintien de personnes aux trajectoires de vie plus ou moins chaotiques. L'organisme a développé des réponses en matière de logement des publics en souffrance psychique ainsi que des compétences spécifiques: développement de l'intermédiation locative, « baux de sauvegarde » pour le maintien des ménages à leur domicile; expérimentation « Un chez soi d'abord ». Ces projets reposent sur un accompagnement social global, soutenu et personnalisé, réalisé en lien avec les partenaires et plus particulièrement les centres médico-psychologiques (CMP). L'association rencontre les ménages dès qu'ils sont orientés pour co-construire leur projet logement au plus tôt et pouvoir leur proposer un « produit logement » correspondant à leur demande. Le défi est que ces personnes se sentent bien dans leur logement et puissent avoir une vie sociale et professionnelle.

Fruits d'un long processus associant les acteurs locaux, ces initiatives peinent à s'étendre à tous les territoires, notamment ruraux faute de financements, de partenaires ad hoc et d'une volonté politique forte d'agir auprès de ces populations isolées.

L'expérimentation pour l'accès et le maintien dans l'habitat au sein du conseil local de santé mentale à Saint-Denis



Nous avons des locataires soumis à une psychose permanente compte tenu de l'absence de réponses et l'isolement face à des agressions.

Nassira Abbas



Les membres de l'ASV Saint-Denis ont choisi de l'axer sur la « Santé/Précarité » pour travailler sur le non-recours aux soins, thématique jugée prioritaire par les acteurs du territoire (ville, hôpital, associations, assistants sociaux de secteur, etc.). L'ASV s'est attelé à dégager les causes du renoncement aux soins: droits non ouverts notamment du fait de l'absence d'adresse fixe (problématique de la domiciliation), besoin d'aide dans l'accès à ces droits (explication et accompagnement dans les démarches), méconnaissance du système de soins se traduisant notamment par un recours automatique à l'hôpital (création d'une permanence d'accès aux soins de santé ambulatoire en plus de celle hospitalière). La question de la santé mentale occupe également une place importante dans les réunions de l'ASV et ce à différents niveaux: le soutien des personnes en souffrance psychosociale qui ne relèvent pas de la psychiatrie; le manque de coordination entre les acteurs sociaux et ceux de la santé mentale. Ces précoc-

cupations sont reprises par le conseil local de santé mentale à sa création courant 2013.

Le conseil local de santé mentale de Saint-Denis est une étape de ce long processus d'élaboration commune des actions en matière de santé et de précarité. La particularité et l'essence de cette nouvelle instance sont d'associer les usagers et les élus aux travaux : les premiers affinent les diagnostics posés par les acteurs, les seconds ont un pouvoir de convocation qui facilite la réunion d'acteurs très divers. Parce qu'aucun professionnel ne peut s'en proclamer l'« expert » et qu'elle touche tous les domaines, la question des précarités (économique, sociale, familiale, psychique) requiert une approche qui s'affranchit des réponses institutionnelles en silos. Soutenue par la DIHAL, l'expérimentation conduite avec Plaine Commune Habitat est une proposition de réponse aux situations complexes. Elle résulte de la rencontre de plusieurs demandes : celle du bailleur, démuné face à la souffrance psychique de certains locataires ; celui des usagers de la psychiatrie et de leur famille qui ne trouvent pas de réponses adaptées à leur parcours fait d'allers-retours entre institution et milieu ordinaire ; celui du secteur de la santé mentale enfin dont de nombreux patients stabilisés butent dans leur rétablissement sur cette problématique d'accès au logement. Pour traiter collectivement ces deux volets « accès » et « maintien » une plateforme de coordination a été mise en place. Elle réunit les deux centres médico-psychologiques, une équipe mobile psychiatrie précarité et les services sociaux et est pilotée par le bailleur. L'accès au logement des personnes en souffrances psychiques est réalisé via un bail glissant avec un accompagnement pluridisciplinaire qui se poursuit même après le glissement du bail. L'action visant le maintien des locataires de Plaine Commune Habitat à leur domicile consiste à aller vers les personnes et à les accompagner vers une reprise de contact avec les relais locaux (CMP, hôpital, associations d'insertion, etc.) afin qu'elles recréent progressivement du lien social.

Quel que soit le territoire (Marseille ou Saint-Denis), plusieurs préalables sont indispensables pour que des constats soient partagés et pour décloisonner les pratiques : apprendre à se connaître, comprendre les contraintes organisationnelles et institutionnelles de chacun, leurs valeurs, leurs modes d'intervention, établir collectivement l'objectif. Ce rapprochement des points de vue, cette confrontation des métiers jusque dans le détail des pratiques à travers des projets communs sont les clés d'une collaboration pertinente et efficiente au service des personnes. Si ce travail porte ces fruits,



Quand on est face à des situations non seulement d'une grande complexité mais souvent graves et bien il y a nécessité à se mobiliser et à répondre collectivement.

Stéphane Jung



aujourd'hui encore, certaines situations complexes restent bloquées et nécessitent de poursuivre ces expérimentations et réflexions collectives pour parvenir à des solutions.

Les échanges qui ont suivi les interventions ont permis d'aborder :

