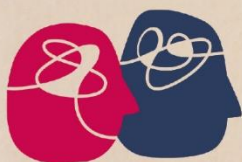


Évaluation du dispositif Logipsy

Phase 1. Le processus mis en oeuvre



F2RSM Psy

Fédération régionale de recherche
en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France

Les auteurs :

Oumaïma El Qaoubii¹

Laurent Plancke²

Alina Amariei³

1. Stagiaire Institut lillois d'ingénierie de la santé

2. Responsable de l'observatoire de la santé mentale et de la psychiatrie

3. Chargée d'études

Relecture et corrections : Pauline Bareille

Couvertures : Jean Chelala

Directeur : Dr Thierry Danel

Table des matières

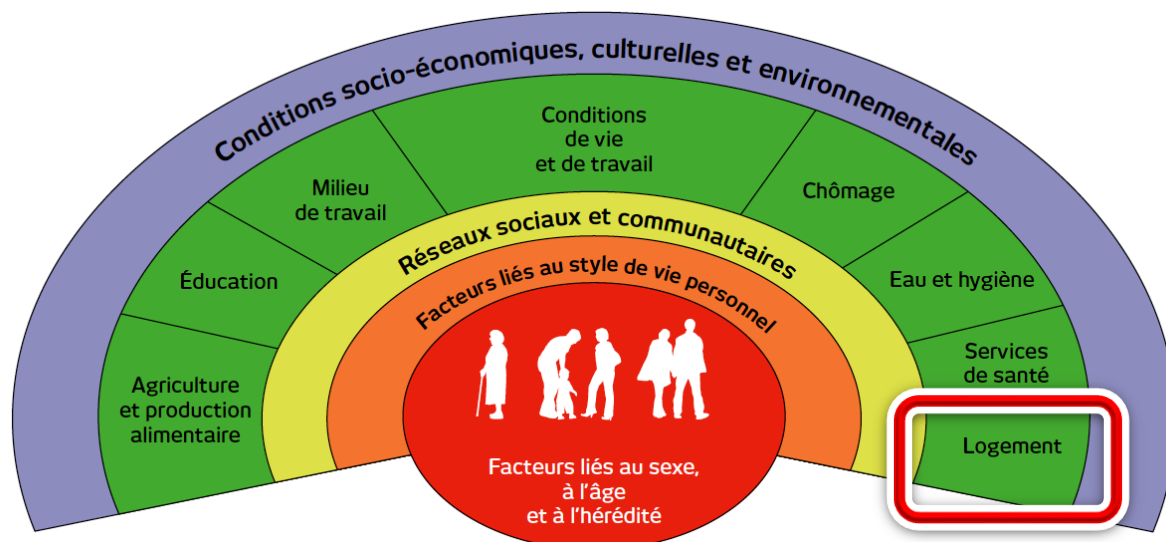
Introduction.....	4
Le logement : un déterminant de santé mentale	4
Description du programme évalué	5
Financement du dispositif.....	8
Objectifs de l'étude	9
Méthodes.....	9
Analyse des statistiques d'activité.....	9
Enquête par entretien auprès des acteurs et partenaires du programme	10
Résultats.....	10
Les chiffres du programme.....	10
Données d'activité.....	10
Caractéristiques des bénéficiaires (acceptés par le comité technique)	11
Personnes accompagnées	12
Intervention-type.....	13
Enseignements des entretiens	13
Genèse et inscription de Logipsy dans les politiques publiques	13
La perception du dispositif par les professionnels.....	14
Les méthodes d'accompagnement	15
La coordination.....	16
Partage d'informations	18
La plus-value du dispositif.....	18
Des améliorations possibles.....	19
La non-adhésion, le décrochage de certains.....	20
La perception d'un changement chez la personne accompagnée	21
Discussion	21
Conclusion	24
Liste des sigles et acronymes	25
Bibliographie	26

Introduction

Le logement : un déterminant de santé mentale

En 1986, la charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (OMS) a reconnu le logement comme une des conditions indispensables à la bonne santé d'une personne (1).

Figure 1. Les déterminants de la santé, le schéma de Whitehead et Dahlgren (1991) (2)



Les liens entre la santé mentale et le logement sont évoqués par de nombreux auteurs, notamment depuis le virage ambulatoire en psychiatrie, qui s'est traduit par un besoin de logement pour de nombreux patients, qui auparavant séjournaient de très longues périodes à l'hôpital. Les grandes institutions psychiatriques qui prenaient en charge les soins et l'hébergement des patients, ont laissé place à une situation où « *Le logement et la santé constituent désormais deux mondes séparés par les politiques qui les régissent, par leurs auteurs ...Pourtant, ils sont véritablement interdépendants* » (3).

Plusieurs études ont mis en évidence le lien entre la santé et le logement. En effet un logement inadapté à la personne ou une absence de logement favorisent les problèmes psychiques. En 2012 une enquête auprès de la patientèle de différents services de psychiatrie du Centre hospitalier Edouard Toulouse à Marseille retrouve une absence de logement pour 50% des patients hospitalisés (4).

