

Université Lille 2

Université Paris 13

APHM/CHU Sainte-Marguerite, Marseille

CCOMS, EPSM Lille Métropole

Mémoire pour le diplôme inter-universitaire

« Santé mentale dans la communauté »

Année 2017

INCURIE DANS L'HABITAT

**Organisation des différents acteurs du terrain pour aller au devant des personnes
présentant une incurie ou un syndrome de Diogène à domicile.**

Judith Lamour

Tutorat : Dr Emma Beetlestone et Aude Caria



TABLE DES MATIERES

Introduction	4
I/ Le contexte	6
1- Approche théorique :	6
1-1 <u>La notion d'incurie</u>	6
1-2 <u>Des premières approches à la description d'un syndrome : le syndrome de Diogène</u>	6
1-3 <u>Le syndrome d'auto exclusion</u>	9
2- Les acteurs concernés sur notre territoire :	10
2-1 <u>La psychiatrie et la sectorisation :</u>	10
2-2 <u>Le CLSM</u>	11
2-3 <u>Notre réseau de partenaires :</u>	12
3- Des freins pour une prise en soins opérationnelle:	14
3-1 <u>La non demande</u>	14
3-2 <u>Le signalement souvent tardif</u>	14
3-3 <u>Le Morcellement des prises en charge des différents acteurs du domicile</u>	15
3-4 <u>L'hyperspécialisation des offres de soin</u>	16
II/ Des solutions existent	17
1- Le cadre légal	17
1-1 <u>Le contexte de santé en France et les reformes et amendements</u>	17

1-2 <u>Le contexte local</u> :	19
1-2-1 Le projet ARS Rhône Alpes : action pour l’insertion dans le logement	19
1-2-2 La Charte départementale santé mentale et logement	19
1-2-3 Le projet médical d’établissement : création de « psymob »	20
2- Mise en place d’une équipe mobile auprès des personnes présentant une incurie dans le logement	20
2-1 <u>S’appuyer sur des concepts de santé mentale</u>	20
2-1-1 La psychiatrie communautaire	20
2-1-2 Le parcours de soins	20
2-1-3 Le rétablissement ou Empowerment	21
2-1-4 la paire aidance	21
2-2 <u>S’appuyer sur Psymob</u> : équipe mobile au sein de notre pôle de psychiatrie	
adulte en cours de construction	23
2-3 <u>Psymob face à l’incurie dans l’habitat</u>	24
2-4 <u>Prendre en compte les échecs pour intervenir autrement</u>	25
2-5 <u>Elaborer un modèle d’organisation avec les partenaires</u>	25
2-5-1 le conventionnement	26
2-5-2 la concertation « cas complexe »	27
2-5-3 le « case manager » : désignation d’un référent parcours pour chaque personne	28
2-5-4 la visite à domicile (VAD) par l’équipe mobile	28
2-5-5 La philosophie du « prendre le temps »	30
2-5-6 le développement des filières d’aval	31
- Renforcer l’accessibilité des CMP	31
- Renforcer le lien et le dialogue entre médecins psychiatre et médecins traitants	32
- Renforcer les liens entre services d’hospitalisation et de bilans médicaux	33
2-5-7 La médiation ou intermédiation locative avec les bailleurs	34
2-5-8 Intégration des médiateurs de santé pairs à notre concertation EM	34
2-6 <u>s’appuyer sur des structurations nouvelles</u>	35
2-6-1 les plateformes territoriales en santé mentale	35
2-6-2 les groupements de coopération sanitaire médicaux sociale (GCSMS)	36
Conclusion	37
Bibliographie	39

INTRODUCTION

Je suis infirmière dans un hôpital psychiatrique proche de Grenoble et travaille dans une équipe réseau qui fait le lien avec tous les partenaires institutionnels, associatifs ou libéraux du pôle. Dans ce cadre je participe à la plateforme d'alerte et de prévention du conseil local de santé mentale de la ville de Grenoble où sont régulièrement exposées des situations liées à la santé mentale, situations qui nous sont signalées par les services sociaux, la police, le voisinage ou des libéraux.

A plusieurs reprises avec les membres de cette plateforme nous avons eu à réfléchir à des conduites à tenir dans des situations très complexes à domicile face à des problématiques d'incurie et de Diogène. La réponse à apporter à ces problématiques complexes s'est à chaque fois montrée difficile à mettre en œuvre du fait de l'hyperspécialisation de chacune des équipes de notre territoire. Il m'est donc apparu nécessaire d'organiser un maillage différent avec les divers partenaires, une organisation qui permettrait à chaque professionnel de se sentir légitime dans sa prise en charge.

Très vite s'est imposée à moi l'idée qu'il me fallait aller voir ailleurs, découvrir de nouvelles perspectives et de nouveaux champs de compétences. La participation au Diplôme inter universitaire « Santé Mentale dans la Communauté » m'a permis de bénéficier d'apports théoriques sur ce thème, mais également de confronter ma pratique à d'autres expériences professionnelles, de découvrir des organisations de soins multiples et d'envisager mon travail et les prises en soins sous un autre angle, celui de la collaboration, celui de l'ouverture vers d'autres pratiques, celui du décloisonnement.

C'est dans ce cadre que je souhaite proposer une organisation des différents partenaires qui s'appuierait sur des concepts de santé dans la communauté.

Pour la **première partie** de mon travail d'étude, il m'a paru indispensable de bien préciser les aspects théoriques de l'incurie et du syndrome de Diogène et j'ai cherché à comprendre les mécanismes à l'œuvre dans ce syndrome. J'ai ensuite décrit l'organisation du secteur en psychiatrie et les difficultés engendrées par la baisse des dotations, ainsi que le maillage des professionnels et des différents acteurs concernés par cette problématique sur notre territoire. Enfin, j'ai cherché à énoncer les freins observés pour une aide opérationnelle.

Dans la **deuxième partie** de mon travail, je propose des solutions pour apporter des soins de proximité à ce public singulier.

Pour ce faire il m'a fallu effectuer un large tour d'horizon du cadre légal et des différentes réformes de santé en France. Puis j'ai envisagé une organisation des soins basée sur des concertations pluri professionnelle. Enfin, je me suis appuyée sur une amorce de projet d'équipe nommée « Psymob » pour proposer des axes d'améliorations qui tiennent compte de la spécificité des personnes présentant une incurie dans l'habitat, de la dimension communautaire et des concepts de santé mentale.

I/ Le contexte

1-Approche théorique :

1-1 La notion d'incurie :

L'incurie est définie comme « le manque de soins et d'organisation ». Cette notion peut concerner l'état d'une personne, son apparence, sa propreté et son hygiène, voire les soins médicaux nécessaires au maintien de sa santé ; mais aussi son environnement, et en particulier son habitat.

L'incurie dans l'habitat est une des formes les plus fréquentes et les plus difficiles à prendre en charge. Elle se caractérise par une manière d'habiter qui rend certaines pièces inutilisables et qui perdent leur fonction soit à cause d'un encombrement excessif, soit par une dégradation extrême.

Dans sa thèse de médecine Nicolas MERYGLOD est d'avis que « *l'incurie est à rapprocher d'un certain abandon de soi, du soin porté à soi* » (1)

L'incurie est assez fréquemment rencontrée en psychiatrie. Elle peut être retrouvée dans des pathologies telles le syndrome dépressif, les troubles délirants ou les addictions mais elle est aussi fréquemment rencontrée dans la démence.

L'incurie est à distinguer du syndrome de Diogène. Selon le Dr Jean-Claude Monfort, psychiatre à l'hôpital St Anne à Paris, « *elle est un symptôme et n'est pas le signe spécifique d'une pathologie mais l'un des signes d'un tableau clinique plus large. Ce symptôme peut se situer à la frontière entre une pathologie psychiatrique et le choix d'un mode de vie marginal. Elle peut être le signe d'une dépression majeure, d'une schizophrénie, de la démence des personnes âgées... Elle est fréquemment associée à des troubles addictifs tels qu'un éthylisme chronique* » (2)

1-2 Des premières approches à la description d'un syndrome : Le Syndrome de Diogène

Le premier à avoir décrit des entasseurs est le français Ernest Dupré en 1916. Ce médecin psychiatre les avait à l'époque baptisé les «mendiants thésauriseurs».

C'est en 1975 que les gériatres anglais Clark et Mankikar utiliseront pour la première fois le terme de syndrome de Diogène en 1975 en référence au philosophe grec Diogène du IV^e siècle avant Jésus-Christ, qui vivait à Sinope dans un tonneau et qui méprisait les hommes, négligeait l'argent et refusait la possession.(3)

Ils ont mené une enquête sur 30 patients âgés hospitalisés présentant un état d'incurie à domicile. Les critères cliniques alors répertoriés sont toujours d'actualité :

- Logement dans un état d'extrême saleté et en complet désordre dépassant le seuil de tolérance de la communauté avoisinante,
- Complète négligence de soi, concernant l'hygiène corporelle et vestimentaire,
- Absence de honte relative aux conditions de vie, pouvant aller jusqu'au déni,
- Conduite d'accumulation irrationnelle d'objets hétéroclites et de déchets (dénommée «syllogomanie »),
- Existence d'une personnalité pré-morbide décrite comme suspicieuse, méfiante, rusée, mal intégrée,
- Niveau intellectuel normal,
- Isolement social,
- Refus de toute aide extérieure, ressentie comme intrusive,
- Quand ils existent (chez la moitié des sujets) les troubles psychiatriques et l'alcoolisme ne suffisent pas à expliquer les troubles du comportement.

Depuis, d'autres médecins s'efforcent de comprendre et de décrire ce phénomène.

Selon Le Dr Monfort, « *Ce syndrome de Diogène n'est pas une pathologie, c'est un ensemble de symptômes, de signes, derrière lesquels peuvent se cacher des maladies. Mais ce n'est pas toujours le cas*», explique le médecin. Il évoque un Diogène primaire (absence de pathologie psychiatrique ou de troubles cognitifs sous-jacente) et un Diogène secondaire (présence d'une pathologie). (2)

Selon Thomas KNECHT le syndrome de Diogène « *est une catégorie diagnostique hétérogène sur le plan étiopathogénique ; il concerne des patients négligés, en état d'incurie, généralement âgés, dont la symptomatologie dominante consiste à amasser et à entasser des objets inutiles, parfois même des déchets. Dans de nombreux cas, il existe à la base un trouble de la personnalité, une évolution vers une démence, une psychose endogène, une névrose obsessionnelle - compulsive.* » (4)

Selon le Dr Monfort, nous reconnaissons ce syndrome à plusieurs éléments : le critère principal qui caractérise le Diogène est **qu'il semble avoir besoin de tout mais il ne demande rien**. Ce critère ne suffit pas pour dire d'une personne qu'elle vit comme Diogène. Il faut qu'elle présente en plus une relation désorganisée avec :

- **Les objets** : soit le domicile est vide, soit il est complètement entassé d'objets.