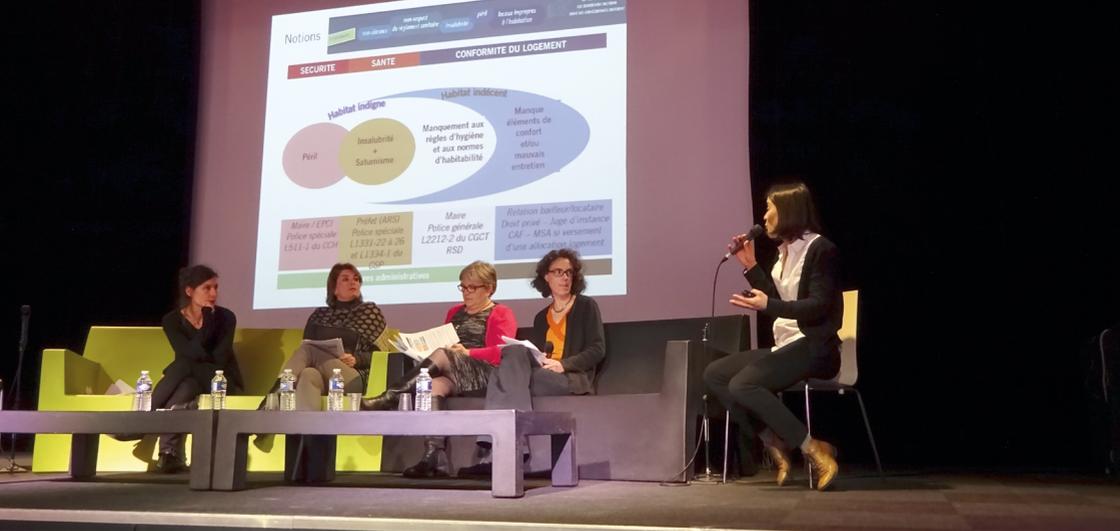
- les actions d'auto-réhabilitation, outils intéressants pour remobiliser les personnes, pour travailler sur l'estime de soi et le développement des compétences psychosociales tout en facilitant la médiation avec les bailleurs ;
- le travail avec le secteur libéral (médecins mais aussi infirmiers et kinésithérapeutes) souvent difficile par manque de temps de ces professionnels, par la peur que suscitent les personnes en grande précarité chez les soignants et leur patientèle et par un manque de ressources sur certains territoires (déserts médicaux). Le lien avec ces acteurs peut néanmoins se faire avec des professionnels désireux de s'engager ou via les réseaux d'évaluation des situations d'adultes en difficulté (RESAD). Il s'agit de réunions lors desquelles sont présentées des situations très complexes qui rassemblent les professionnels intervenants auprès de la personne pour y apporter des solutions ;
- l'intérêt des équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) qui vont vers les personnes et l'importance de les développer et de leur allouer plus de moyens. ■

Atelier 1

Habitat indigne : Repérer les situations et accompagner les personnes

- **Marielle Schmitt** – ingénieure du génie sanitaire, service santé environnement Rhône, ARS Auvergne-Rhône-Alpes
- **Catherine Rousseau** – ingénieure d'études sanitaires, service environnement et santé, ARS Auvergne-Rhône-Alpes
- **Laure Priat** – chargée de mission logement/insertion à la CAF du Rhône
- **Fanny Delas** – chargée de mission à l'ALPIL

Il y a de nombreux facteurs de risques dans l'habitat qui peuvent avoir des répercussions sur la santé physique comme psychique des occupants : problèmes liés au bâti (isolation, absence de fenêtre, etc.), aux équipements (électricité, chauffage, plomberie) ou à l'environnement (bruit notamment). Tous ces désordres dans l'habitat sont aussi un facteur d'isolement social en sachant que ce dernier est un déterminant de la santé.



Indécence/ Insalubrité : bien définir les notions

Il existe différentes notions juridiques en fonction des situations et de la nature des désordres qui entraînent plusieurs modalités d'intervention et mobilisent des acteurs différents. Les situations peuvent se regrouper en 2 grands ensembles :

1. Les logements ne présentent pas à proprement parler de risques manifestes pour la santé ou la sécurité des occupants

La non-conformité aux règles de décence : ces situations relèvent du litige privé et doivent se résoudre entre le bailleur et le locataire (possibilité de saisir la commission départementale de conciliation ou le juge d'instance si difficulté de règlement à l'amiable) ;

La non-conformité aux règles d'hygiène, définies dans le règlement sanitaire départemental : c'est au maire de constater le manquement et de mettre en demeure le propriétaire de faire les travaux nécessaires.

2. Les logements ont des désordres affectant la santé ou la sécurité des occupants

L'insalubrité : les procédures coercitives à mettre en place, définies dans le code de la santé publique, sont de la responsabilité du préfet et de l'ARS ;

Le péril (risques importants liés à la solidité du bâti) ou **les locaux impropres à l'habitation** : la procédure relève de la compétence du maire ou de l'EPCI.

Donc ce que l'on appelle « habitat indigne » ce sont à la fois les situations qui relèvent du péril, de l'insalubrité, du

risque d'exposition au plomb et des manquements aux règles d'hygiène. L'habitat « indécent » englobe toutes les situations.

Les acteurs de la lutte contre l'habitat indécent ou indigne

Les actions engagées nécessitent l'intervention en partenariat de nombreux acteurs :

- **sur le volet procédural et coercitif** : l'État (service de la préfecture), l'agence régionale de santé et les villes (via leurs polices générale et spéciale) ;
- **sur le volet financier** : agence nationale de l'habitat (ANAH) et collectivités territoriales qui vont à la fois financer des dispositifs opérationnels pour résorber les situations et distribuer des aides incitatives pour réaliser les travaux ;
- **sur le volet juridique** : l'association départementale d'information sur le logement (ADIL) pour la partie conseil aux locataires et aux propriétaires, la justice pour l'action contentieuse le cas échéant ;
- **sur le volet social** : les acteurs associatifs et les organismes payant l'aide au logement (CAF et MSA).

Étape 1 : le repérage des situations

Quatre canaux pour détecter les situations :

1. signalement réalisé par le locataire (au sein de lieux d'accueil et d'information sur les questions relatives au logement) ou l'allocataire (au sein des antennes de la CAF ou de la MSA) ;
2. signalement réalisé par un partenaire (services de la mairie, services sociaux, associations, services départementaux ou préfectoraux, etc.) ;
3. lors d'actions de sensibilisation proposées par les acteurs (CAF, associations, etc.) et destinées à un public le plus large possible ;
4. dans le cadre de démarches proactives des acteurs : fiches d'autodiagnostic adressées aux bénéficiaires d'aides au logement par la CAF du Rhône, porte-à-porte réalisé par l'opérateur dans le cadre d'un dispositif (MOUS ; PIG).

La fiche d'autodiagnostic proposée par la CAF du Rhône

Cette grille a été réalisée de façon à ce que le locataire puisse, par une simple croix, se positionner dans un pré-repérage des désordres. Élaborée à partir du décret décence de 2002, elle dresse une liste de questions sur des éléments facilement identifiables : est-ce que cela disjoncte lorsque vous branchez plusieurs appareils électriques ? Est-ce que votre logement dispose d'une ventilation ? Est-ce que vos toilettes donnent directement sur la cuisine ? Etc. Ces questionnaires constituent un préalable qui permet à la CAF en cas de suspicion d'indécence de mobiliser des opérateurs pour réaliser le diagnostic technique du logement.