Les Commissions de coordination des actions de prévention des expulsions (Ccapex) ont constaté que des personnes sortant d'une hospitalisation relativement longue se retrouvaient sans logement à l'issue d'une accumulation d'impayés et d'une procédure d'expulsion qu'ils n'avaient pas eu la capacité de suivre (3).

Les personnes vivant dans les logements sociaux sont particulièrement vulnérables ; dans l'introduction de son article, Holding (5) reprend certains travaux ayant traité de ce sujet, comme l'étude de Johnson (6) qui établit que « *les personnes vivant dans un logement social sont 1,5 fois plus susceptibles de souffrir d'une mauvaise santé mentale* » ou celle du Premier Ministre britannique (7) dans laquelle les personnes présentant des troubles mentaux sont 4 fois plus susceptibles de déclarer que les conditions de logement détériorent leur santé.

L'accès au logement a toujours constitué un objectif des programmes sociaux en direction de publics non insérés ou désinsérés (jeunes, usagers de drogues ...), mais l'urgence sociale amène souvent ceux-ci à privilégier les objectifs de survie, qui passent alors devant le recours aux soins et la compliance. Par un bouleversement de paradigme, les programmes *Housing first*, en Amérique du Nord et en Europe, s'appuient sur le postulat d'un nécessaire étayage social par le logement pour la réhabilitation des patients, psychotiques ou dépendants de substances psychoactives notamment ; leur intérêt est mesuré à la prévention des réhospitalisations ou/et à la réduction des coûts induits par la prise en charge (8). En France, une expérimentation du programme *Un chez soi d'abord* a été réalisée à Marseille, Toulouse, Paris et Lille ; sans attendre les résultats de son évaluation, les pouvoirs publics

ont décidé de la création d'appartements de coordination thérapeutique *Un chez-soi d'abord* (9). Le logement n'y est plus un objectif de programmes de réinsertion/réhabilitation, mais une condition d'accès et de poursuite des soins.

Si l'intérêt d'un accès inconditionnel à un logement a fait l'objet d'études, celui de programmes visant à prévenir l'expulsion et à favoriser le maintien dans le logement chez des personnes présentant des troubles mentaux, n'a pas fait, à notre connaissance, l'objet d'expérimentations formalisées. En lien avec différents partenaires, notamment des organismes bailleurs, La Sauvegarde du Nord et l'EPSM de l'Agglomération lilloise ont déployé, en 2016, un programme se fixant ces objectifs, qu'ils ont nommé *Logipsy* (10).

Description du programme évalué

Logipsy, créé en mai 2016, est un dispositif géré par La Sauvegarde du Nord, association médico-sociale qui s'adresse à des personnes et à des groupes en situation de vulnérabilité économique, sociale ou médicale¹, en étroite association (et convention) avec l'Établissement public de santé mentale de l'agglomération lilloise (EPSM-AL) prenant en charge les personnes souffrant de troubles psychiques au sein de la population de Lille, Roubaix, Villeneuve d'Ascq et environs². De plus, il est largement soutenu par les Conseils locaux de santé mentale (CLSM) de Lille et Roubaix, « *des plateformes de concertation et de coordination des actions à conduire au plan local avec les partenaires concernés par les problèmes de santé mentale* »³. Dans une enquête sur les CLSM, le Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS) retrouve le logement comme 2^e thématique abordée par ces instances de concertation ; il fait l'objet d'une commission spécialisée dans 73% des CLSM ayant répondu à l'enquête ; pour Guézennec, « *le logement est une thématique prioritaire pour l'ensemble des acteurs : élus, usagers, aidants, soignants, travailleurs sociaux, etc. Les difficultés liées au logement et à l'habitat impactent toutes les dimensions de la personne : rupture de prise en charge tant au niveau social, thérapeutique, professionnel, familial. Le logement est central dans le rétablissement des personnes souffrant de troubles psychiques* » (11).

Ce dispositif a vu en effet le jour après la réponse de la Sauvegarde du Nord et l'EPSM-AL à l'appel à projets pour l'« *innovation sociale dans le champ de l'hébergement et de l'accès social* » de la Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (Dihal). L'objectif de ce dernier est « *de développer des solutions nouvelles d'accompagnement des publics sans abri ou risquant de l'être qui ne trouvent pas actuellement de réponses adaptées dans le dispositif de l'hébergement et de l'accès au logement. Il vise en particulier les thématiques suivantes: le public jeune, les personnes atteintes de troubles psychiques, la prévention des expulsions locatives, ou la pair-aidance* »⁴.

La Sauvegarde du Nord a répondu à cet appel à projets en 2016 en collaboration avec l'EPSM-AL. Le programme s'est d'abord déployé sur les secteurs dépendant de l'EPSM-AL, à Lille⁵, dans le Roubaisis et à Villeneuve d'Ascq et communes avoisinantes.