- **Le corps** : soit une relation au corps très hygiénique et soit une négligence à l'extrême de l'apparence corporelle.
- **Les autres** : besoin d'avoir des relations très nombreuses ou au contraire n'en avoir pratiquement aucune.

Les personnes atteintes du syndrome de Diogène se situent aux extrêmes de ces échelles. « *Celles qui attirent le regard et nécessitent une intervention extérieure sont celles se situant dans les extrêmes de négligence de leur corps, de leur domicile et de leurs relations sociales. Certains vont cumuler ces trois critères. D'autres vont en cumuler deux, voire n'en présenter qu'un seul* ». C'est cela que le Dr Montfort appelle les Diogènes partiels.

On ignore combien de personnes sont réellement touchées par cette problématique. Pour le Dr Monfort, les cas les plus préoccupants qui nécessitent une intervention concerneraient une personne sur 2000. Donc probablement plus de 30.000 personnes en France.

Selon lui « *Le syndrome de Diogène ne serait ni un trouble d'apparition précoce, ni un trouble d'apparition tardive mais **un syndrome de révélation tardive*** ». Il existe ainsi un « processus de Diogénisation », évolution lente qui apparaît à la société quand le seuil de tolérance est dépassé. (2)

Nicolas Meryglod a cherché à comprendre les mécanismes qui conduisent un sujet à se diogéniser et a listé dans la littérature médicale les différentes hypothèses cliniques :

- *notion de perte ou de deuil constituant un élément déclencheur. Il en résulterait des processus de « désafférentation » physique et psychique, pouvant expliquer les troubles observés.*
- *notion de personnalité prémorbide.*
- *réaction au stress du vieillissement (dans sa dimension du deuil).*
- *attitude défensive de rejet et d'hostilité envers les normes sociales.*
- *évolution naturelle liée à l'âge, à l'apparition d'infirmités qui contribuent à un moindre intérêt pour l'hygiène, la propreté, les relations sociales.*
- *une personnalité pathologique de type psychotique comme substrat nécessaire à l'apparition des troubles.*
- *altérations de type narcissique et de régressions à des stades archaïques. L'accumulation d'objets viendrait tenter la réalisation d'une « suture » du Moi-peau (notion évoquée par Anzieu) altéré dans ses fonctions contenantantes.*
- *Un symptôme de trouble obsessionnel compulsif (5)*

Rabha Rahmani, coordinatrice du CLSM d'Aubervilliers (93), évoque quant-à elle un « symptôme protecteur » dans son mémoire sur l'incurie dans l'habitat. Elle considère que l'incurie « *n'est pas une inaction mais plutôt une tentative de construire quelque chose qui permet de maintenir un équilibre psychique. C'est une défense qui permet de moins souffrir, même si elle est inadaptée et risque de conduire la personne à sa perte* » (6)

Nicolas Meringlod dans sa thèse élabore l'hypothèse d'une dynamique du deuil. " *La question de l'incurie de l'habitat amène à celle du deuil, de la perte, et aux mouvements psychiques qui l'accompagnent. Les descriptions cliniques font souvent état, comme facteur possiblement déclenchant, d'un deuil récent dans la biographie du sujet : perte d'un proche, d'un statut social, de possibilités existentielles (...) indique une dynamique de métabolisation du processus psychique de deuil marquée par l'inactivation, le gel, la fixité.* » Puis il évoque une métaphore de la crypte « *Le destin du deuil qui ne peut se parler est donc de créer une figure cryptique à l'intérieur du sujet. Le deuil est ainsi mis à l'écart, inactivé, congelé, stérilisé. Ses possibilités de transformation sont déniées et au prix de la construction et du maintien actif de la crypte, le sujet s'évite la souffrance de la perte inavouable (...). L'habitat devient le caveau dans lequel le sujet, dans son déni dramatique du mouvement psychique, s'enferme. Le drame provient aussi du fait que l'enfermement n'est plus seulement inclus dans le psychisme mais se manifeste dans la réalité concrète du verrou d'une porte et de déchets qui fermentent* » (9)

1-3 Le syndrome d'auto exclusion

Jean Furtos, psychiatre dans une équipe mobile précarité à Lyon, explique l'incurie dans l'habitat comme l'expression d'un syndrome plus global le « Syndrome d'auto-exclusion » (8)

Selon lui « *L'essentiel à comprendre, c'est qu'il s'agit de ne plus souffrir, donc de s'anesthésier, de se couper de soi, et tout le reste en découle, y compris de ne plus penser* »

Pour Nicolas Meryglod « *le sujet peut s'exclure soi-même pour éviter d'être exclu. La fuite peut aussi aller jusqu'à la « fuite de soi » ; le clivage : se couper de ce qui de soi est pris au piège ; la fragmentation du moi, le morcellement pour faire disparaître la souffrance du lien aliénant* » (9)

Jean Furtos liste les différents signes du syndrome d'auto exclusion :

- Inhibition de la pensée et des émotions. « *Les gens peuvent paraître bêtes, frustrés, mais ils ne le sont pas. Ils paraissent ne plus avoir d'émotions mais ils en ont* »

- Anesthésie partielle du corps, « *cliniquement vérifiable, sans être de l'hystérie ou un syndrome neurologique ou carenciel* »
- Des troubles du comportement parfois violents, déclenchés souvent par des rapprochements avec autrui.
- Rupture active avec la famille et les proches, mais aussi avec les aidants.
- Diminution de la honte humanisante. « *A côté de l'humiliation, il y a une « bonne » honte, qui est le fait d'avoir honte de faire quelque chose parce que les autres considèreraient que vous ne faites plus partie du groupe. Ils sont au-delà, ils sont devenus sans vergogne, ce qui, comme le reste, peut être réversible* »
- Ils vivent dans un monde paradoxal, dans un monde à l'envers. « *Tant qu'on n'a pas compris qu'ils vivent certes dans le même monde que tout le monde, mais à l'envers, on communique très difficilement* »
- Diminution de la capacité de demande, voire même l'abolition de cette capacité. « *Ce sont des personnes qui ne peuvent plus demander ni aide, ni soin. Au contraire, elles les refusent quand on le leur propose. Il faut donc trouver des stratégies non violentes pour négocier tout de même quelque chose* »
- La mort prématurée « *C'est une complication terminale du syndrome d'auto exclusion, par incurie, par anesthésie, et par refus d'accès à l'aide et aux soins* » (8)

2- Les acteurs concernés sur notre territoire :

2-1 La psychiatrie et la sectorisation

L'histoire de la psychiatrie montre que la société a structuré son aide dans un premier temps en ouvrant des institutions puis dans un deuxième temps en les fermant pour ouvrir des structures vers l'extérieur.

Pendant la seconde guerre mondiale, les privations, le froid, la famine sont responsables de la mort de plusieurs dizaines de milliers de malades mentaux dans les hôpitaux français. Cela entraîne une prise de conscience d'un besoin de changement radical dans l'offre de soins. D'où la désinstitutionnalisation après-guerre qui passe par les fermetures massives de lits d'hospitalisation avec le développement des programmes de soins ambulatoires.

Une poignée de psychiatres mettront progressivement au point la politique dite de psychiatrie de secteur. « *Équiper tout le territoire de moyens égaux, diminuer les temps d'hospitalisation, faire sortir les patients des hôpitaux psychiatriques quand c'était possible, les accompagner et les réinsérer dans la société, utiliser les psychothérapies et les médicaments psychotropes*

tout nouvellement inventés, prévenir les rechutes, aider les familles, telles étaient les ambitions de cette politique » (10)

La circulaire du 15 mars 1960 institue le principe de sectorisation en psychiatrie. Elle prévoit qu'une même équipe pluridisciplinaire, placée sous l'autorité d'un psychiatre chef de service et pour un territoire géo-démographique donné, devra assurer pour tous les malades, hommes et femmes, la continuité indispensable entre le dépistage, le traitement sans hospitalisation quand il est possible, les soins avec hospitalisation et, enfin, la surveillance de postcure.

Dans les années 1990, il est noté un renforcement de l'articulation entre le sanitaire et le social. Le Centre médico-psychologique (CMP) y est défini comme le « pivot du secteur » et constitue le lieu d'une véritable réflexion politique en matière de santé mentale. Les CMP sont au cœur du dispositif de soins ambulatoires de la psychiatrie publique ; premier point de contact pour le recours aux soins, hors urgence et lieu des suivis ambulatoires, ils proposent des consultations psychiatriques et des soins infirmiers. Il en existe au moins un par secteur, généralement implanté hors de l'hôpital.

La grande difficulté actuellement est l'accès à la première consultation en CMP : manque de psychiatres, délais d'attente trop long voire refus de toute nouvelle demande, IDE débordés par les injections retard, les piluliers et la gestion de crise pour des patients non stabilisés qui ont du quitter l'hôpital faute de place, ne rendant plus possibles les visites à domicile de secteur : voilà la réalité de bien des CMP de notre territoire.

Une des causes de cette orientation provient des fermetures de lits en psychiatrie obligeant à refuser des hospitalisations ou à en raccourcir la durée. Selon Mr Laforcade « depuis une trentaine d'années, les capacités d'accueil et l'activité en hospitalisation à temps plein en psychiatrie ne cessent de diminuer » (10)

Dans le même temps beaucoup est demandé à la psychiatrie, devoir s'occuper de tout un pan de la population isolée, recluse, laissée pour compte. Toutes les personnes ne rentrant pas dans des « cases », dans des critères sociaux normatifs et rassurants. Toute cette frange de population qui inquiète par sa différence ou par ses choix de vie.

2-2 Le CLSM

L'objectif de cette instance est notamment de mettre en réseau les élus, les associations, les personnes en difficulté (usagers) et leurs familles afin de dégager des espaces de dialogue et d'échange pour évaluer les besoins et impulser des propositions d'actions durables et efficaces.

Le travail en réseau doit permettre d'apporter des réponses aux besoins de coordination, de cohérence avec des intervenants aux points de vue différents. Il nécessite de mettre en synergie les activités de professionnels aux compétences spécifiques pour trouver des solutions nouvelles.

Le CLSM de Grenoble a vu le jour en 2006 à l'initiative de la ville et du centre hospitalier Alpes Isère qui copilote cette instance au sein de la Direction promotion de la santé publique et de l'environnement.