Étape 2 : le diagnostic et l'élaboration d'une stratégie d'intervention

L'agence régionale de santé intervient essentiellement sur les phases de diagnostic et de traitement des situations. La visite technique a pour objectif de décrire et recenser les désordres, d'évaluer les risques pour la santé et d'apprécier l'urgence de la situation afin de définir la procédure coercitive la plus adéquate. Cette visite peut également être opérée par les services d'hygiène et de santé des communes quand elles en sont dotées. Son objet n'est pas d'établir les responsabilités du propriétaire et du locataire quant à l'origine des désordres. C'est pourquoi le propriétaire n'est en général pas convié.

Dans la plupart des cas, ce diagnostic technique est complété par un diagnostic social et juridique réalisé auprès des habitants par un opérateur. Il est nécessaire de combiner ces différentes approches (technique, sociale, juridique) pour obtenir une vision globale des situations et élaborer une stratégie commune (acteurs et ménages) et pertinente. L'opérateur a fréquemment une fonction de pivot entre les différents intervenants en facilitant la circulation de l'information en temps réel.

Étape 3 : le traitement et le suivi des situations

L'intervention de la CAF en cas d'indécence du logement

La loi ALUR introduit la possibilité pour les organismes payant les aides au logement (MSA et CAF) de les consigner en cas d'indécence. Cette nouvelle disposition ne concerne que le parc privé. Pour la mettre en œuvre, la CAF du Rhône a choisi d'exiger une information écrite préalable du locataire à son propriétaire. Si ce dernier ne se manifeste pas dans un délai jugé raisonnable (1 à 2 mois), la CAF saisit un opérateur pour réaliser le diagnostic de la situation. S'il révèle l'indécence du logement, les aides sont consignées par la CAF : le propriétaire ne perçoit plus que le résiduel (loyer + charges – aides au logement) et dispose de 18 mois pour mettre aux normes le logement. Dans ce cadre, le locataire qui s'acquitte du résiduel pendant cette période n'est pas en situation d'impayé de loyers. Durant cette période, la CAF propose une médiation entre les parties. Celle-ci n'est pas toujours évidente dans la mesure où dans 70 % des situations d'indécence rencontrées se retrouvent également en impayé de loyers. Au terme des 18 mois, deux issues sont possibles :

- **les travaux ont été exécutés**, le logement est considéré comme décent : l'organisme payeur procède au rétablissement intégral de l'aide au logement qui a été consignée et verse le rappel au propriétaire ;
- **les travaux sont inachevés**, inexistantes, partiels : mise en place d'une procédure judiciaire avec accompagnement de la famille dans les démarches.

Dans le cadre de l'insalubrité, les aides au logement sont suspendues puisqu'il n'y a plus de paiement du loyer par les habitants en raison de l'arrêté préfectoral ou municipal.

L'intervention de l'agence régionale de santé dans le cadre de logements indignes

L'ARS établit un rapport technique qu'elle transmet aux occupants et au propriétaire pour la phase contradictoire ainsi qu'à l'opérateur le cas échéant. Elle rédige l'arrêté préfectoral qui prévoit les travaux, l'interdiction d'habiter temporaire ou non selon la situation, le relogement définitif sans prescription de travaux dans certains cas. Elle adresse à l'ensemble des partenaires le document : le procureur pour la convo-

cation du propriétaire au commissariat; l'opérateur dans le cadre de l'accompagnement du ménage; la CAF pour la suspension des aides au logement; la collectivité et l'État en cas de défaillance du propriétaire en matière de relogement/hébergement et de réalisation des travaux. Le rôle de l'ARS est de suivre ces prescriptions et de contrôler les travaux réalisés avant de lever l'arrêté. L'ensemble des partenaires qui sont intervenus sur la situation sont informés de la levée.

Le volet social de l'intervention de l'opérateur (ALPIL)

Dans la majorité des cas, les ménages ont recours à ce type d'habitat faute d'accès à une offre décente et accessible. L'accompagnement social proposé par l'ALPIL durant le traitement de la situation, de sa détection jusqu'à sa résolution, s'appuie sur l'accès aux droits et a trait :

- **au droit au bail** : très fréquemment, les baux ne sont pas tout à fait légaux et/ou les propriétaires ont des pratiques abusives ;
- **au droit à un logement décent** : explication des démarches amiables possibles, puis contentieuses ; soutien dans ces démarches souvent difficiles pour des locataires qui se sentent captifs de leur logement et qui n'ont pas les moyens d'assumer financièrement le coût d'une telle procédure ;
- **aux droits inhérents à la procédure administrative engagée** : procédure assortie d'une interdiction d'habiter ; suspension du paiement du loyer ; indemnités de relogement ; etc. ■

Échanges avec la salle

Qu'est-ce que cela va changer pour vous l'intégration dans le décret décence de critères de performance thermique comme prévu dans la loi de transition énergétique ? Avez-vous les moyens de vous en occuper ?

ALPIL : Sur les modalités de mise en œuvre nous aurons certainement pas mal de questions car le sujet est déjà complexe et vaste. Par contre, pour nous cela représente vraiment un levier d'action que l'on attendait pour faire face à des situations pour lesquelles nous n'avons aujourd'hui que très peu de leviers (défaut d'isolation, chauffages peu performants, etc.).

CAF du Rhône : À partir du moment où la précarité énergétique intègre le décret décence, la consignation des aides au logement pourra être activée.

Comment vous positionnez-vous vis-à-vis des propriétaires occupants vivant en habitat insalubre ?

ARS Auvergne-Rhône-Alpes : La première difficulté dans ces situations c'est de les repérer car contrairement aux locataires, les propriétaires ne se plaignent pas. Ils sont plus souvent en diffus, en milieu rural où l'on est plus en difficulté car il s'agit de territoires non couverts par des dispositifs opérationnels traitant de l'habitat indigne de type MOUS ou PIG. On ne peut donc pas faire appel à un opérateur pour réaliser un pré-diagnostic et les maires ont du mal à faire cette pré-qualification. Puis pour le traitement et la prise en charge, nous sommes mal outillés : les procédures coercitives dont nous disposons sont mal adaptées et les mesures incitatives (aides, subventions) pas toujours bien dimensionnées.

Atelier 2

Publics en précarité et vieillissement : quels outils disponibles pour l'adaptation du logement ?