¹ La Sauvegarde du Nord est une association dont le siège est situé à Lille ; avec plus de 1400 professionnels, elle gère 90 services dans le champ du handicap, de la protection de l'enfance, de la santé et de l'addictologie <https://www.lasauvegardedunord.fr/sauvegarde/>

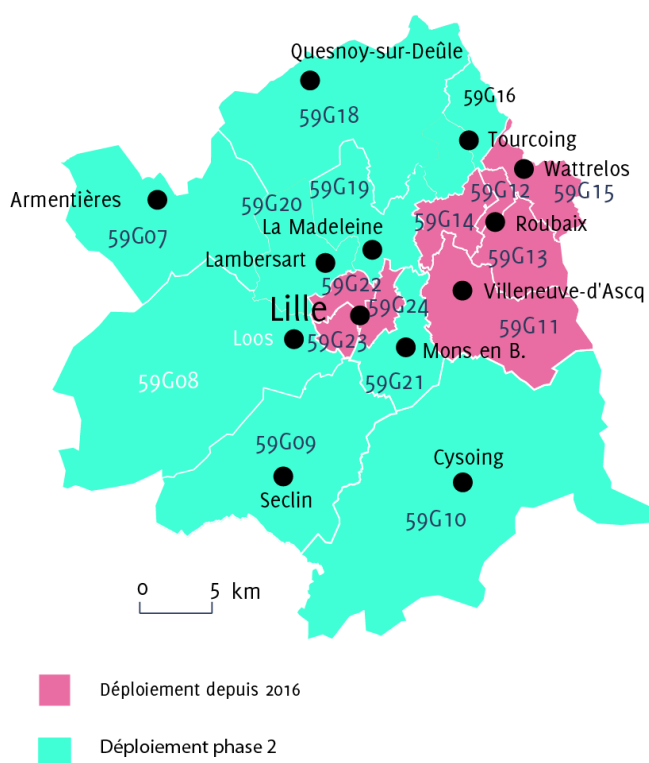
² <https://www.epsm-al.fr/epsm>

³ <https://www.solidarites-usagerspsy.fr/s-engager/ce-qui-existe-en-france/conseils-locaux-de-sante-mentale-clsm/>

⁴ <http://www.nord.gouv.fr/Politiques-publiques/Solidarite-hebergement-logement-politique-de-la-ville-et-renovation-urbaine/Appel-a-projets-innovation-sociale-dans-le-champ-de-l-hebergement-et-de-l-acces-au-logement>

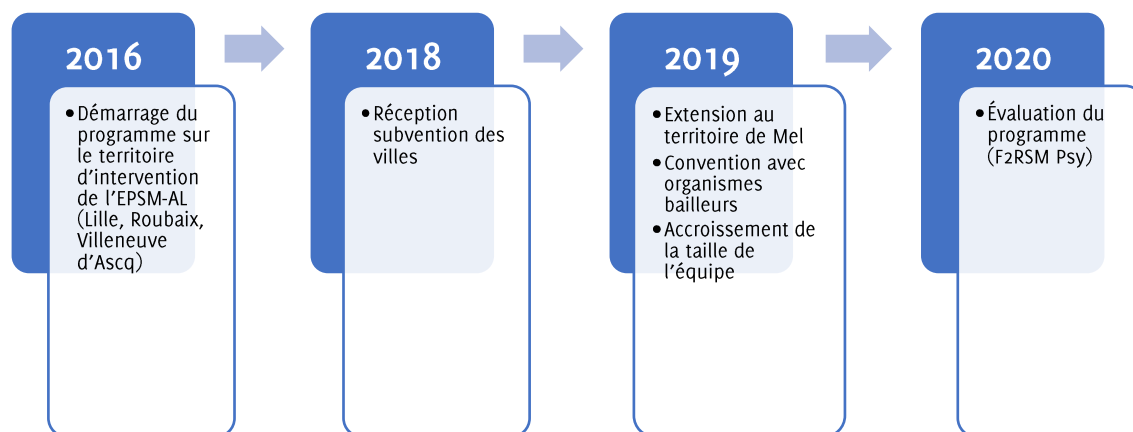
⁵ Nom compris les communes associées de Lomme et d'Hellemmes.

Carte 1. Secteurs couverts par Logipsy, depuis 2016 et 2019 (phase 2).



En 2019, les bailleurs sociaux Lille Métropole Habitat (LMH), Vilogia et Partenord Habitat⁶ avec la Sauvegarde du Nord ont répondu au 4^e appel à projets « 10 000 logements HLM accompagnés » afin que le dispositif soit déployé sur l'ensemble du territoire de la Métropole européenne de Lille (Mel). À l'issue d'une réponse favorable à cet appel, une convention a été signée entre ces derniers en décembre 2019.

Figure 2. Les dates-clés du dispositif



Logipsy vise à favoriser le maintien ou le retour dans leur logement décent de personnes souffrant de troubles de santé psychique et présentant un risque de perte de leur logement notamment pendant et/ou après une période d'hospitalisation. Pour répondre de manière efficiente à cet objectif, une

⁶ Ces trois organismes gèrent respectivement 36 000 logements dans la Métropole européenne de Lille, pour LMH, 72 000 pour Vilogia (au sein des grandes métropoles françaises) et plus de 52 000 dans le Nord, essentiellement, pour Partenord Habitat.