Cette commission a pour but de :

- contribuer à une meilleure connaissance réciproque pour pérenniser le travail partenarial des différents acteurs de la cité, professionnels et bénévoles (de l'action sociale, sanitaire et médico-sociale, du logement, de la culture, de la justice, de la police,...), usagers des dispositifs et leurs familles... par le biais de l'UNAFAM,
- Contribuer à l'amélioration de l'accès aux soins.
- Contribuer à une observation et une analyse partagées des problématiques actuelles et émergentes.
- Contribuer à une connaissance partagée de l'action publique et à son amélioration.
- Favoriser l'émergence et la reconnaissance des initiatives et propositions des acteurs locaux

Dans le cadre du CLSM, notre équipe de psychiatrie participe à des concertations de cas complexe lors des plateformes d'alerte et de prévention. Cette rencontre a notamment pour but de favoriser l'accès aux soins des publics signalés par les services sociaux, les libéraux, les services de police municipale et nationale, par le bureau du maire, le voisinage ou les familles inquiètes par le comportement d'une personne à domicile.

C'est dans ce cadre que nous avons été amenés à rencontrer des personnes présentant de l'incurie ou des syndromes de Diogène.

2-3 Notre réseau de partenaires :

Plateforme Coopération Proximité Santé (CPS) est un groupement de coopération sanitaire, s'occupant principalement de coordonner les parcours de soins et les intervenants sanitaires et sociaux dans le cadre de situations complexes. Le travail réalisé ensemble permet une réelle prise en charge globale des personnes en situation complexe, évitant ainsi la fracture entre les composantes somatiques et psychiatriques, souvent imbriquées, et la dimension sociale, de plus en plus importante.

Il s'agit d'une équipe pluridisciplinaire constituée d'un directeur, une infirmière coordinatrice, des médecins, des infirmiers référents de proximité, des assistantes sociales et une éducatrice.

L'AGECSA est une association regroupant 5 centres de santé intégrés au cœur des quartiers « politique de la ville ». Elle a pour objectifs la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, la prise en charge du patient dans sa globalité, l'anticipation des besoins de santé et l'adaptation de l'offre de soins à leur évolution, l'exercice collégial de la médecine, la proximité avec la population des quartiers.

Ses missions :

- œuvrer au développement de l'accès aux soins pour tous, sans ségrégation,
- à l'insertion, à la cohésion sociale et à la lutte contre l'exclusion, au bon usage du soin et au développement d'actions sanitaires,
- au développement des services de garde de proximité,
- à promouvoir toutes actions de soins, de prévention ou d'éducation à la santé en liaison avec les institutions partenaires, publiques ou privées, locales, départementales, régionales ou nationales.
- au traitement des données permettant d'étudier les besoins des populations en matière de santé

Le service d'hygiène Sécurité et Environnement (HSE) de la ville de Grenoble

Constituée d'inspecteurs d'hygiène et salubrité et coordonnée par un chef de service, cette équipe participe aux concertations cas complexe du CLSM et intervient si des questions d'hygiène ou de troubles à l'ordre public sont en jeu dans le logement. Nous sommes donc régulièrement amenés à effectuer des visites à domicile communes dans les situations d'incurie.

Dans son champ de compétence, l'ARS dispose notamment d'une procédure visant la résorption des désordres constatés dans l'habitat, lorsque ceux-ci constituent un danger pour l'occupant ou le voisinage (article L1311-4 du Code de la Santé Publique). Si la mise en œuvre de cette procédure peut parfois s'avérer nécessaire pour mettre fin à un danger imminent pour la santé, elle peut également provoquer une aggravation du mode d'occupation du logement ou de l'état psychique de l'occupant. Nous considérons qu'elle ne peut suffire et constituer à elle seule une réponse satisfaisante permettant de traiter la situation de façon globale et pérenne.

Les centres communaux d'action sociale et les Services locaux de solidarité du département (SLS), lieux d'accompagnement social dans le droit commun. Des liens plus étroits devront être envisagés afin de satisfaire aux besoins des personnes présentant des incuries dans l'habitat car toutes ces personnes ne relèvent pas forcément de la psychiatrie mais du droit commun.

Ces liens peuvent prendre la forme d'aide aux aidants afin de permettre l'émergence de la parole sur des difficultés rencontrées avec des usagers, les peurs inhérentes à certaines prises en charge devant des comportements inhabituels et liées à des représentations sociales encrées sur la peur de l'autre, de sa différence, de la personne ciblée « psy » .

3- Des freins pour une prise en soins opérationnelle :

3-1 La non demande

« Plus une personne va mal psychologiquement moins elle est en mesure de demander de l'aide, que ce soit sur le plan social, médical ou psychique » indique le psychiatre Jean Furtos. (8)

En effet, la souffrance psychique peut altérer parfois les capacités de la personne à repérer ses propres troubles et à demander de l'aide. L'enjeu consiste donc à organiser une réponse en présence d'une « non-demande », ce qui impose une collaboration très étroite entre les professionnels qui entrent en contact avec la personne souffrante.

Or, historiquement en psychiatrie, c'est la demande de soins explicitement exprimée par un sujet qui autorise la prise en charge et l'accès aux soins. De ce postulat découle des fonctionnements, parfois rigides, de structures qui refusent la visite à domicile chez un patient qu'elles ne connaissent pas.

C'est en réaction à ces modes de fonctionnement que les équipes mobiles en psychiatrie ont été créées, partant du postulat que dans un certain nombre de situations une posture de « l'aller vers » était nécessaire.

« Car la non demande ne saurait interdire toute tentative d'aide : en tous les cas, avec les données de la clinique actuelle, on peut considérer que c'est une faute technique de ne se sentir mobilisé qu'avec une demande directe correctement formulée, sans considérer la demande portée par un tiers ou sa propre perception » indique Jean Furtos. (8)

3-2 le signalement souvent tardif

Les professionnels de santé sont rarement sollicités directement, et nous observons que la prise en charge sanitaire des personnes en situation d'incurie se place souvent sur le terrain social.

Nous savons que les personnes vivant dans un état d'incurie ne demandent rien. Elles sont donc rarement à l'origine d'une demande d'aide. Dans la plupart des cas, la situation est signalée par le voisinage qui déplore des nuisances sonores ou olfactives, un dégât des eaux ou un risque de passage à l'acte hétéro agressif... Ils alertent leur syndic, les services d'hygiène de la commune, les services sociaux, la police ou les services d'urgence.

Les risques d'incendie, de fuite de gaz, les inondations, l'odeur nauséabonde, le spectacle d'un amoncellement d'ordures ou de l'envahissement d'un couloir, l'inquiétude pour la santé du sujet... sont souvent la cause de la rupture de l'équilibre et permettent le signalement de la situation.

La situation est plus rarement rapportée par la famille ou des proches, du fait de l'isolement du sujet. Parfois, ce sont les services sociaux et de tutelle qui signalent la situation, devant des impayés de loyer et de facture par exemple. Il arrive aussi que la situation d'incurie soit découverte à l'occasion d'une hospitalisation.

3-3 Morcellement des prises en charge des différents acteurs du domicile

A l'inverse, dans certaines situations, nous pouvons observer une multiplication des intervenants ou des équipes, chacune s'affairant dans son champ d'activité (social, associatif, sanitaire) et provoquant parfois un sentiment d'« éclatement », de morcellement et de perte de sens.

Nous savons qu'il « *existe plusieurs portes d'entrées pour intervenir auprès des publics présentant des incuries à domicile. Différents acteurs peuvent être interpellés et on peut ainsi retrouver parmi les intervenants sur un même dossier des professionnels du médical, de l'accompagnement du handicap, des personnes âgées, de la psychiatrie, du social, de l'hygiène et l'habitat, des bailleurs...* » Rabah Rahmani (6)

Ce morcellement de la prise en charge et ces interventions faites souvent dans l'urgence, sans aucune concertation, peuvent ne pas avoir d'impact et laisser place à des phénomènes de répétition voire même avoir des conséquences dramatiques sur la personne car les professionnels n'interviennent que pour un aspect des besoins.

L'Incurie nous l'avons vu est une défense qui permet de moins souffrir, même si elle est souvent inadaptée. Cette tentative de protection est mise à mal lors de l'intervention des professionnels, voire totalement niée avec des risques de décompensation physique et psychique.

S'attaquer à la situation demande donc un temps de réflexion et nécessite impérativement une coordination.

3-4 hyperspécialisation des offres de soins

Nous savons que les institutions et les équipes ont tendance à « s'hyperspécialiser » dans leur pratique et à rendre rigide leur accès à de nouvelles prise en charge. Ils laissent ainsi un interstice, « une zone blanche » qui font que certains individus ne relève d'aucune pratique de soins, d'aucune équipe et ne peuvent prétendre à aucune aide.

Nous constatons aussi que le parcours et la prise en charge d'un patient peut être très différent d'un patient à l'autre du fait de conceptions et de pratiques variables d'un territoire à un autre, d'un établissement à un autre, et d'un secteur à un autre au sein d'un même établissement.

Par ailleurs, de vieilles querelles existent entre les différents services d'un hôpital ou entre la médecine générale et la psychiatrie complexifiant d'avantage la prise en charge des patients présentant des incuries à domicile. Il n'est pas rare de constater qu'un service de psychiatrie refuse l'hospitalisation d'un patient arguant qu'il s'agit de neurologie ou de gériatrie, alors que le service en question estime qu'il s'agit de psychiatrie.

Concernant le syndrome de Diogène, il n'existe aucun consensus médical et les personnes nécessitant une hospitalisation sont ainsi ballottés d'un service à l'autre en fonction du bon vouloir d'un médecin ou des capacités d'argumentation d'un intervenant du domicile. Comme nous l'avons vu, il s'agit souvent de personnes présentant des conditions sociales extrêmes, certaines sont en cours d'expulsion. Nous comprenons donc que cet aspect social, souvent très long à dénouer, ait un impact fort pour un service hospitalier fonctionnant avec une tarification à l'activité, impacté par les durées moyennes de séjours des patients.

De fait, ce public est souvent orienté en psychiatrie par les biais d'hospitalisations sous contraintes.

Comme nous l'avons vu : une déclaration trop tardive, l'incapacité à demander ou le refus d'aide, la difficulté à travailler en réseau, l'absence ou la difficulté de collaboration avec la personne, l'état de santé de la personne, le mal être du voisinage, l'absence de médecin traitant se rendant à domicile surtout s'il n'y a pas de demande, les difficultés à trouver du personnel et des financements pour l'accompagnement à domicile sont les facteurs qui conduisent aujourd'hui à attendre l'hospitalisation sous contraintes comme déclencheur possible d'un changement.

II/ Des solutions existent

1- le cadre légal :

1-1 Le contexte de santé en France et les réformes et amendements :

Ces dernières années, de nombreux rapports sur la santé mentale et la psychiatrie ont présenté des constats, proposé des recommandations, des améliorations, des modernisations souvent convergentes en vue de développer le concept de « l'aller vers », la création d'équipes mobiles...