- **Lucie Gardrel et Aurélie Boizard** – ergothérapeutes au pôle adaptation Soliha Est Parisien
- **Christiane Flouquet** – administratrice du groupement de prévention retraite Île-de-France et directrice de l'action sociale de la CNAV Île-de-France
- **Éric Boutouyrie** – chargé de mission autonomie à l'Anah (excusé)

Le maintien au domicile des personnes âgées est un enjeu de premier ordre pour notre société. L'espérance de vie actuelle est supérieure à 82 ans et près de 15 millions de personnes sont âgées de plus de 60 ans. La population très âgée (plus de 85 ans) devrait par ailleurs quadrupler d'ici 2050. Cet enjeu est d'autant plus prégnant dans la mesure où la majorité des français souhaite pouvoir vieillir dans leur domicile et éviter ou retarder le recours aux établissements spécialisés (Ehpad).

Pourtant, le nombre de logements adaptés pour favoriser le maintien à domicile n'est pas à la hauteur des besoins. On dénombre environ 280000 chutes par an entraînant souvent une perte d'autonomie. Dans un rapport publié en 2013, l'Anah et la CNAV évaluaient à seulement 6 % le nombre de



logements adaptés soit un besoin d'environ deux millions de logements. Face à ce manque criant, la connaissance et l'amélioration des financements et des dispositifs existants constituent un véritable enjeu, en particulier pour les personnes disposant de faibles ressources et n'ayant pas les moyens de financer des travaux d'adaptation. Plus d'un million de personnes de plus de 65 ans vivent actuellement sous le seuil de pauvreté dont une grande part de personnes isolées. Pour les associations accompagnant et/ou logeant ces personnes, il est donc primordial de pouvoir mobiliser les outils existants tout en sensibilisant les propriétaires-bailleurs.

Les financements existants pour subventionner des travaux d'adaptation

Les aides de l'Anah

L'adaptation des logements à la perte d'autonomie est un axe prioritaire d'intervention pour l'Anah dont les aides permettent de réhabiliter des logements anciens tout en favorisant le maintien à domicile. Selon l'agence, les deux-tiers des français vieillissent aujourd'hui dans des logements anciens. Face à ce constat, elle subventionne à la fois les propriétaires bailleurs, les propriétaires occupants, les locataires et les syndicats de copropriétaires. L'octroi d'une aide est conditionné à des plafonds de ressources pour lesquels 54 % des propriétaires sont éligibles. Le taux de subvention dépend quant à lui de la nature et des ressources du bénéficiaire :

- pour les propriétaires-occupants et les locataires : la prise en charge représente 35 % du montant des travaux hors-taxes dans la limite de 7 000€ pour les catégories

« modestes ». Pour les catégories « très modestes », la prise en charge représente 50 % du montant total des travaux hors taxes dans la limite de 10 000 € ;

- pour les propriétaires bailleurs : le taux de subvention est de 35 % du montant des travaux dans la limite de 750€ hors-taxes par m².

Les plafonds de ressources sont révisés au premier janvier de chaque année et correspondent aux revenus fiscaux de référence du ménage. Pour bénéficier de l'aide, le ménage devra justifier de sa perte d'autonomie par une évaluation en GIR (Groupe iso-ressource) ou par un justificatif de handicap. Il devra également fournir un document permettant de vérifier l'adéquation du projet à ses besoins réels : rapport d'ergothérapeute, diagnostic autonomie, devis des travaux...

En 2015, 15 781 ménages ont été aidés par l'Anah pour adapter leur logement, soit un montant de 50 millions d'euros. Ces aides profitent principalement aux propriétaires-occupants dont le statut d'occupation est majoritaire parmi les plus de 60 ans. Elles sont orientées vers les publics les plus fragiles puisqu'elles bénéficient à 78 % aux ménages dits « très modestes ».

Les aides de la CNAV

Les caisses d'assurance vieillesse proposent des aides complémentaires à l'Anah afin d'adapter le domicile des personnes vieillissantes.

Pour les gros travaux, le montant des aides varie entre 2500€ et 3500€. Elles permettent de financer des équipements sanitaires adaptés, le changement du revêtement au sol, l'installation d'un chauffage central, l'isolation ou la mise en place de volets roulants motorisés. La CNAV propose également des aides à l'installation d'équipements de prévention : réhausseur de WC, sièges de douche, barres d'appui, balisage lumineux, sonnette adaptée, placards avec portes coulissantes. Cette aide est de 50€ pour l'installation d'un équipement, de 150€ pour deux équipements et 250€ pour plus de deux équipements.

L'octroi de ces aides est conditionné aux plafonds de ressources suivants : 2007€ par mois pour une personne seule et 2946€ par mois pour un couple. Ces plafonds de ressources sont alignés sur ceux de l'Anah depuis le 1^{er} juin 2015 ce qui a permis d'élargir le nombre de ménages éligibles. Pour accorder ces aides et s'assurer de la viabilité des projets

d'adaptation, les caisses d'assurance vieillesse font appel à des opérateurs spécialisés en matière d'habitat. L'association Soliha Est Parisien est l'un de ses opérateurs référents en matière d'adaptation des logements au vieillissement.

Le rôle d'un opérateur associatif dans l'adaptation des logements au vieillissement : les actions de Soliha Est Parisien

L'association Soliha Est Parisien a développé un savoir-faire important sur cet enjeu de l'adaptation de l'habitat à la perte d'autonomie grâce à une équipe pluridisciplinaire (ergothérapeutes, architectes, etc.). Le pôle accessibilité/adaptation a été créé il y a 12 ans et est composé d'ergothérapeutes, d'une conseillère habitat, de chargés d'études et de techniciens. Sa mission est d'améliorer l'accessibilité des espaces extérieurs, d'adapter les logements, de prodiguer des conseils ergonomiques et de former/sensibiliser sur les questions d'adaptation. Il destine son action aussi bien aux propriétaires qu'aux locataires.