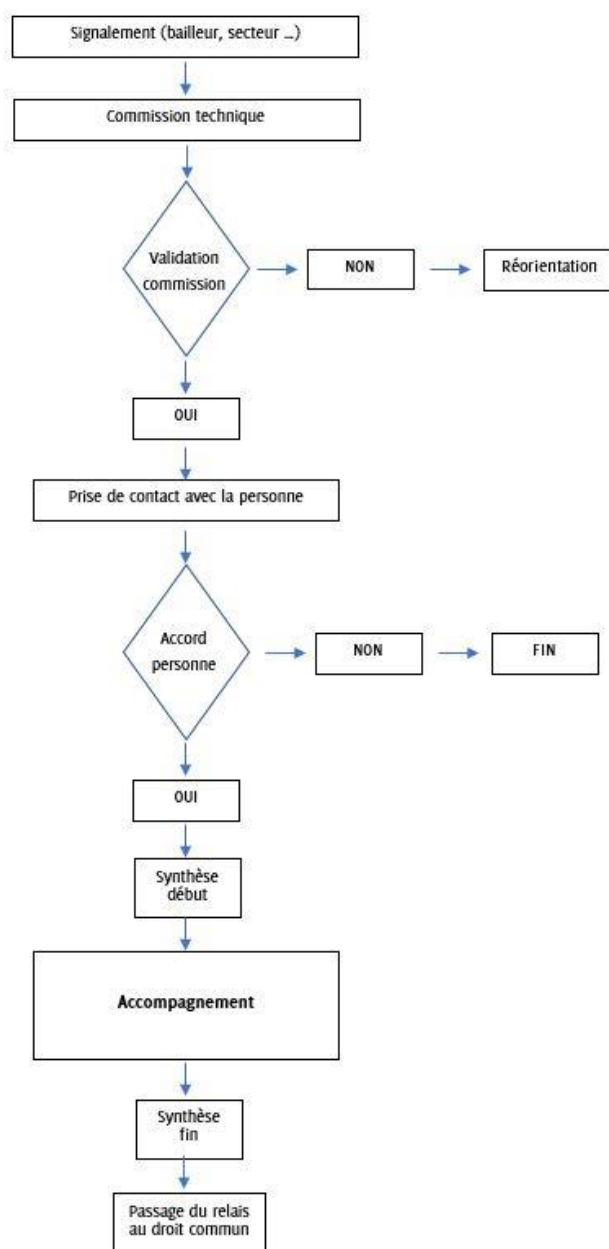
équipe est mise en place pour accompagner de manière intensive et régulière les personnes sur une durée de 3 mois renouvelable 1 fois maximum.

Cette équipe est constituée d'une coordinatrice de parcours et de deux Techniciens d'intervention sociale et familiale ; elle collabore avec un professionnel du secteur de psychiatrie de rattachement de la personne. L'intervention du TISF vise *“à permettre l'intégration sociale, le développement et l'autonomie des personnes aidées ; son rôle est à la fois préventif, éducatif, d'accompagnement et de soutien. Ce dernier intervient auprès de personnes ayant besoin d'aide dans des circonstances particulières : longue maladie, difficultés sociales...”*⁷. Quant à la coordinatrice de parcours, son métier permet en général de recentrer les informations et d'organiser les différentes interventions afin d'éviter les doublons, toute rupture de prise en charge et donc d'accrocher la personne au soin. Pour mener à bien cette dernière mission, il est important de collaborer avec les structures de soin.

Afin d'offrir un accompagnement adapté et efficace en termes d'intervention et de prise en charge, le dispositif Logipsy a mis en place un processus standardisé.

⁷ <https://solidarites-sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-du-travail-social/les-fiches-metiers-du-travail-social/article/technicien-de-l-intervention-sociale-et-familiale-tisf>