Ainsi « l'évaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 par le Haut Conseil de la Santé Publique » préconise l'amélioration de l'accès aux soins :

« En réaffirmant la nécessité du travail en réseau de tous les acteurs des champs sanitaire, social, médico-social qu'ils soient associatifs, publics ou privés ; En développant la psychiatrie de liaison et les équipes mobiles généralistes ou spécialisées. »

Le « plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 » suggère de « *Prévenir et réduire les ruptures entre la psychiatrie et son environnement sociétal : en renforçant le dialogue entre la psychiatrie et la société, en redonnant sa juste place à la psychiatrie et en reconnaissant la santé mentale comme un facteur essentiel de cohésion sociale* » Il propose aussi de passer « *d'une approche totale à une approche globale. La psychiatrie et la santé mentale doivent pouvoir bénéficier de la nouvelle gouvernance régionale du système de santé, grâce au décloisonnement du sanitaire et du médicosocial dont elle a besoin, en mettant à profit son expérience en matière de sectorisation psychiatrique, et en cherchant aussi à en dépasser certaines limites (inégalités territoriales, méconnaissance des autres acteurs du territoire).*

Le rapport d'information sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie (2013) du député Denis Robiliard estime que « *le bilan de la sectorisation se révèle insuffisant* ». Il note en effet que « *les ambitions qui présidaient à l'organisation originale de la prise en charge des soins psychiatriques et qui préfiguraient la notion actuelle de parcours de soins se sont heurtées à de nombreuses difficultés. Le principal obstacle est la permanence d'un hospitalocentrisme, qui a empêché l'articulation entre le sanitaire et le médico-social. De plus l'hétérogénéité des secteurs, à la fois en taille, en moyens et en pratiques reflétant les choix du chef de secteur, ne répond pas à son objectif initial d'égalité des soins* ».

C'est Denis Robiliard qui a utilisé le premier, dans son rapport de mission au Parlement (2013), cette locution « *le secteur rénové* ». Il en résume sa conception par cette phrase : « *il est impératif de rénover le secteur, autour d'une prise en charge intégrée qui privilégie*

l'inclusion sociale, et de renforcer les moyens humains et financiers dont bénéficie ce dispositif ».

Cette prise en charge intégrée, Édouard Couty l'envisageait déjà dans son rapport à Mme la Ministre de la santé (2009), en souhaitant que soit votée une loi susceptible d'intégrer « *les différentes facettes de l'accompagnement et des prises en charge des usagers en santé mentale, des familles et des proches des malades : le repérage et le diagnostic précoce, l'accès aux soins rapide et adapté, le suivi personnalisé et continu, la réhabilitation sociale, la prévention des risques (...)* ».

Le rapport « Laforcade » :

« Le centre de gravité du dispositif de soins doit devenir le domicile, l'hôpital l'exception »

C'est par ces mots que Mr Laforcade, débute sa proposition relative aux grandes orientations en santé publique à mener dans sa proposition de décret fixant les priorités du plan territorial de santé mentale en 2017. « *Des exemples sur le territoire montrent qu'un très fort investissement sur l'extra hospitalier permet de limiter nettement le nombre d'hospitalisations. L'expérience de la Grande-Bretagne nous donne aussi des pistes à analyser. Cela suppose un suivi résolument tourné vers l'ambulatoire et visant à éviter les hospitalisations. L'équipe se déplace sur le lieu d'hébergement pour assurer les soins, y compris les interventions psychosociales. L'intensité de cette présence à géométrie variable s'adapte aux besoins, allant du suivi courant au suivi de crise qui comporte plusieurs interventions par jour. Plus globalement, il s'agira « d'aller vers » et donc de réinterroger le concept de libre adhésion entendu parfois dans son acception la plus idéologique. Les professionnels doivent pouvoir se déplacer là où l'on a besoin d'eux, en allant jusqu'à proposer des soins aux gens qui sont dans la rue* ». C'est donc dans cette perspective que les projets peuvent, doivent être menés. (10)

Le Projet territorial de santé mentale et le Décret Codifié du 17/03/2017 :

Le but est l'amélioration continue de l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture. Ce projet est élaboré et mis en œuvre à l'initiative des professionnels et établissements travaillant dans le champ de la santé mentale à un niveau territorial suffisant pour permettre l'association de l'ensemble des acteurs et l'accès à des modalités et techniques de prise en charge diversifiées. Elaboré sur la base d'un diagnostic territorial partagé en santé mentale établi par les acteurs de santé du territoire, portant notamment sur les points suivants :

- « *L'accès de la population au diagnostic et aux soins psychiatriques*

- *L'accueil et l'accompagnement par des établissements et services sociaux et médico-sociaux des personnes présentant des troubles psychiques ou en situation de handicap psychique*
- *Les situations de défaut de prise en charge, de prises en charge inadéquates ou insuffisantes*
- *L'accès aux droits (...)*
- *L'accès aux soins somatiques et le suivi somatique des personnes présentant des troubles psychiques*
- *La prévention de la crise et l'organisation de la réponse aux situations de crise et d'urgence, et aux situations de grande souffrance psychique*
- *L'organisation de la permanence des soins »*

Le projet territorial de santé mentale favorise « *la prise en charge et l'accompagnement de la personne dans son milieu de vie ordinaire, en particulier par le développement de modalités d'organisation ambulatoires dans les champs sanitaire, social et médico-social* ». Il permet « *la structuration et la coordination de l'offre de prise en charge et d'accompagnement en direction des personnes présentant des troubles psychiques ou en situation de handicap psychique. Il détermine le cadre de la coordination de second niveau et la déclinaison dans l'organisation des parcours de proximité, qui s'appuient notamment sur la mission de psychiatrie de secteur*»

1-2 Le contexte local :

1-2-1 Le projet ARS Rhône Alpes : Action pour l'insertion dans le logement

(ALPIL)

Dispositif opérationnel mis en place pour soutenir les ménages et les acteurs locaux, dans un objectif de réduction des risques et de prévention de la récurrence. « *Appui à la réappropriation durable de leur logement par des ménages confrontés à une situation d'incapacité et développement d'une méthodologie d'intervention non coercitive. Les situations sont orientées par le service environnement-santé de l'ARS, après sollicitation des mairies ou des services sociaux* » (13)

Un projet similaire à mener en Isère est en cours d'élaboration.

1-2-2 Charte de partenariat santé mentale et logement en Isère

Cette charte signée en avril 2009 par des acteurs très différents (DDASS, Centres Hospitaliers, Conseil Général de l'Isère, UDCCAS, Ville de Grenoble, Un Toit Pour Tous, REHPI, CHRS, UNAFAM, Mandataires à la protection judiciaire) vise à améliorer l'accès à

un logement autonome et à favoriser le maintien dans le logement, pour les personnes souffrant de troubles psychiques, ayant besoin d'un accompagnement.

Depuis la signature de la charte en 2009, le paysage du logement, de l'accompagnement social et des soins a connu de multiples évolutions rendant pour partie caduque les documents.

Le travail de mise à jour du guide est un chantier conséquent auquel personne n'a eu les moyens de s'atteler ces dernières années.

1-2-3 Le projet médical d'établissement :

Il prévoit la création d'une équipe mobile d'intervention à domicile dans le cadre d'une unité de psychiatrie communautaire. *« Premier filtre territorial de dépistage précoce, interface avec les acteurs du territoire pour la promotion de la santé mentale, intervention pour des sujets opposants aux soins. Pour toute personne susceptible de développer ou d'être atteinte par un trouble mental, sans ou avec demande de soins »*

2- Mise en place d'une équipe mobile auprès des personnes présentant une incurie dans le logement :

2-1 S'appuyer sur des concepts de santé mentale :

2-1-1 La psychiatrie communautaire :

La psychiatrie communautaire est un courant apparu en France dans les années 1950 à 1970. Ce mouvement a œuvré pour la désinstitutionnalisation des soins et une pratique moins centrée sur les troubles et tournée vers l'inclusion sociale. La santé mentale communautaire consiste à renforcer les services sanitaires et sociaux à destination des populations les plus en besoin, en marge des services de « droit commun ».

Pour l'OMS *« La santé communautaire est le processus par lequel les membres d'une collectivité, géographique ou sociale, conscients de leur appartenance à un même groupe, réfléchissent en commun sur les problèmes de leur santé, expriment leurs besoins prioritaires et participent activement à la mise en place, au déroulement et à l'évaluation des activités les plus aptes à répondre à ces priorités »* OMS 1986.

2-1-2 Le parcours de soins :

Cela consiste à améliorer le parcours de vie des personnes malades. C'est autour de la situation singulière de chaque personne que les différents acteurs des champs sanitaire, social et médico-social d'un territoire déterminé doivent échanger. *« Le parcours n'est pas un*

concept creux ni un mot galvaudé. Il est au contraire l'une des principales innovations de la loi de modernisation de notre système de santé et correspond à un besoin majeur des personnes concernées par la maladie mentale mais aussi de leur entourage » Selon Michel Laforcade « *Le modèle de la continuité de l'intervention socio-sanitaire est la clé du succès* » (7)

Le parcours de soins implique donc une bonne articulation des dispositifs de soins entre eux (médecine générale, établissements hospitaliers publics et privés, médecine somatique, psychiatrie et autres spécialités).

C'est dans cette perspective que nous pourrions envisager des conventionnements avec les partenaires territoriaux.

2-1-3 le rétablissement ou empowerment

Ce concept est d'origine anglo-saxonne et désigne le cheminement d'une personne dans la reprise d'assurance dans sa capacité d'agir et dans son inclusion sociale, dans le champ de la santé mentale. Les chercheurs Rob Whitley et Robert Drake ont identifié cinq dimensions au rétablissement :

- *la dimension clinique (rémission des symptômes)*
- *la dimension fonctionnelle (avoir un travail, être indépendant)*
- *la dimension sociale (reprendre contact avec sa famille et ses amis, avoir un sentiment d'appartenance)*
- *la dimension physique (améliorer sa santé, avoir une bonne alimentation, faire de l'exercice) ;*
- *la dimension existentielle (avoir un but, donner un sens à sa vie, ne pas désespérer)* (19)

Nous pouvons donc imaginer que l'accompagnement spécifique d'une personne présentant une incurie dans l'habitat, accompagnement qui tiendrait compte de la singularité de la personne, de son rapport au temps, aux objets, aux soins proposés, pourrait permettre l'émergence d'envies, de désirs, de besoins et l'émergence d'une reprise en main du parcours de vie. Nous pourrions ainsi y voir une forme de rétablissement et d'inclusion sociale.

2-1-4 la paire aidance

La notion de pair-aidance fait référence aux expériences québécoises, aux peer support workers au Royaume-Uni, États-Unis, Canada, Australie, Nouvelle Zélande ; ou indirectement aux usagers et familles experts (UFE) en Italie.