Le pôle adaptation propose une assistance à maîtrise d'ouvrage (AMO) se déclinant en différentes formes d'accompagnement :

- **un accompagnement administratif**, réalisé par la conseillère habitat, qui permet de réceptionner les demandes, d'analyser la situation économique du ménage, de coordonner les visites, de gérer les dossiers de demande de financement et de subvention. Cet accompagnement est essentiel pour élaborer un plan de financement viable et assurer le suivi des dossiers auprès des financeurs ;
- **un accompagnement fonctionnel**, réalisé par l'ergothérapeute, qui permet d'évaluer l'état de santé de la personne, d'évaluer les obstacles de l'environnement, de proposer des aides techniques et de mettre en situation les personnes à la fin des travaux. Dans certains cas, cet accompagnement peut donner lieu à des visites complémentaires avec le bailleur ou l'entreprise de travaux ;
- **un accompagnement technique**, réalisé par un technicien, qui permet d'analyser la faisabilité du projet, de rédiger le cahier des charges avec l'ergothérapeute et de vérifier que les travaux prévus dans les devis et les factures correspondent bien au cahier des charges ;

- **un accompagnement plus poussé dans certaines situations**, réalisé avec l'aide d'un travailleur social, qui permet notamment de faciliter l'acceptation des personnes aux aides proposées, de mobiliser des financements complémentaires et d'identifier les freins à la mise en œuvre du projet.

À travers cette activité d'AMO, l'association apporte une véritable plus-value en étant présente du diagnostic jusqu'au suivi post-travaux où elle s'assure également que la personne sache bien utiliser les nouveaux aménagements. Un projet d'adaptation dure généralement six mois en moyenne.

Par rapport aux financeurs (Anah et CNAV), Soliha Est Parisien possède un rôle d'intermédiation essentiel pour conseiller les ménages sur les aides existantes et les aider dans leur demande de financement. Les rapports transmis à l'Anah sont construits en lien avec la personne afin de la sensibiliser à un besoin présent ou futur dont elle n'a pas toujours conscience. L'association remarque d'ailleurs que l'intervention d'un professionnel lui permet de formaliser plus facilement ses besoins que les remarques d'un proche.

Assurer le maintien au domicile et l'autonomie des personnes : un enjeu de sensibilisation et de prévention

En dépit des financements existants, la part des personnes réalisant des travaux d'adaptation pour se maintenir dans leur domicile reste faible. L'évaluation globale réalisée par la CNAV en Île-de-France montre que seulement 15 % des personnes retraitées et identifiées comme occupant un « habitat à risque » ont accepté une aide. Il est particulièrement difficile de convaincre les propriétaires retraités de réaliser des travaux notamment lorsqu'il faut anticiper la perte d'autonomie. Les particuliers comme les professionnels ne sont pas encore dans une logique de prévention. Ce problème étant avant tout sociétal, il nécessite un changement de regard culturel sur le vieillissement.

La mobilisation des outils existants passe également par une meilleure communication. Les bailleurs sociaux, les propriétaires ou les associations connaissent mal les financements existants et ne sont pas suffisamment sensibilisés aux besoins liés au vieillissement. Pour améliorer la visibilité des dispositifs, les caisses de retraite ont notamment créé le site

internet « j'aménage mon logement ». Une expérimentation est également menée auprès des bailleurs sociaux franciliens afin de les inciter à engager des travaux d'adaptation ou de réhabilitation sur leur parc. Sur les 115 bailleurs contactés, deux conventions ont été signées à ce jour et cinq sont en cours de signatures. La CNAV constate par ailleurs un réel problème d'adéquation de l'offre à ces besoins spécifiques au sein du parc social. Les logements sont souvent trop grands pour des personnes qui vivent seules suites à des décohabitations. Les bailleurs ont également tendance à ne pas conserver les petits travaux d'adaptation réalisés au lieu d'essayer de flécher ces logements pour des ménages vieillissants.

Les ateliers « bien chez soi » du PRIF

Conscients de la nécessité de développer des actions de prévention et de sensibilisation, les caisses de retraite d'Île-de-France (CNAV, mutualité sociale agricole, régime social des indépendants) ont créé le groupement de coopération PRIF (Prévention Retraite Île-de-France). Ce groupement a mis en place de nombreux ateliers de prévention afin d'informer et de conseiller les particuliers de plus de 60 ans vivant en Île-de-France. Ces ateliers sont financés par le PRIF et les partenaires locaux et sont donc quasiment gratuits pour les personnes âgées. C'est dans ce cadre que l'Atelier « bien chez soi » a été mis en place en partenariat notamment avec Soliha Est Parisien.

Initialement, les ateliers « bien chez soi » étaient destinés aux bénéficiaires de l'APA (allocation personnalisée d'autonomie) mais le dispositif a été élargi à l'ensemble des retraités. L'objectif est bien de sensibiliser au plus tôt les personnes car les travaux d'adaptation peuvent être longs. Les ateliers sont organisés autour de cinq séances de sensibilisation à l'aménagement du domicile : les gestes et postures, les aides techniques, l'énergie et la sécurité et le projet d'aménagement. Le dernier module concerne l'adaptation des logements en tant que telle. Il s'agit d'informer les personnes sur les différents acteurs locaux intervenant sur ce champ afin qu'ils sachent vers qui se tourner en cas de besoin. L'enjeu est vraiment de prévenir les difficultés. La conseillère habitat est là pour monter les dossiers de demande de financements pour les travaux d'adaptation.

Depuis 2012, 60 ateliers se sont déroulés permettant ainsi l'information de plus de 600 personnes avec un âge moyen de 71 ans. Ils permettent une réelle sensibilisation à l'enjeu

de l'adaptation puisque 64 % des participants envisagent de procéder à des travaux après y avoir assisté contre 47 % avant. Le fait même de venir assister à ces ateliers est déjà un signe de sensibilisation. Parmi les travaux envisagés à la suite des différentes séances : 57 % projettent des travaux dans la salle de bain, 36 % la rénovation des fenêtres et/ou des volets et 32 % la mise aux normes de l'électricité.