Figure 3. Schéma chronologique de Logipsy

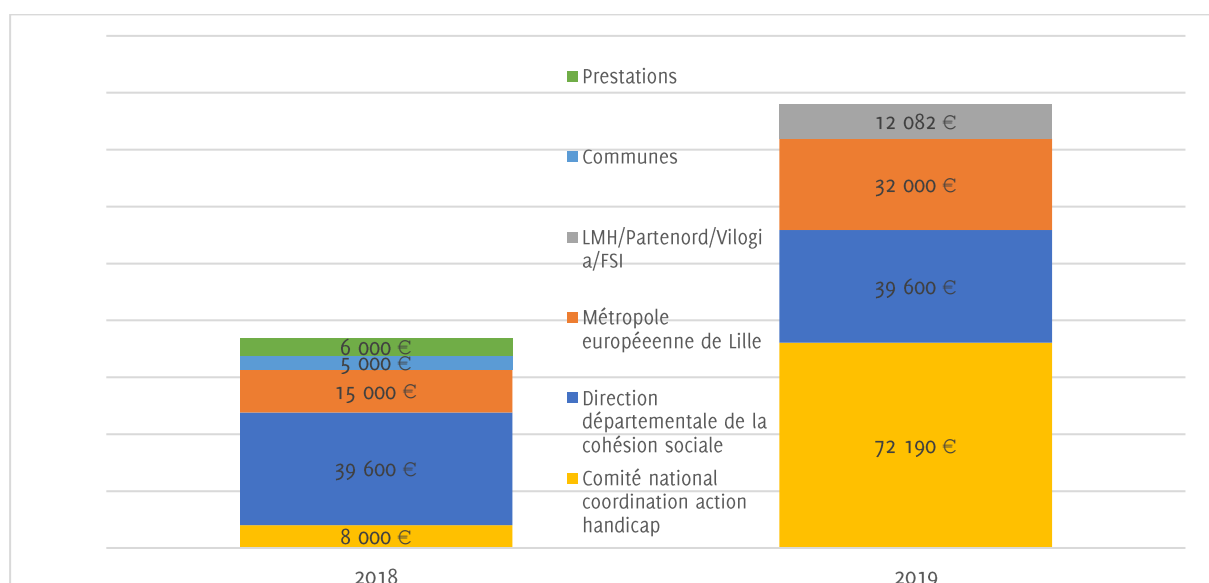


Financement du dispositif

En 2018, les recettes du dispositif s'élevaient à près de 74 000€ ; elles provenaient, pour plus de la moitié (54%) de la Dihal et pour un cinquième de la Mel. En 2019, le budget connaît un quasi-doublement, pour approcher les 156 000€. Les moyens de l'équipe sont doublés. Le Comité national coordination action handicap (CCAH)⁸ devient le premier contributeur du programme, avec 46% de ces recettes en 2019.

⁸ Le CCAH regroupe différents groupes de protection sociale, des mutuelles, des comités d'entreprise et des associations nationales du champ médico-social. Il se déclare le « premier financeur privé dans le domaine du handicap en France », « regroupe tous les groupes de protection sociale, les associations nationales du handicap, des mutuelles, des entreprises, des comités d'entreprise et tout autre organisme s'intéressant aux missions de l'association ». https://www.ccah.fr/CCAH/Accueil/Qui-sommes-nous#1_1

Figure 4. Distribution des recettes du programme Logipsy. 2018 (73 600€) et 2019 (155 872€).



Source : La Sauvegarde du Nord.

Objectifs de l'étude

La Fédération régionale de recherche en psychiatrie et en santé mentale des Hauts-de-France (F2RSM Psy), Groupement d'intérêt public des établissements de santé ayant une activité de psychiatrie dans les Hauts-de-France, a été sollicitée en octobre 2019 par la Sauvegarde du Nord pour mener une évaluation participative de ce dispositif.

Les objectifs de cette évaluation sont d'une part évaluer l'effectivité du programme à l'aide d'une enquête qualitative auprès de professionnels de différents champs et à partir des indicateurs d'activité, et d'une autre part évaluer l'évolution du risque d'expulsion et la compliance thérapeutique des bénéficiaires et ce à travers la comparaison de leur situation avant-après l'accompagnement⁹.

Méthodes

Analyse des statistiques d'activité

La base d'activité 2016-2019 du programme a fait l'objet d'une exploitation. Depuis son démarrage, en mai 2016, chaque personne orientée fait l'objet d'une saisie comprenant les informations suivantes :

- N° Fiche
- Date de réception de la demande
- Date du comité technique statuant sur la demande
- Décision du comité technique (inclusion, refus, attente)
- Âge
- Nombre de personnes (seul ou couple)
- Sexe
- Commune de résidence
- Situation familiale
- Nombre d'enfants
- Origine des ressources
- Statut d'occupation du logement
- Statut du propriétaire du logement (bailleur social, propriétaire privé ...)
- Organisme à l'origine de l'orientation vers Logipsy
- Date de démarrage des démarches en direction du bénéficiaire (entrée)
- Date de début de l'accompagnement

⁹ Dans ce premier rapport, seuls les résultats de la phase 1 sont présentés. Un second sera publié en 2021 sur l'évaluation des résultats du dispositif en proposant la mesure des évolutions de ses bénéficiaires, du point de vue de leur logement et de leur adhésion aux soins proposés.

- Date de sortie du programme Logipsy

Enquête par entretien auprès des acteurs et partenaires du programme

L'objectif de cette partie de l'évaluation étant d'évaluer le processus, il nous a semblé nécessaire d'interroger à l'aide de séries d'entretien des professionnels de différents champs (social, médico-social et sanitaire, autres services).

Les thèmes abordés à l'entretien étaient :

- La genèse du dispositif
- La perception des professionnels du dispositif
- Le point de vue des professionnels sur la coordination, le partage d'informations
- Les points à améliorer et les pistes d'amélioration
- Le risque de décrochage des personnes

Les professionnels ont été contactés par courriel ou téléphone. Pour les professionnels relevant du secteur psychiatrique, une lettre d'information a été envoyée à leur directeur d'établissement et à leur chef de pôle. Les entretiens étaient conduits avec une grille, adaptée selon la position des personnes interviewées (membre de La Sauvegarde ou partenaire). Ils ont duré généralement 45 minutes environ avec un rappel du respect de l'anonymat.

Résultats

Seront tour à tour présentés les statistiques du programme depuis 2017 et les enseignements des entretiens.

Les chiffres du programme

Données d'activité

Les données ont été extraites de la base d'activité alimentée au fil de l'eau par La Sauvegarde, fin mai 2020. Les informations ultérieures (fin, interruption ...) n'ont donc pu être prises en compte.