- **Définition :**

« *L'approche par les pairs s'inscrit dans une dynamique d'intervention fondée sur la ressemblance entre l'individu portant le rôle d'intervention et celui portant le rôle de bénéficiaire.* » *La ressemblance provient notamment d'expériences communes (parcours de rue, addiction, mauvaise santé mentale...). La dynamique d'intervention est construite entre autre grâce à la proximité entre pair et communauté cible de l'intervention* » (19)

En santé mentale le principe est d'utiliser et de valoriser le savoir expérientiel d'anciens usagers de la psychiatrie.

Le terme de Médiateurs de santé pair, « *par exemple utilisé au sein du programme Un Chez Soi d'Abord en France, renvoie à l'univers de la médecine, dans une tentative d'inclusion d'une figure tierce dans une relation médecins/patients jugée trop inégalitaire* ». Il y a un double enjeu : celui d'une professionnalisation des médiateurs et celui du développement d'une autre représentation citoyenne du malade.

La notion de Travailleur pair « *renvoie à des approches comparables, mais suggère également que l'objectif à atteindre est la création d'un nouveau métier* ».

Nous pouvons distinguer la pair aideance (le recours à un pair au sens large, sous la forme de bénévolat, de salariat...) et le travail pair (sous-groupe qui concerne uniquement les pairs ayant un contrat de travail). (18)

Le but est donc de tenir un rôle de facilitateur de santé pour les usagers du service de santé mentale, d'accompagner et de permettre une éducation à la santé.

- **Historique :**

« *Le premier exemple connu d'un patient guéri ayant fait partager son expérience au bénéfice d'autres patients serait française : Jean-Baptiste Pussin, « gouverneur des fous » de l'hôpital Bicêtre. Dans les années 1790, il a influencé Pinel, et la libération des malades mentaux de leurs chaînes à la Salpêtrière lui doit beaucoup* » (18)

Les groupes de soutien et d'entre-aide se sont développés avec les associations de malade dans les années 1930, sur le modèle des Alcooliques Anonymes.

C'est aux Etats unis qu'on retrouve les premières pratiques d'intégration de pairs aidants salariés en 1989.

« *En France, l'épidémie de Sida remet en cause la relation patient-bénéficiaire et des associations d'auto-support se créent dans les années 80* » (19)

Puis la loi du 11 février 2005 permet la création de groupes d'entraide mutuelle qui permet le regroupement d'usagers de la psychiatrie en autonomie et en dehors de toute institution psychiatrique.

« *Cependant, le concept de pair aidant a du mal à émerger. Dans le contexte du VIH/Sida et de la lutte contre la toxicomanie, des associations emploient des patients en tant qu'animateur de prévention, mais sans nécessairement qu'ils fassent part de leur propre expérience* » (19)

Dans le domaine de la santé mentale, les premières tentatives de promotion de pair aidants salariés sont récentes, avec l'équipe MARSS à Marseille en 2007 (intégration de travailleurs pairs en 2005), puis les expérimentations du programme *Un Chez Soi d'Abord* (2011) et du *Programme Médiateurs de Santé Pairs* (2012), accueillant tous deux des travailleurs pairs.

2-2 s'appuyer sur Psymbob : équipe mobile au sein de notre pôle de psychiatrie adulte en cours de construction :

Je travaille dans une équipe réseau qui fait le lien avec tous les partenaires institutionnels, associatifs ou libéraux de notre pôle de psychiatrie adulte. Dans ce cadre je participe à la plateforme d'alerte et de prévention du conseil local de santé mentale de la ville de Grenoble où sont régulièrement exposées des situations liées à la santé mentale, situations qui nous sont remontées par les services sociaux, la police, le voisinage ou des libéraux.

Nous travaillons actuellement à la création d'une équipe mobile de psychiatrie dont les missions seraient de permettre l'accès au soin pour des personnes jusque-là inconnues de la psychiatrie, ou en rupture de soin, dans l'optique de limiter le recours à l'hospitalisation complète. Toute personne, professionnelle, bénévole ou en position d'aidant naturel, se trouvant en situation difficile avec une personne présentant des troubles du comportement d'allure psychiatrique, pourrait interpeller l'équipe.

Cette équipe pluridisciplinaire idéalement composée de 6 infirmiers, 1 cadre de santé, 1 Assistante sociale, 2 psychiatres, 1 psychologue, 1 secrétaire médicale pourrait être interpellée par l'ensemble des partenaires institutionnels (CLSM, CCAS, SLS), associatifs (plateforme CPS, AGECSA), libéraux (médecins, cabinets infirmiers), structures médico sociales (SSIAD, Ehpad, Foyer logement...) ou directement par les familles ou les proches des malades.

Un travail de collaboration étroit devra être entériné par le biais de conventions afin de faciliter la résolution et la coordination de situations très complexes, mêlant la dimension somatique, psychiatrique et sociale.

Son fonctionnement s'articule sur plusieurs temps :

- **Enregistrement de la demande** et recherche approfondie d'informations complémentaires pour préciser la nature de la demande, le contexte, les différents protagonistes impliqués dans la situation (médecin généraliste, travailleur social, famille, psychiatre libéral, équipe de CMP en cas de rupture de soin, etc.).
- **étude de la situation** en équipe pluridisciplinaire, avec analyse fine permettant de décider d'une intervention éventuelle, et des membres de l'équipe amenés à agir, selon le contexte.
- **visite à domicile**, effectuée par un binôme de professionnels, accompagné par la personne qui a initié la demande, afin de procéder à une évaluation clinique, et tenter d'instaurer une relation thérapeutique avec la personne. Plusieurs interventions peuvent s'avérer nécessaires afin de créer du lien avec la personne, et l'amener à accepter les soins, afin d'éviter autant que possible les recours à l'hospitalisation.
- **orientation** proposée en fonction de ce qui a été observé et discuté (orientation vers le CMP de secteur, vers un professionnel de santé libéral, ou hospitalisation, sous contrainte ou non, en service de psychiatrie)

Psymob est donc une équipe mobile de psychiatrie générale adulte et concerne toute les pathologies de santé mentale possible. L'idée serait d'en reprendre l'essence et le principe et de l'adapter à la singularité du public qui nous intéresse : les personnes présentant une incurie dans l'habitat.

2-3- Psymob face à l'incurie dans l'habitat :

Dans le cadre de la plateforme d'alerte et de prévention de la ville de Grenoble, nous avons eu à plusieurs occasions à réfléchir à des conduites à tenir face à des problématiques d'incurie et de Diogène. Comme nous l'avons vu, ces personnes cumulent souvent des situations sociales désastreuses, un état somatique inquiétant, une absence de médecin traitant et un logement qui ne paraît pas pouvoir satisfaire à leurs besoins primaires (se restaurer, se coucher dans un lit, avoir des soins d'hygiène). Nous avons été, à plusieurs reprises, amenés à faire de la psychiatrie mobile et à s'approcher des personnes repérées comme fragiles par d'autres. A tenter de déterminer la structure de personnalité, de faire la part des choses entre l'urgence vitale, les troubles somatiques, les difficultés sociales multiples et l'inconfort du lieu de vie.

Une hospitalisation paraît souvent la seule réponse à apporter mais ces personnes ne présentent aucun caractère d'urgence psychiatrique et sont très difficilement hospitalisables au CHAI. D'autant que la non reconnaissance de leurs troubles ne leur permet pas de s'inscrire dans une démarche de soins.

Dans le cadre d'une visite à domicile, qui concernait une personne âgée présentant des troubles cognitifs importants, nous avons réalisé, au vu des risques encourus, que la situation présentait une urgence vitale qui nécessitait une hospitalisation. Cette personne étant dans l'incapacité de se présenter seule aux urgences du CHU et ne pouvant pas nous-même l'adresser en psychiatrie, nous avons dû faire appel à un médecin de la plateforme CPS afin qu'il nous aide à trouver une solution. Devant cette situation inextricable nous avons tous consenti à sortir de nos cadres d'intervention institutionnels et avons amené ce monsieur à l'hôpital, dans un service de médecine sociale dans lequel ce médecin avait réussi à négocier une place.

Cette situation complexe m'a amené à constater qu'aucune équipe de santé n'était vraiment dédiée à ces situations critiques et à la coordination des soins nécessaire à leur prise en charge.

2-4 Prendre en compte les échecs pour intervenir autrement

Il apparaît indispensable de prendre en compte les pratiques mises en œuvre jusqu'ici en matière d'intervention dans les appartements incuriques et d'en tirer des leçons.

Durant des années, les communes se sont organisées localement pour faire face à cette problématique de santé publique envahissant l'espace public et mettant potentiellement en danger le voisinage. La manière forte, dite coercitive, était souvent d'usage en débarrassant d'autorité les logements et en organisant une hospitalisation (sous contrainte ou non) pour la personne concernée. Les résultats étaient peu probants avec des récurrences rapides de l'encombrement et de l'isolement, des décompensations psychiques, voire des décès très rapides. Pour l'ALPIL, action pour l'insertion dans le logement, « *le constat du relatif échec du modèle d'intervention coercitif est attribué à l'absence d'une prise en compte du sujet incurique, effacé par l'objectif administratif de remise en état du logement dans un état salubre* » (13)

Il s'agit donc de réfléchir à des interventions différentes basées sur des accompagnements étayés de la personne en situation d'incurie. Ces interventions viseraient une autonomie du sujet dans son habitat en l'aidant à faire face à son environnement, en lui laissant le temps d'élaboration de son histoire, et d'expression de sa volonté et de ses choix. Durant la journée

d'étude Annuelle d'Orspere Samdarra, Sylvie M'harrak, représentante du dispositif Alpil « *C'est donc autour des vulnérabilités du sujet incurique que s'opère la mise en lien entre les acteurs du sanitaire et du social* » (14)

A ce titre **l'apport de psychologue clinicien** me paraît indispensable afin de pouvoir donner un sens clinique et mieux comprendre les enjeux, permettant un accompagnement plus ciblé. Elle permettrait aussi une analyse de la pratique pour les différents interlocuteurs d'une situation donnée qui pourraient évoquer le malaise, la souffrance, la difficulté à garder une posture professionnelle face à une personne en situation d'incurie. Elle permettrait peut être également aux professionnels de s'émanciper de certaines peurs ou stigmatisation liées aux représentations sociales qu'ils pourraient avoir des personnes ayant un mode de vie différents ou des usagers de la psychiatrie.