Des évolutions législatives récentes importantes

La loi d'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2016 fait du logement un levier majeur des politiques d'autonomies. Elle affirme dans son article 1^{er} que « l'adaptation de la société au vieillissement est un impératif national et une priorité de l'ensemble des politiques publiques de la nation ». La loi intègre le plan national d'adaptation des logements privés et repose sur un objectif ambitieux d'adapter 80000 logements d'ici fin 2017. Pour cela, la loi s'appuie sur l'Anah et la CNAV qui seront associées à une conférence des financeurs. Des dispositions permettent également de mieux informer les personnes concernées et de simplifier les demandes en divisant par deux le temps d'instruction des dossiers. L'article 16 de la loi permet désormais aux locataires en perte d'autonomie ou en situation de handicap de réaliser des travaux d'adaptation à leurs frais sans l'accord explicite du propriétaire. Le propriétaire ne pourra pas exiger la remise en état du logement. Enfin la loi intègre l'adaptation de l'habitat au vieillissement comme un objectif des plans locaux de l'habitat (PLH). ■

Accueil socio sanitaire à destination des personnes âgées isolées vulnérables – AMPIL, (Bouches-du-Rhône)

Depuis 2008, l'AMPIL propose aux personnes âgées isolées immigrées un lieu unique d'accueil, d'information, de sensibilisation et de suivi socio-sanitaire. La spécificité de ce dispositif est de réunir sur un même site les services social et de soins afin d'apporter une réponse globale aux problématiques rencontrées : réouverture de droits, évaluation avec la personne de sa situation, orientation et accompagnement des personnes dans leurs démarches, etc.

Les éléments clés

- Faciliter l'effectivité des droits et le recours aux soins des personnes âgées migrantes, à travers un lieu d'accueil ouvert combinant temps collectifs (atelier, café social) et suivis individuels (entretien ; accompagnement aux rendez-vous médicaux) ;
- Une équipe trilingue qui a développé des pratiques adaptées aux spécificités des immigrés âgés : modalités d'accueil (amplitude horaire, localisation, convivialité), visites au domicile (quel que soit le quartier), un suivi et un accompagnement dans les démarches (traduction, aide à la mobilité) ;
- Un travail nécessairement partenarial qui se heurte à l'insuffisance d'offres adaptées et à un manque de moyens face à l'importance de la demande d'accompagnement physique.

« Axe santé » du Service intégré d'accueil et d'orientation de Seine-Saint-Denis

Le département de la Seine-Saint-Denis est un territoire caractérisé par des indicateurs sociaux et de santé particulièrement préoccupants. Le SIAO doit composer avec une très forte augmentation des demandes depuis sa création et une offre disponible sous-dimensionnée et pas toujours adaptée. Parmi les demandeurs, les personnes ayant besoin de soins sont nombreuses. Pour faire face à ces situations complexes et mieux articuler parcours de soins et parcours résidentiels des personnes, le SIAO du 93 avec l'appui de ses partenaires à développer un « axe santé » qui se décline au travers :

- La Commission Technique de l'Urgence : groupe d'échange et de réflexion entre professionnels du social, du médical et du médico-social sur des situations complexes pour lesquelles une approche croisée est indispensable ;
- Une action spécifique d'orientation des femmes enceintes enregistrées au SIAO vers un partenaire spécialisé dans le soutien et l'accès aux soins ainsi qu'une expérimentation visant la mise à l'abri des femmes sortant de maternité sans solution d'hébergement ;
- Une expérimentation entre centres de soins, SIAO et CSAPA auprès d'un public concerné par les problématiques d'addiction qui vise une meilleure interconnaissance et coordination.

Conférence

Parcours de soins/Parcours résidentiels : quels effets et quels enjeux pour les personnes et leur environnement ?

Jean Furtos – psychiatre et directeur scientifique honoraire de l'ONSMP-ORSPERE

Ce texte reprend l'intervention de Jean Furtos qui s'est appuyé à cette occasion sur les deux articles suivants :

- « L'accompagnement au logement: importance, difficultés, risques, exigences (avoir un logement n'est pas habiter) », Revue Rhizome, N°51, Janvier 2014, pages 13-20
- « HABITER n'est pas avoir un logement: approche clinique et pratique », mental'idée, N°21, Conférence de Rome, 2015, pages 26-31

L'importance donnée au logement va avec le fait que c'est un des derniers remparts qui nous reste avant l'exclusion. Se retrouver à la rue est l'une des grandes peurs de nos sociétés contemporaines. Avoir un logement, c'est pouvoir vivre dignement, en intimité, en citoyenneté et en bonne santé. Inversement, les personnes à la rue suivent souvent des parcours d'errance excluant du soin, aboutissant généralement à une dégradation de leur santé physique et psychique. C'est pourquoi l'action publique a souhaité poser

“

C'est par le logement qu'on est ancré dans la cité ou pas, car l'exclusion ne porte plus sur le fait d'avoir ou pas un emploi, celui-ci étant devenu structurellement aléatoire.

”



“

Le psychosocial, ce n'est pas 50 % de psychologique et 50 % de social; c'est 100 % de psychologique et 100 % de social.

”

l'accès au logement comme un préalable à la santé (« Logement d'abord »).

Pourtant et sans remettre en cause l'importance du logement, cette conception ne permet pas de rendre compte de certains phénomènes tels que les situations d'incurie dans l'habitat voire quelquefois l'impossibilité d'habiter. On observe d'ailleurs des cas où la santé se dégrade lors de l'entrée dans le logement. Comment expliquer ce phénomène ? Le docteur Jean Furtos nous apporte des éléments de réponse par une approche qualifiée de psychosociale, c'est-à-dire une approche globale évitant la psychiatrisation du monde qui replace la personne dans un contexte social, économique et politique.

“

Les hommes naissent libres, égaux... et précaires, c'est à dire qu'ils ont besoin du rapport à l'autre tout au long de leur vie.

”

Bonne et mauvaise précarité

Contrairement aux idées reçues, la précarité n'est pas en soi mauvaise. Il faut donc la différencier de la pauvreté qui est un état social et économique. La précarité signifie simplement que l'on a besoin de l'autre. Il existe donc « une bonne précarité », constitutive du sujet humain, liée à la dépendance naturelle à nos proches et à la société. Il est primordial de garder cette distinction en tête car la société actuelle nous incite continuellement à être autonomes, à ne plus avoir besoin de l'autre. Or cette autonomie ne peut être atteinte que grâce à une certaine dépendance qui ne correspond pas pour autant à un état de peur ou de repli par rapport à la société ou à l'avenir. La « mauvaise précarité » commence donc au moment précis où l'être humain ne peut plus être naturellement dépendant en cas de besoin. Elle correspond à une perte de confiance en l'autre, à un découragement dans le lien nous unissant à la société et peut conduire au syndrome d'auto-exclusion.