Demandes et validations

Tableau 1. Nombre d'orientations vers le dispositif et de validations par le comité technique. 2017-2019

Année	Demandes	Validations
2017	68	58
2018	72	64
2019	107	111*
Total	247	233

*dont 6 dossiers reçus en 2018

94,3% des demandes sont validées par le comité technique sur la période 2017-2019.

Accompagnements

Sur ces dossiers validés, tous ne donnent pas lieu à un accompagnement¹⁰ par l'équipe Logipsy, pour des raisons liées au bénéficiaire, qui ne donne pas suite aux propositions, ou aux partenaires, qui ne confirment pas leur demande, par exemple.

Plus de 3 dossiers acceptés en comité technique sur 5 donnent lieu à un accompagnement. Cette proportion est stable durant la période de l'étude (cf. Tableau 2).

¹⁰ Dans la terminologie adoptée par l'équipe de Logipsy, l'accompagnement débute lorsqu'il y a un engagement réciproque avec la personne. Les contacts et visites antérieurs ne se concluent pas automatiquement par un accompagnement.

Tableau 2. Taux d'accompagnement des personnes dont le dossier a été validé en comité technique. 2017-septembre 2019

Année validation	Accompagnement	Non	Total	Taux
2017	37	21	58	63,8%
2018	40	24	64	62,5%
2019*	43	24	68	64,7%
Total	121	69	190	63,7%

* Statistique arrêtée pour les dossiers validés avant le 1er octobre 2019.

Exemple de lecture : sur 58 dossiers validés en comité technique en 2017, 37 ont donné lieu à un accompagnement (les 21 autres n'ayant pu se concrétiser).

Caractéristiques des bénéficiaires (acceptés par le comité technique)

Les caractéristiques présentées sont celles des personnes acceptées par le comité technique. Les femmes (52,4%) sont plus nombreuses que les hommes (47,6%). L'âge moyen des bénéficiaires est de 52,8 ans ($\pm$ écart-type 14,0) ; il est plus élevé chez les femmes (54,1 $\pm$ 14,8) que chez les hommes (51,3 $\pm$ 12,9). Plus de deux tiers d'entre eux sont célibataires (68,2%).

Quatre bénéficiaires du programme sur cinq sont locataires (82,8%), un peu plus d'un sur dix est propriétaire (12,0%) ; quatre personnes sont logées chez leurs parents.

Les locataires (N=194) ont le plus souvent un bailleur social (63,9%) ; dans un quart des cas, il s'agit d'un bailleur privé (26,3%) et dans un cas sur dix une association¹¹ (8,8%).

Les organismes sollicitant le plus Logipsy sont les services de psychiatrie (40,9%) ; les associations (18,5%) et les organismes bailleurs (18,1%) sont chacun à l'origine d'une demande sur cinq.

Tableau 3. Caractéristiques des personnes dont le dossier a été accepté en comité technique. 2017-2019.

Variable	Modalité	N	%
Ensemble		233	100,0%
Age	<30	9	3,9%
	30-39	33	14,2%
	40-49	52	22,3%
	50-59	60	25,8%
	60-69	46	19,7%
	70 et +	25	10,7%
	SI	8	3,4%
Sexe	Femmes	122	52,4%
	Hommes	111	47,6%
Statut marital	Célibataire	159	68,2%
	SI	8	3,4%
	Veuvage	12	5,2%
	Concubinage/mariage	13	5,6%
	Séparation	41	17,6%
Commune de résidence	Lille	106	45,5%
	Roubaix	40	17,2%
	Autres	57	24,5%
	Villeneuve-d'Ascq	11	4,7%
	Wattrelos	7	3,0%
	SI	12	5,2%
Etablissement de référence ¹²	EPSM de l'Agglomération lilloise	181	77,7%
	EPSM Lille-Métropole	24	10,3%
	CHU de Lille	8	3,4%
	SI	20	8,6%

¹¹ Archipel, Aréli ou Soliha.

¹² Etablissement gérant le secteur de psychiatrie dont relève la personne.

Variable	Modalité	N	%
Nombre d'enfants	0	86	36,9%
	1	26	11,2%
	2	26	11,2%
	3 et +	16	6,9%
	SI	79	33,9%
Statut d'occupation	Locataire	194	83,3%
	Parents	4	1,7%
	Propriétaire	28	12,0%
	SI	8	3,4%
Statut propriétaire logement	Social	126	54,1%
	Privé*	81	34,8%
	Associatif	17	7,3%
	SI	9	3,9%
Organisme demandeur	Psychiatrie	95	40,9%
	Association	43	18,5%
	Bailleur	42	18,1%
	Commune	29	12,5%
	Autre	24	10,3%

*dont les 28 propriétaires de leur logement

Bases et rapports activité programme\base actualisée - Corrigée.xlsx \caractéristiques

Personnes accompagnées

Comme signalé plus haut, toutes les personnes acceptées en comité technique ne sont pas accompagnées, pour des raisons personnelles (refus des propositions de l'équipe) ou circonstanciées. Nous avons recherché si des facteurs étaient à l'origine de différences significatives dans le taux d'accompagnement des personnes acceptées par le comité technique, sur un échantillon de 238 personnes.