Nous pourrions ainsi nous inspirer du travail de l'association Aurore à Paris constituée de psychologues qui travaillent avec quatre bailleurs franciliens et tente de les aider dans leurs difficultés face à des estimations qu'ils estiment relever « potentiellement » de la santé mentale, pour les aider à verbaliser autour de certains préjugés ou stigmatisations. Leur travail « *consiste parfois à « ranimer le désir » entre le locataire et ses accompagnants, épuisés par les échecs et l'inertie de la situation, repoussés par les signes de l'incurie. Il consiste parfois à rendre explicite des conflits qui bloquent littéralement le travail commun, tel ce conflit ancien entre un CMP et un pôle social, suscité il y a plusieurs années par une « trahison » institutionnelle : une expulsion pendant une hospitalisation* » (14)

2-5 Elaborer un modèle d'organisation avec les partenaires :

2-5-1 Le conventionnement :

La situation complexe décrite me persuade de la nécessité d'une contractualisation entre les différentes institutions, établissements sanitaires, médicosociaux, et associatifs afin de garantir une organisation de travail optimale et une continuité des parcours de soins.

La coordination sur des interventions socio-sanitaire me paraît être la priorité pour les personnes présentant des troubles incuriques.

Ces conventionnements, que nous pourrions imaginer multiple, permettraient de prendre en compte l'ensemble des problématiques des personnes présentant des incuries dans l'habitat, qui sont dans la majorité des cas socio-économiques et sanitaires (somatiques et/ou psychiatriques). Mr Laforcade suggère ainsi de « *mettre en place une triple démarche : hébergement, accompagnement socio-éducatif de réinsertion et soins* ». (10)

Nous devons donc réfléchir conjointement à quelles modalités de soins nous pouvons répondre, à quel accompagnement social et à quelle coordination entre les deux axes.

En psychiatrie la notion du travail en réseau existe et tend à se globaliser. Ce travail collaboratif de conventionnement et de réflexion commune pourrait permettre de mettre en place une culture du travail en réseau à l'échelle de notre territoire.

2-5-2 La concertation « cas complexe »

Pour ce faire, une concertation « cas complexe » pourrait voir le jour entre les différents intervenants dans le champ du domicile.

Elle permettrait d'établir un état des lieux des situations rencontrées, des pratiques actuelles, et des moyens déjà existants dans notre commune.

Elle permettrait une réflexion sur l'action à mener, sur les moyens humains à mettre en place pour permettre un accompagnement progressif vers l'aide et le soin et sur la coordination des différents acteurs.

L'idée serait de s'appuyer sur l'expérience des autres, et sur nos capacités à innover à chaque situation, à remettre en question nos pratiques (une analyse de pratique commune pourrait aussi être une piste de réflexion)

Nous pourrions mettre en place un protocole et instaurer une marche à suivre, des bonnes pratiques ou tout simplement désigner clairement qui interpeler lors de ces situations.

Bref, cette réunion serait un lieu d'élaboration, de réflexion, de connaissance commune et de reconnaissance de bonnes pratiques singulières.

Mr Laforcade le préconise dans son rapport relatif à la santé mentale « *C'est autour de la situation singulière de chaque personne, qui doit être nécessairement au centre des préoccupations de tous, que les divers acteurs des champs sanitaire, social et médico-social d'un territoire déterminé doivent s'organiser afin de mettre en œuvre cette indispensable complémentarité de leurs compétences* ». Il poursuit et propose de « *Laisser aux acteurs des possibilités d'action et d'innovation, en évitant au mieux les contraintes normatives de protocoles et de procédures trop rigides* ». En effet, les acteurs de terrain savent tous qu'il est par moment indispensable de pouvoir innover et d'accepter de sortir des procédures habituelles afin de s'adapter aux besoins des usagers. (10)

Nous pourrions ainsi passer d'une logique de relai à une logique de collaboration, développer une culture commune concernant les modes d'intervention rattachés aux problématiques de l'incurie dans l'habitat.

La question de **l'animation de ces séances** est centrale et doit être le préalable à toute réflexion. Doit-on utiliser le cadre du CLSM ? Ou doit-on s'en émanciper et inventer un espace de travail nouveau ?

La question de la **confidentialité et du secret partagé** doit également être au cœur de nos préoccupations et débats.

2-5-3 Le case manager : Mettre en place des référents parcours pour chaque patient

Le case management vise à aider les sujets vulnérables à maintenir et améliorer leurs compétences dans leur environnement habituel. C'est en s'inspirant des pratiques en santé mentale du Québec, des États-Unis et de la Grande Bretagne que la France commence à utiliser ce modèle dans des pratiques très spécifiques (ex : les gestionnaire de cas MAIA pour les personnes présentant des démences et vivant à domicile).

Selon Cécile Petitqueux-Glaser « *Le but ultime du case management est de favoriser la continuité des soins et de permettre que les différents professionnels et partenaires du système de santé soient accessibles, en renforçant leurs responsabilités partagées et leurs actions. La facilitation de l'accès aux soins et aux services, l'amélioration de la circulation entre opérateurs, assurent une continuité préventive qui limite les décompensations fortuites, améliore l'observance, diminue le nombre et la fréquence des ré hospitalisations et réduit la durée moyenne de séjour. Le case management favorise la réadaptation et augmente la qualité de vie de l'usager et de sa famille* » (15)

Garants du parcours de l'usager, témoin privilégié de l'évolution, le gestionnaire de cas est impliqué dans l'élaboration et le suivi du projet individuel de la personne accompagnée. Il représente aussi la personne référente et identifiée pour l'usager lui-même et pour ses proches.

Michel Laforcade en souligne l'intérêt dans son rapport « *pour les parcours les plus compliqués, il sera proposé de désigner des référents sur le modèle des gestionnaires de cas complexes qui ont fait leurs preuves dans d'autres domaines ; ces référents pourraient être employés par des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH, services au coût modéré et qui offrent un appui essentiel aux malades et à leurs familles) ou par des centres ressources handicaps psychiques*» (10)

2-5-4 La visite à domicile (VAD) par l'équipe mobile :

Pour Marianne Ramonet, psychiatre à l'EPSM de Lille Métropole, « *la pratique en équipes mobiles permet une plus grande réactivité et une plus grande créativité dans les interventions au service des usagers. Les équipes mobiles d'accompagnement au long cours peuvent ainsi être présentes auprès des usagers dans plusieurs champs et étapes de leur vie* » Elle poursuit « *La richesse du travail en équipe mobile est justement cette intervention dans le milieu de vie ordinaire qui offre des ressources créatives pour travailler sur des objectifs autres que les objectifs médicaux ; mais aussi pour améliorer l'inclusion sociale des personnes que nous accompagnons, afin, pour reprendre la formule de Tim Greacen et Emmanuelle Jouet, de « changer le monde ! »* » (11)

Selon Rabha Rahmani « *La pratique de « L'aller vers » répond à la double contrainte du maintien au domicile et d'éviter les hospitalisations sous contraintes. Il implique le déplacement à l'endroit où la personne se trouve physiquement et psychologiquement et de faire les premiers pas vers l'autre même s'il n'a pas de demande.* » (6)

Comme nous le savons, il est souvent difficile pour les acteurs du domicile d'arriver à maintenir des VAD dans la durée du fait d'une surcharge de travail et d'une réorganisation du travail. Pourtant l'observation du logement et des conditions de vie peut permettre une meilleure compréhension de la personne et de sa souffrance psychique. Il semble, par ailleurs, nécessaire de pouvoir retourner au domicile afin de tisser du lien, d'instaurer la confiance et de veiller à ce que la situation ne se dégrade pas. Nous pouvons imaginer que des visites répétées, même sans réponse de sa part, signifient quelque chose pour la personne.

Les VAD permettent aussi de changer le positionnement du soignant. Selon la DIHAL « *Les murs ne sont plus les parapets depuis lesquels il observe le malade, il se dégage du regard hospitalocentriste, s'émancipe du sentiment de toute-puissance que lui confère la protection des murs de l'hôpital car soustrait au regard de ses concitoyens, l'invite à voir le patient autrement qu'à travers le prisme de la maladie, mais plutôt à partir des éléments "sains" de son psychisme* » (12)

Selon Rabha Ramani « *Une fois la porte ouverte, que cette ouverture ait été plus ou moins spontanée, négociée ou imposée, il faut maintenant pour les intervenants faire face à un sujet qui apparaît dans une détresse absolue. Parfois cachectique, anémié, dénutri, porteur de lésions cutanées, de blessures non cicatrisées, parfois délirant, agressif avec ce qu'il lui reste d'énergie, la première nécessité est d'assurer sa survie immédiate* » (6)

Peut-on évoquer la non-assistance à personne en danger dans une éventuelle abstention d'intervention ?

Ces questions nécessitent un dialogue, un retour en équipe et une réflexion globale lors de la réunion cas complexe.

2-5-5 La philosophie du prendre le temps

En effet, nos réflexions et choix d'interventions doivent impérativement coller au maximum à la représentation du temps de notre interlocuteur présentant une incurie dans le logement. Pour Marianne Ramonet « *le positionnement soignant en soutien au rétablissement implique de ne pas renoncer face aux difficultés, et de se demander si l'on a tout essayé afin de ne jamais préjuger d'une évolution défaitiste* » (11)

Des modèles ont été développés à Lille par l'équipe du DR Ramonet qui a « *développé un système d'interventions dans la communauté (domicile, lieux du quartier), basé sur la démarche « d'aller vers ». Cette démarche, liée à la notion de non-demande est permise par la mobilité. Il s'agit de prendre contact avec la personne de manière « informelle », et de faire émerger une demande qui pourra ensuite aboutir à un projet construit. La philosophie de ce programme est clairement d'éviter les mesures de coercition et la contrainte aux soins en mettant, en amont, les moyens de les prévenir ou désamorcer* » (11)

Dans la pratique, la première visite est souvent celle où beaucoup se joue, le moment où l'on négocie pour se faire accepter, pour se faire ouvrir la porte. Ça peut être le début d'un long travail de « séduction », d'acceptation mutuelle qui permettra peut-être d'ouvrir la porte à un changement. Il faut à l'inverse se préparer à l'échec de certains projets, à la récurrence, au rejet de nos interventions. Il faut aussi pouvoir changer d'avis, renoncer à certains projets qui nous paraissaient pourtant indispensables de prime abord (comme la nécessité d'une hospitalisation par exemple). Pour Nicolas Mériglod « *Il est probable que cette prise de position demande beaucoup d'effort, en particulier en termes de renoncement à certains idéaux professionnels* » (17)

Des questions éthiques doivent constamment sous-tendre notre pratique dans « l'aller vers »
Quelle légitimité y a-t-il à intervenir auprès des personnes ?

Quels risques sont susceptibles d'être encourus par la personne dont on présume la fragilité ?
Comment ne pas intervenir dans l'urgence devant une situation connue de mise en danger de la vie d'autrui ?