L'auto-exclusion

Les personnes pratiquant une forme d'auto-exclusion se coupent d'autrui, de leur environnement mais aussi d'elles-mêmes. Cette auto-exclusion se manifeste par trois signes : une anesthésie corporelle (la personne ne ressent plus la douleur physique), une anesthésie émotionnelle et enfin une inhibition de la pensée. Le quatrième signe sera la rupture des liens sociaux notamment avec la famille. Dans cette situation, les drogues deviennent une façon pour la personne de se dés-anesthésier, de rendre son corps vivant...

L'auto-exclusion repose sur le paradoxe suivant : plus on va mal moins on demande de l'aide. Le fait d'être encore en capacité d'interpeller autrui est encore un signe de bonne santé psychique. N'accompagner que les personnes demandant de l'aide est donc une erreur, il faut se résoudre à aider les personnes qui ne le souhaitent pas en allant contre leur volonté. Il est également intéressant de constater que les personnes en désespérance parleront de leur problème psychique à leurs travailleurs sociaux et de leurs problèmes sociaux à leur psychiatre.

Accompagnement au logement et santé : un lien paradoxal

Le processus d'auto-exclusion peut impliquer des rapports ambivalents au logement. S'il conduit à des situations d'errance et de perte de logement, il peut également être source de peur, de mal-être ou de maladie mentale à l'intérieur du logement. Accompagner au logement est donc particulièrement difficile et frustrant car l'accès au logement ne produit pas un « effet magique » sur la santé psychique des personnes. Les travailleurs sociaux rencontrent ainsi des situations où des personnes préfèrent rester dans des situations d'habitat précaire plutôt que de vivre dans un logement personnel. Par exemple, la personne peut se sentir plus heureuse dans un centre d'hébergement collectif que dans un logement individuel.

Dans différentes expériences menées, une part non négligeable des personnes accompagnées vers le logement voient leur état de santé se dégrader lorsqu'elles intègrent leur logement. Cette dégradation peut survenir sur le plan somatique, psychiatrique, par une reprise de l'alcool et/ou de drogues. Elle peut également se manifester par des troubles de voisinage, avec des phénomènes de violence ou des hos-

pitalisations. Pour les travailleurs sociaux accompagnateurs, cette dégradation de la santé à l'entrée dans le logement est souvent source d'incompréhension. Il est donc nécessaire d'en analyser les raisons.

Les résultats d'une recherche-action portant sur les gens de la rue accompagnés par l'Entraide Protestante à Valence viennent corroborer les observations des travailleurs sociaux. Sur un groupe de 65 personnes observées, environ 60 % d'entre elles voient leur état de santé se dégrader après l'entrée dans le logement contre seulement 40 % avant l'entrée dans le logement. Cette recherche permet de distinguer une typologie de trois groupes :

- **pour un tiers des personnes**, l'accès au logement a été favorable et n'a pas entraîné de problèmes de santé. Ce sont souvent des personnes possédant davantage de liens familiaux et ayant un parcours d'errance moins long ;
- **pour le deuxième tiers**, on observe une dégradation nette de la santé à l'entrée dans le logement. Cette dégradation se manifeste par des troubles du comportement, une augmentation de la consommation d'alcool et de drogues et un refus des soins proposés. Il s'agit principalement de jeunes entre 26 et 35 ans ayant un parcours d'errance ;
- **un troisième tiers** composé de personnes plus âgées et présentant de longs parcours d'errance. Ces personnes n'ont pas vu leur état de santé s'améliorer grâce à l'entrée dans le logement. Elles conservent donc un mauvais état somatique et psychique.

Au final ce sont deux-tiers des personnes soutenues qui ont vu leur état de santé se détériorer ou ne pas s'améliorer après leur accès au logement. Ce résultat vient troubler l'idéal de réparation du logement d'abord porté par les équipes sociales de la structure.

Ces résultats ne sont pas contradictoires avec le droit au logement mais permettent de mieux appréhender des situations pour lesquelles l'accès au logement n'est pas souhaitable à un moment donné. Ou on peut dire également que le fait d'entrer dans un logement peut correspondre à un temps difficile d'accompagnement, avec une dissociation entre être logé et être en bonne santé. Pour comprendre cela, il faut accepter de faire la différence entre le fait d'avoir un logement et le fait « d'habiter » réellement ce logement.

Avoir un logement n'est pas synonyme d'« habiter »

Il est intéressant de faire la différence entre avoir un logement (avoir un abri, une maison, être protégé des agressions extérieures), et avoir un chez soi : « to feel at home ». Il faut donc préciser ce que signifie le fait d'habiter et garder à l'esprit que notre modèle du logement individuel n'est qu'un mode d'habiter parmi d'autres. À cet égard, les expériences de housing first telles que le programme « Un chez soi d'abord » sont des expériences intéressantes mais qui ne suffisent pas à garantir l'habiter de la personne dans son logement. Le logement est donc un paramètre nécessaire mais non suffisant au bien être de la personne dans son espace. Il faudrait aussi parler de la « santé d'abord » ou du « bien être d'abord ». Habiter un logement c'est mettre de soi dans son logement de telle manière que quand quelqu'un vient chez vous, il sente qu'on rentre dans une intimité. Habiter un logement est donc une manière d'être et ne va pas de soi et cela indépendamment de la situation économique et sociale de la personne. La forme de dissociation la plus marquante entre le fait d'avoir un logement et le fait de « l'habiter » se retrouve dans les situations d'incurie dans l'habitat appelées aussi « syndrome de Diogène ».

Habiter est donc un processus complexe qui repose sur l'appropriation de son lieu de vie (faire le ménage, décorer et personnaliser son logement...) et sur la construction d'une vie sociale en lien avec son logement (faire ses courses, recevoir chez soi, connaître ses voisins...). C'est cette relation au logement, qui pour certains peut paraître évidente et qui est si difficile à envisager pour des personnes souffrant de troubles psychiques ou en situation d'auto-exclusion. On observe bien souvent que ces personnes ont plus de facilités à se réfugier dans la relation avec l'accompagnant plutôt que dans leur logement, ce qu'il convient d'accepter.

Les effets de l'accompagnement sur l'accompagnant

La posture des travailleurs sociaux, des médecins ou des psychiatres est profondément questionnée dans l'accompagnement au logement des personnes en grande précarité (négative). L'investissement dans la relation peut constituer une situation éprouvante pour les professionnels accompagnants. Être « habité » par l'autre oblige l'accompagnant à sortir de son statut professionnel appris en formation initiale tout en se



On habite quand on peut mettre de soi dans son logement qui devient ainsi un autoportrait: que ce soi puisse se sentir dans un espace d'intimité, qu'il puisse se vêtir, se reposer, avoir des photos de sa famille, des objets personnels, qu'il puisse y inviter, avoir des amours... Habiter vient du même mot qu'habitude, un endroit où les choses peuvent se répéter, où l'on est sûr de se retrouver.