Tableau 4. Taux d'accompagnement des personnes acceptées dans le dispositif Logipsy selon différentes variables. Janvier 2017-septembre 2019. N=190

		Accompagnés	Non	Total	Taux d'accompagnement	P Khiz
Total		121	69	190	63,7%	
Sexe	Femmes	66	36	102	64,7%	0,7526
	Hommes	55	33	88	62,5%	
Age	<30	2	3	5	40,0%	0,0153
	30-39	17	11	28	60,7%	
	40-49	37	8	45	82,2%	
	50-59	31	18	49	63,3%	
	60-69	26	14	40	65,0%	
	70 et +	7	12	19	36,8%	
Statut d'occupation	Locataire	104	58	162	64,2%	0,3593
	Propriétaire	17	6	23	73,9%	
Statut propriétaire	Association	10	7	17	58,8%	0,851
	Privé	45	23	68	66,2%	
	Bailleur social	66	36	102	64,7%	
Origine demande	Bailleur	14	12	26	53,8%	0,194
	Psychiatrie	62	23	85	72,9%	
	Commune	14	12	26	53,8%	

C:\Users\laurent\Dropbox\LogiPsy 2019\Bases et rapports activité programme\Tris à plat base 2017 2019

Exemple de lecture : parmi les 102 femmes ayant reçu un accord par le comité technique Logipsy, 66 ont été finalement accompagnées, soit un taux de 64,7%

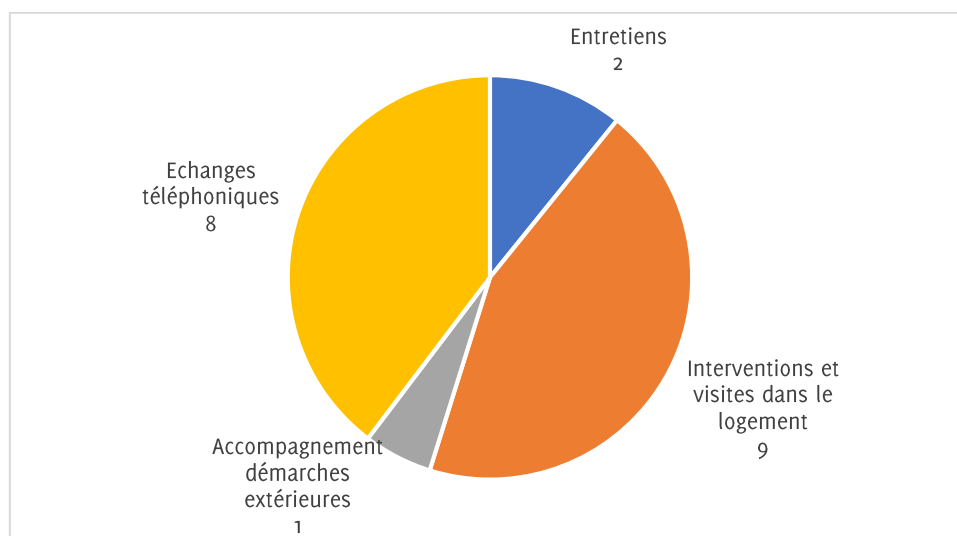
Parmi les 5 variables testées, seul l'âge introduit des différences significatives sur le taux d'accompagnement dans Logipsy. 82,2% des quadragénaires acceptés dans le dispositif ont été accompagnés, taux plus élevé que dans les autres classes d'âge, notamment celle des moins de 30 ans, où les taux d'accompagnement est le plus faible (40,0%).

Le sexe, le statut d'occupation, le statut du propriétaire et l'origine de la demande ne semblent pas influentes sur ce taux.

Intervention-type

Logipsy est un programme d'intervention sociale intensive de durée limitée et de liaison avec les services de psychiatrie. À partir du nombre et de la nature des interventions, il est possible, pour l'année 2018, d'établir à 20 le nombre d'interventions par personne suivie : les interventions et visites dans le logement constituent l'activité la plus fréquente (cf. figure ci-dessous).

Figure 5. Nombre moyen et nature des interventions réalisées dans le cadre du dispositif Logipsy pour un bénéficiaire. 2018. N=84



C:\Users\laurent\Dropbox\LogiPsy 2019\Bases et rapports activité programme\Suivi-type 2018

Comme nous l'avons précisé précédemment, l'équipe intervient de manière intensive : un accompagnement comprend en moyenne 20 interventions :

- Des entretiens (2) : la rencontre avec les prescripteurs, pour étudier la fiche alerte par exemple ;
- Les interventions et visites dans le logement (9). La prise de contact ou les contacts informels sont désignés comme des visites ; les interventions quant à elles sont des temps d'accompagnement des bénéficiaires dans le projet.
- Les démarches extérieures (1) : les démarches de soins, avec le curateur ou le bailleur.
- Les échanges téléphoniques (8).

Enseignements des entretiens

L'analyse des douze entretiens, nous a permis d'obtenir 9 thématiques principales.