Pour Marianne Ramonet « *l'aller vers et la mobilité nous permettent également de faire émerger et aboutir les projets de personnes qui sont en difficulté, de par leur handicap, à*

avancer dans leurs projets de vie, au long cours. Et parfois, cette insistance polie peut questionner sur l'accompagnement les personnes qui ne formulent pas de demande » (11)

Je vais emprunter ici une vignette clinique à Patrick Coupechoux qui illustre parfaitement le type d'intervention que j'ambitionne pour notre équipe mobile et pour la concertation « cas complexe », l'instance de pensée, de réflexion :

« Il s'agit d'une vieille dame de soixante-sept ans, signalée par les services sociaux pour insalubrité. Veuve depuis cinq ans, elle vivait seule, recluse dans son appartement parmi objets hétéroclites et détritiques dont elle refusait de se séparer. Amaigrie, refusant toute aide, les services municipaux ont proposé pour elle une hospitalisation d'office, mais l'équipe de secteur s'y est opposée et a proposé un « travail de crise » à domicile pendant quelques mois. Une relation de confiance se noue. Petit à petit, celle-ci n'est plus apparue comme « une folle en danger, barricadée au cœur d'un océan d'immondices », mais comme « une petite fille triste abandonnée dans un océan de trésors ». Durant des semaines, les soignants de l'équipe se sont succédé chez la patiente, et, à chaque fois, ils en sont sortis avec un objet dont elle avait accepté de se dessaisir après leur en avoir raconté l'histoire. Un jour, c'était un vieil aspirateur dans son carton d'origine, le lendemain, un coffret de photos, le surlendemain, des fleurs séchées... D'objet en objet, la patiente a pu reconstituer son histoire et la livrer, fragment par fragment, aux soignants : son enfance dans un petit village d'Allemagne, sa rencontre avec son mari, l'anorexie et le suicide de sa fille, son seul enfant, la haine qui en était née au sein du couple, la maladie puis le décès de son mari... Au bout de quelques semaines, elle s'est retrouvée dans son appartement trop vide. Elle a alors pensé à se pendre, mais finalement elle a appelé l'accueil. (...) Elle vit aujourd'hui dans un joli petit studio HLM, où elle dit se sentir comme la jeune fille fraîchement débarquée de son Allemagne natale. » (18)

2-5-6 Développer les filières d'aval :

- Renforcer l'accessibilité des centres médico-psychologiques (CMP) serait la première condition. Même si nous connaissons les difficultés rencontrés par les CMP actuellement, l'évaluation de notre équipe pourrait être gage d'une bonne indication d'un suivi spécialisé et facilitateur dans le passage de relais.

L'équipe mobile est un dispositif complémentaire qui ne se substitue pas au travail du Centre Médico Psychologique (CMP), elle relève d'une double mission « aller vers » et être acteur de première ligne pour cerner le problème de la souffrance psychique des personnes démunies.

Pour suivre les propositions et amendements de lois, l'hôpital pourrait choisir de modifier les pratiques des CMP et adopter par exemple une amplitude horaire d'ouverture plus adaptée aux besoins des usagers (soirs et week-ends par exemple). Cela permettrait de renforcer l'accueil des patients par un infirmier pour un premier rendez-vous, comme cela se fait souvent en pratique et comme le prévoit le décret de compétence à propos du rôle propre de l'infirmier (article R. 4311-5 du code de la santé publique, point 40 : entretien d'accueil privilégiant l'écoute de la personne avec orientation si nécessaire).

- Renforcer les liens et dialogue entre médecins traitants et médecins psychiatres

L'organisation des soins en France laissant une place centrale aux médecins généralistes, ces derniers sont souvent en première ligne dans la prise en charge des troubles de santé mentale et dans la prescription des psychotropes.

Selon JC Monfort. *« La collaboration des généralistes serait la bienvenue. Nous tentons régulièrement de travailler avec eux, mais avec peu de succès. La faible démographie médicale, a pour effet des salles d'attente « bondées » et très peu de temps pour rencontrer les partenaires »* (16)

A l'inverse, les médecins généralistes se plaignent souvent du faible retour et partage d'information émanant du secteur psychiatrique et concernant des patients communs. Ils semblent également avoir du mal à identifier le bon interlocuteur dans les différents lieux de soins et dans les passages de relais opérés dans le cadre des parcours de soins.

Notre équipe réseau travaille déjà à une coopération avec l'AGECSA centres de santé. *« Si les besoins de l'AGECSA sont relativement bien identifiés, pour la psychiatrie, il s'agirait de pouvoir « confier » des patients stabilisés qui ne nécessitent pas un suivi psychiatrique au CMP, mais pour qui une consultation mensuelle chez le MG (renouvellement d'ordonnance) suffit, à condition qu'un relais existe en cas de besoin, et que le MG ne se sente pas isolé si le patient décompense. Cela pourrait libérer de la place dans les consultations médicales des CMP et permettre de recevoir de nouveaux patients, et d'avoir plus de temps pour ceux qui vont moins bien »*

Le projet est double *« Créer une structure CMP/CDS commune afin de favoriser le travail en collaboration au quotidien, à l'image des maisons ou des pôles de santé qui se créent dans l'agglomération (et ailleurs) et participer de manière institutionnelle à la vie de l'AGECSA en assistant à des réunions d'équipes, en travaillant le lien CMP/MG autour des préparations d'hospitalisation, des sorties, des soins... »*

Il serait donc souhaitable de renforcer des liens avec d'autres médecins généralistes, afin de détecter plus rapidement les troubles en santé mentale, de leur apporter une expertise quand ils sont confrontés à des difficultés d'ordre psychique chez leurs patients et de permettre aux médecins psychiatres une collaboration étroite pour un patient donné, voire un passage de relai pour le suivi médical.

-Renforcer les liens avec les lieux d'hospitalisation et de bilans médicaux (gériatrique, neuro) :

En effet, pour certaines situations déjà trop dégradées, où nous constatons que la personne présente un danger somatique ou d'ordre vital, un bilan gériatrique ou neurologique, voire une hospitalisation sont parfois nécessaires. La encore un conventionnement pourrait être envisagé avec différents services :

Au CHU de Grenoble, plusieurs services pourraient être approchés :

- La médecine sociale permet d'assurer une activité de médecine pour la prise en charge de patients en situation de précarité rendant leur sortie de l'hôpital complexe. Nous savons que la plateforme CPS a des liens privilégiés avec ce service et a pu, à plusieurs reprises, hospitaliser une personne nécessitant un bilan global ou une évaluation.
- l'HDJ gériatrique, situé au sein du service de médecine gériatrique. Il est spécialisé dans la prise en charge globale, médicale et psycho-sociale des personnes âgées fragiles.
- Le centre mémoire de ressources et de recherches (CMRR) est situé au pavillon de neurologie. Il propose des évaluations et des accompagnements de personnes adultes souffrant de troubles de la mémoire et du langage, et de troubles du comportement, secondaires à des maladies neurologiques (comme la maladie d'Alzheimer) ou à des traumatismes crâniens.

A la clinique du Dauphiné, établissement privé d'hospitalisation complète en psychiatrie dans lequel une unité de gérontopsychiatrie a vu le jour en 2016, l'unité Bayard.

Au Centre Hospitalier Alpes Isere (Chai) : outre les unités d'hospitalisations et les CMP, des liens seraient à travailler avec les hôpitaux de jour ou centres thérapeutiques à temps partiel, structures dédiées à des étayages de l'usager par des médiateurs et des activités.

Par ailleurs, des liens seraient à resserrer avec certaine **Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad)** ou **foyers logement** ou des lits d'accueil temporaire sont parfois disponibles et pourraient permettre en urgence de « mettre à l'abri » durant

quelques semaines ou quelques mois une personne qui serait dans l'attente d'un retour à domicile ou d'une place pérenne. Ces placements temporaires permettraient aussi une observation par une équipe professionnelle des capacités et des besoins de la personne et viendrait compléter la réflexion sur le projet de vie.

Enfin, le centre de prévention des Alpes (CPA) permet un bilan gériatrique complet mais exclut certaines personnes selon la caisse de retraite.

2-5-7 La médiation ou intermédiation locative avec les bailleurs

Le maintien dans le logement peut nécessiter une médiation avec le voisinage, qui bien souvent a donné l'alerte sur les conditions de vie en raison d'un état de délabrement de l'appartement ou d'incurie avancé. Comme nous l'avons déjà vu, les relations avec le voisinage peuvent être altérées et ce dernier peut souhaiter le départ de la personne.

Selon la Dihal « *L'objet de cette médiation serait d'expliquer la situation, sans pour autant donner d'informations médicales ou sociales personnelles, de diminuer le niveau de crispation autour des pratiques de la personne et de communiquer sur les actions mises en œuvre pour remédier aux conséquences gênantes des pratiques de leur voisin. Les voisins doivent sentir qu'ils ont dorénavant un recours pour signaler une éventuelle dégradation de la situation* » (12)

Nous savons par ailleurs que des demandes d'expulsion sont parfois demandées par le bailleur pour des impayés de loyers ou pour les troubles du voisinage. Une médiation pourrait là aussi permettre de temporiser et de gagner du temps.

Nous pouvons donc imaginer d'intégrer ponctuellement les bailleurs sociaux, via leur propre médiateur ou travailleur social, dans nos réunions cas complexe afin de travailler à cette question.

2-5-8 Intégration des médiateurs de santé pairs à notre équipe mobile :

C'est un projet à réfléchir, à laisser murir, à défendre auprès de nos tutelles. Pourquoi ne pas utiliser ces expériences pour affiner notre équipe qui permettrait un regard plus large sur les situations complexes, un regard différent, une complémentarité.

Nous pourrions dans un premier temps nous rapprocher des médiateurs de santé pairs embauchés par la direction de la santé publique et de l'environnement de la ville de Grenoble.

En effet, depuis janvier 2016, le service promotion de la santé de la ville de Grenoble a intégré 3 médiateurs (trices) pair(e)s en santé. La ville a fait le choix de recruter des habitants des quartiers politique de la ville, ayant connu des difficultés d'accès aux droits en santé ou

ayant connu des difficultés de santé. Leur mission est d'aller vers les publics qui ne viennent pas au devant des professionnels intervenant sur les quartiers. Le porte à porte constitue une part importante de leur activité.

« Recrutés pour leur savoir expérientiel, leur capacité à le faire valoir, ils agissent par alliance ou effet miroir avec les habitants rencontrés, sans décalage à priori d'aidant-aidé, utilisant aussi leur bilinguisme. Ils bénéficient dès lors d'une proximité sans égale, sont capables d'un soutien relationnel fort, d'accompagnements physiques poussés ou d'un aller-vers intégral. Cette approche « autorise une parole différenciée, parfois brute de décoffrage, mais qui pointe les réalités vécues par les habitants et les dysfonctionnements de nos systèmes locaux et nationaux » (22).