Quand on ne peut pas habiter son corps, quand on ne peut pas habiter un logement, on habite la relation aidante.



protégeant lui-même. C'est parce qu'ils ne parviennent pas à se préserver que souvent les travailleurs sociaux tombent eux-mêmes malades ou se démotivent. Ce sont alors parfois les personnes accompagnées qui s'inquiéteront de ce que les professionnels portent ce qui les fait souffrir.

Dans ce cadre, il est nécessaire de permettre à l'accompagnant certaines transgressions qui sortent du cadre formel de la pratique. Il ne s'agit pas de la transgression d'une loi mais simplement de l'idée d'aller au-delà des règles habituelles, de se donner des marges de manœuvre. Le simple fait de se rendre au domicile des personnes accompagnées peut susciter certaines transgressions : accepter leur invitation à manger, boire de l'alcool, parler de sa vie privée... Ces transgressions, souvent interdites par la hiérarchie, sont essentielles dans la relation avec l'accompagné et les refuser serait un réel manque, voire une erreur professionnelle.

Il faut donc reconnaître que le travail social est un travail à risque et que le premier devoir des intervenants pour l'accomplir est de rester vivants (pas seulement sur le plan biologique !). Les personnes accompagnées ont elles-même du mal à comprendre qu'un accompagnant social ou un soignant puisse souffrir pour le bien d'une relation professionnelle. Cette souffrance ordinaire au travail ne doit pas être exhibée aux usagers qui doivent en être protégés. Il y a donc un réel besoin de réflexivité dans le cadre du travail social pour que le fait d'être « habité » par la personne accompagnée ne se traduise pas par le transfert de la maladie mentale. ■

GLOSSAIRE

ANAH : Agence nationale de l'habitat, établissement public placé sous la tutelle de l'État qui est chargée d'améliorer le parc de logements existants.

ARS : Agence Régionale de Santé, instance chargée de la mise en œuvre des politiques de santé à l'échelle régionale, créée par la loi Hôpital, patients, santé, territoires de juin 2009.

ASV : Atelier Santé Ville mis en place suite à la loi de lutte contre les exclusions de juillet 1998 et inscrit dans la loi de santé publique en août 2004. Outil à la croisée des politiques de la ville et de la santé qui vise à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

CLS : Contrat Local de Santé. La loi HPST prévoit la possibilité pour les ARS de signer avec des collectivités ces contrats locaux de santé. S'ils ne sont pas obligatoires, les acteurs sont incités à les mettre en œuvre, notamment sur les territoires Politique de la ville.

CLSM : Conseil Local de Santé Mentale. C'est un lieu de concertation et de coordination entre les services de psychiatrie publics, les élus locaux du territoire concerné, les usagers et les aidants.

CMP : Centre Médico-Psychologique, dispositif central de la psychiatrie de secteur, défini par arrêté en 1986. Ces centres ont pour mission d'accueillir gratuitement toute personne en souffrance psychique. Pluridisciplinaires, ils regroupent des médecins psychiatres, des psychologues, des infirmières, des assistants sociaux, des ergothérapeutes, des psychomotriciens, des orthophonistes et des éducateurs spécialisés.

CNAV : Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse, établissement public de Sécurité Sociale chargé de gérer la retraite des salariés (hors secteur agricole et fonction publique).

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes. Il s'agit de structures médicalisées dédiées à des personnes âgées de plus de 60 ans qui ont besoin d'aide et de soins au quotidien. Les personnes peuvent bénéficier sous conditions d'aides publiques pour faire face aux frais (aide sociale à l'hébergement ; aides au logement ; allocation personnalisée d'autonomie).

EMPP : Équipe Mobile Psychiatrie Précarité. Dispositif définit dans le cadre de la circulaire du 23 novembre 2005 qui vise à une meilleure prise en compte des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion.

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé. Elles permettent une prise en charge médicale et sociale pour des personnes ayant besoin de soins mais ayant du mal à y accéder, du fait de l'absence de protection sociale, de leurs conditions de vie, ou de leurs difficultés financières. Elles permettent d'accéder à des consultations de médecine générale ou spécialisée.

PMI : Protection Maternelle et Infantile. Créé par ordonnance en 1945, ce système de protection de la mère et de l'enfant, géré par le Conseil départemental, se situe souvent au sein des centres médico-sociaux.

PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins inscrit dans la loi de lutte contre les exclusions de juillet 1998, intégré au Programme Régional de Santé. Il concerne les populations en grande difficulté et vise la mise en place de dispositifs spécifiques pour l'accès aux soins et à l'hospitalisation.

PRIF : Prévention Retraite Île-de-France, groupement de coopération regroupant les trois principaux acteurs de l'assurance vieillesse (la CNAV, la Mutualité sociale agricole, le Régime social des indépendants).

RESAD : Réseau d'Évaluation des Situations d'Adultes en Difficulté. Il constitue une instance technique de réflexion et réunit à ce titre des professionnels du champ du social, de l'insertion et de la santé. Il fait partie des outils développés dans le cadre des ateliers santé ville.

SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés. Ce service combine soins réguliers et coordonnés à un accompagnement médical et paramédical en milieu ouvert. Il est financé par l'assurance maladie pour le volet « soins » et par le conseil départemental pour le volet « vie sociale ».

SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale. Il s'agit d'un accompagnement adapté d'adultes en situation d'handicap pour favoriser leur maintien en milieu ouvert ainsi que leur insertion dans leur environnement. Ces services dépendent d'un financement départemental.



**Fédération
des Associations
et des Acteurs
pour la Promotion
et l'Insertion par
le Logement**

6, avenue du Professeur André Lemierre–75020 Paris
contact@fapil.net – www.fapil.net

Avec le soutien du Ministère du Logement et de l'Habitat durable ;
du Ministère des Affaires sociales et de la Santé ;
de la Caisse de garantie du logement locatif social ;
de l'Agence nationale de l'habitat (Anah)
et de la Fondation Abbé Pierre.