2-6 S'appuyer sur des organisations administratives nouvelles :

Nous savons que la collaboration entre services de psychiatrie et structures médico-sociales, reste fragile car elle repose beaucoup plus sur l'engagement et la bonne volonté des acteurs que sur une organisation pérenne de nos tutelles. Ce n'est pas à notre échelle d'équipe mobile que les choses peuvent se jouer mais connaître les textes et les lois et les nouvelles organisations proposées par le ministère de la santé est déjà un point primordial pour en réclamer l'application et, pourquoi pas, participer à son élaboration sur notre territoire.

En effet nous sommes les acteurs de terrain, nous connaissons donc les atouts et les manques sur notre territoire et nous pourrions être force de proposition et de construction.

2-6-1 La plateforme territoriales de santé mentale (PTSM) :

Elle s'appuie sur le projet territorial de santé mentale émanant du décret du 17/03/2017. *« Ce projet est élaboré et mis en œuvre à l'initiative des professionnels et établissements travaillant dans le champ de la santé mentale à un niveau territorial suffisant pour permettre l'association de l'ensemble des acteurs et l'accès à des modalités et techniques de prise en charge diversifiées ».*

Le PTSM facilitera le parcours de l'utilisateur, en mettant en relation tous les acteurs susceptibles d'intervenir à un moment ou à un autre dans ce parcours : médecins généralistes, familles et proches, psychiatrie de secteur et psychiatrie privée, associations d'utilisateurs, élus locaux, pédiatres, infirmières libérales, enseignants et éducateurs, professionnels du social et du médico-social, de la police et de la justice, des services d'urgence hospitalière et de soins somatiques, d'aide à l'enfance et d'aide au logement, de l'insertion professionnelle et des entreprises.

La encore les plateformes territoriales en santé Mentale pourraient être le support de nos coordinations et réflexions autour de situations complexes à domicile.

Nous retiendrons particulièrement la priorité IV : « *De la prévention et de la prise en charge des situations de crise et d'urgence* ». **Cette priorité recouvre notamment l'organisation de l'intervention des professionnels de la psychiatrie au domicile des personnes, y compris dans les structures d'hébergement sociales et médico-sociales, en prévention de la crise et en cas de crise. Elle promeut les partenariats nécessaires entre les professionnels de santé et ces structures, incluant des interventions concertées et coordonnées.**

2-6-2 Les groupements de coopération sanitaire médico sociale GCSMS

Selon le CCOMS « *Le Groupement de coopération sanitaire a pour objet la recherche, la formation et la mise en œuvre d'actions visant le développement de dispositifs de santé mentale intégrés dans la communauté, incluant prévention et insertion. Le groupement œuvre à la promotion des échanges professionnels et à toute action de lutte contre la stigmatisation en santé mentale et en psychiatrie. Il favorise et soutient la participation des représentants des usagers, familles et aidants* ». Ils sont issus de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002.

Nous pouvons prendre l'exemple du GCSMS de Marseille qui associe des partenaires issus de différents secteurs d'activité (Bailleurs, structures sociales, médico-sociales, associations d'accompagnement au logement et /ou à l'hébergement, etc.) afin de faciliter l'accès et le maintien des personnes souffrant de troubles psychiques dans l'habitat, grâce à une cohérence accrue des actions menées par les différents acteurs.

CONCLUSION

L'aboutissement de ce mémoire représente également celui de la formation du Diplôme Inter-Universitaire « Santé mentale dans la Communauté ». L'enseignement riche et varié m'a permis d'appréhender les concepts nouveaux pour moi de la santé mentale et de psychiatrie communautaire. Cet enseignement m'a surtout permis d'élargir mes horizons professionnels vers de nouvelles perspectives en terme de collaboration, d'ouverture à d'autres pratiques et de décloisonnement.

Tout au long de ces trois périodes de formation puis de la rédaction de ce mémoire, j'ai été tiraillée entre deux visions des choses : la légitimité d'une organisation des soins telle que je l'ai toujours connue et qui est en quelque sorte le berceau de mon identité professionnelle d'une part, et la prise de conscience progressive et l'acceptation que d'autres perspectives sont possibles d'autre part. L'acceptation qu'une organisation construite avec d'autres regards que le seul regard psychiatrique, articulée autour d'une personne singulière et orientée sur ses besoins soit envisageable. L'acceptation d'une organisation qui tenterait de dépasser les phénomènes qui freinent les accompagnements tels que des stigmatisations, des peurs, des représentations sociales, des idéaux professionnels, des enjeux politiques ou économiques...

C'est ce long cheminement qui m'a permis l'élaboration d'un entre deux et qui a surtout laissé place à l'espoir d'un changement possible.

Revisiter l'organisation des soins c'est donc s'appuyer sur le vaste réseau de partenaires et se persuader que la psychiatrie ne peut plus porter seule les problématiques de Santé mentale concernant ce public spécifique présentant une incurie dans l'habitat, c'est se persuader que l'autre est indispensable au cheminement et à l'action.

Avec la mise en place de ce modèle de maillage professionnel et d'une équipe de psychiatrie mobile nous avons ainsi l'opportunité d'ajuster nos cultures et nos pratiques professionnelles, de décloisonner nos pratiques, d'aller à la rencontre des médecins généralistes, de travailler à une amélioration de la coordination des soins.

J'ai bien conscience que les changements structurels nécessaires à la mise en place de ce dispositif sont aussi entre les mains de décideurs et de tutelles. Mais à travers ce mémoire et cette proposition d'équipe mobile, je fais le pari que petit à petit les pratiques peuvent évoluer

et que l'idée du rétablissement et de l'empowerment fera son chemin dans l'esprit des soignants.

BIBLIOGRAPHIE :

- 1- Mériglod N., 2007, thèse « L'incurie dans l'habitat » université Claude Bernard Lyon1. P 8
- 2- Monfort JC , Hugond-Diener L., Devouche E., Wong C., Pean I , « Syndrome de Diogène et situations apparentées d'auto-exclusion sociale bizarre et paradoxale ». Neuropsychiatrie du vieillissement, Vol 18, n° 2, 141-53, Juin 2010
- 3- Clark A.N.G. , Mankikar G.D, Gray I. ,Diogène Syndrome, a clinical study of gross neglect in old age. Lancet 1975, 15; p 366-368
- 4-Thomas KNECHT, *Le syndrome de Diogène : un phénomène d'accumulation de déchets du point de vue psychiatrique : Le besoin obsessionnel et compulsif d'accumuler et de thésauriser, comme trouble du comportement envahissant*, 2007
- 5-Mériglod N., 2007, thèse « L'incurie dans l'habitat » université Claude Bernard Lyon1. P 23 à 28
- 6- Rahmani. R Mémoire « L'incurie dans l'habitat » Mémoire pour Diplôme interuniversitaire « Santé mentale dans la communauté » 2014
- 7- Laforcade, M. Rapport relatif à la santé mentale. Directeur ARS Nouvelle Aquitaine. Oct2016. P 15 à31, p 10
- 8-Furtos F., « Quelques aspects de la santé mentale concernant l'habitat dans l'accompagnement des personnes précaires. » L'habitat dans l'accompagnement. ORSPERE-SAMDARRA.
- 9- Mériglod N., 2007, thèse « L'incurie dans l'habitat » université Claude Bernard Lyon1. P 85
- 10- Laforcade, M. Rapport relatif à la santé mentale. Directeur ARS Nouvelle Aquitaine. Oct2016. P60.
- 11-Ramonet.M.<https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2016-5-page-365.htm>
- 12- DIHAL (délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement). *Guide incurie : lutter contre l'habitat indigne, agir face aux situations d'incurie dans le logement, accompagner les personnes en difficulté*. Oct 2013
- 13- Brochure « prise en charge des situations d'incurie dans l'habitat » ARS Rhône-Alpes-Action pour l'Insertion dans le Logement ALPIL
- 14- ORSPERE SAMDARRA. Actes de la journée d'étude annuelle. « Incurie dans l'habitat. Evaluation clinique, partenariats, modes d'intervention. Décembre 2014

15- Petitqueux-Glaser C. Case management : *quelles compétences professionnelles pour un accompagnement global et un suivi coordonné en santé mentale ?*
<https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-2010-1-p-109.htm>

16- Jean Claude MONFORT, Laurence HUGOND-DIENER, Emmanuel DEVOUCHE, Catherine WONG, Isabelle PEAN :
Le syndrome de Diogène et les situations apparentées d'auto-exclusion sociale, Enquête descriptive. Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement. Volume 8, Numéro 2, 141-53, juin 2010

17- Mériglod N., 2007, thèse « L'incurie dans l'habitat » université Claude Bernard Lyon1. P 95-96

18 - Coupechoux P., Un monde de fous. Comment notre société maltraite ses malades mentaux. Paris : Seuil, 2006, p.178-179

19- Bellot C, Rivard J « L'intervention par les pairs. Un enjeu multiple de reconnaissance » dans *Les transformations de l'intervention sociale. Entre innovation et gestion des nouvelles vulnérabilités ?* sous la direction de E. Baillergeau et C. Bellot, Presses de l'Université du Québec, 2007, p. 175.

20- Gesmond T, Document de travail « *la pair aidance* »- Dihal, 13 juillet 2016 avec la contribution d'Anne Cinget et de Pascale Estecahandy. P1

21- L. Demailly, C. Bélart, C. Déchamp Le Roux, O. Dembinski, C. Farnarier (2014). *Le dispositif des médiateurs de santé pair en santé mentale : une innovation controversée.*

22- <http://www.villes-sante.com/actions-des-villes/grenoble-experimentation-de-mediateurs-pairs-en-sante/>

Résumé :

Infirmière dans un centre hospitalier psychiatrique en Isère j'ai été plusieurs fois amené à réfléchir, dans le cadre du conseil local de santé mentale de la ville de Grenoble, à des conduites à tenir face à des problématiques d'incurie dans l'habitat et de syndrome de Diogène.

Cette réflexion m'a fait prendre conscience de la complexité psycho sociale rencontrée par les personnes présentant une incurie dans l'habitat et qu'il n'existait aucune équipe ou coordination dédiée à l'aide à apporter à ce public singulier.

Ce travail fait donc un état de lieux des acteurs de notre territoire, décrit les freins observés pour une prise en charge de ce public, et expose le cadre légal du contexte de santé en France et localement.

Dans un second temps, en m'appuyant des concepts de santé mentale telle que la psychiatrie communautaire ou le principe de rétablissement, je propose l'élaboration d'une organisation pluri professionnelle et la création d'une équipe mobile dédiée aux problématiques d'incurie dans le logement.

Mots-clés :

Incurie

Syndrome de Diogène

Psychiatrie communautaire

Rétablissement ou Empowerment

Equipe mobile