Genèse et inscription de Logipsy dans les politiques publiques

L'idée du dispositif Logipsy est née au sein du groupe de travail Habitat-Santé mentale créé au niveau du Conseil local de santé mentale Lille (CLSM) pour analyser les situations complexes (troubles de voisinage, dégradations, etc.). La Sauvegarde du Nord et l'Établissement public de santé mentale de l'agglomération lilloise (EPSM-AL) faisaient partie de ce groupe de travail.

Puis, comme nous l'avons vu plus haut (cf. p5), lorsque la Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (Dihal) a lancé l'appel à projets « innovation sociale dans le champ de l'hébergement et de l'accès social », La Sauvegarde du Nord y a répondu en 2016 en collaboration avec l'EPSM-AL.

« [...] s'il y avait un maillon qui permettait de raccrocher ces personnes aux soins qui ne fait pas débat, parce que la difficulté des situations complexes, elles concernent plus les personnes qui ne sont pas encore connues de la psychiatrie. Ça veut dire elles ne relèvent toutes pas du champ de la santé mentale, psychiatrie [...]. À partir de ce groupe de travail qui analyse ces situations complexes, et dont Jean-Yves Bourel et François Caplier font partie, qu'en 2016, on se dit : il manque quand même quelque chose de moins coercitif que laisser la personne se dégrader dans son logement ou arriver dans la rue, [...] on s'est dit qu'il y a quelque chose à faire en amont. C'est vrai que c'est compliqué de parler de prévention, [...] mais Logipsy fait de la prévention. Donc l'absence de ce maillon-là, on l'a réfléchi et on l'a pensé et c'est comme ça qui a été déposé suite à l'appel à projets de la Dihal ».

LMH, depuis la création du dispositif, faisait appel à Logipsy pour certaines situations. Puis, en 2019, ce dernier a proposé à la Sauvegarde du Nord, plus précisément à Logipsy de répondre à l'appel à projets 10 000 logements¹³ et de le faire en inter-bailleurs. Leur candidature a été retenue, le financement a été validé en 2019 et la convention a été signée en fin d'année 2019 avec différents partenaires.

« il y a quelques années nous avons commencé à développer des dispositifs internes qu'on a initié dans ces dispositifs nous trouvons un volet santé et santé mentale ce qui nous a porté à avoir des relations aussi avec la Sauvegarde du Nord et Logipsy à travers les CLSM [...] quand il a démarré on a orienté quelques situations et nous on répond à l'appel à projet 10000 logements qui est un appel à projets national pour les bailleurs sociaux pour leur permettre de travailler avec le secteur médico-social sur les dispositifs innovants d'accès et de maintien dans le logement, et donc dans ce cadre dispositif [...] et répondre avec eux [Logipsy] à cet appel à projets et le faire en inter-bailleurs [...] La Sauvegarde était revenue vers nous en nous disant comment vous pouvez contribuer les bailleurs. On leur a dit la limite c'est que vous faites partie de notre territoire mais on ne peut pas rendre le même service sur l'ensemble du patrimoine qui est sur le territoire de la Mel, donc nous ce qui nous intéresserait c'est que ça s'étende sur tous les EPSM qui couvrent la Mel pour que nous on puisse répondre. Et je trouvais intéressant de le faire en inter-bailleurs ; de toute façon Villogia et Partenord, qui sont les deux grands bailleurs avec nous sur la métropole, ont les mêmes difficultés [...] Donc nous avons répondu à cet appel à projets l'année dernière et nous avons été retenus, notre financement a été validé en 2019 et donc on a signé la convention en fin d'année 2019 ».

C'est donc à la conjonction des volontés de la Dihal, de la Sauvegarde du Nord, de l'EPSM-AL, de la Mel, des bailleurs et des CLSM de mettre en place ce dispositif d'accompagnement que ce projet doit sa création.

La perception du dispositif par les professionnels

Logipsy est perçu par la majorité des professionnels interrogés comme un dispositif innovant en vue du maintien dans le logement ou le retour au logement des personnes présentant des troubles psychiques et donc comme un moyen d'éviter que ces dernières se trouvent à un moment donné à la rue du fait de leur maladie et de leur parcours de vie.

« L'objectif de Logipsy c'est d'aider les personnes dans un moment plus difficile dans le logement mais c'est aussi leur donner une boîte à outils pour voir comment faire autrement pour que ça ne se reproduise pas [...] ».

[...] l'autre objectif c'est de faciliter la sortie, le retour au logement après une phase d'hospitalisation parce qu'elle peut être plus ou moins longue et ça peut avoir un impact de revenir dans un logement, de ressortir d'un cadre contraint un peu qui est l'hôpital, un cadre sécurisé qui peut être l'hospitalisation et donc revenir dans un logement avec un étayage social ».

« Venir en aide à des personnes qui ont des souffrances psychiques, avérées ou non, et qui ont un problème à un moment donné dans leur vie, dans leur logement. Nous on essaye de les aider

¹³ https://www.union-habitat.org/sites/default/files/articles/pdf/2018-07/cahier_des_charges_4eme_appel_a_projets_logements_accompagnes.pdf

à trouver une solution, à se questionner du pourquoi, du comment et aussi comment ils sont arrivés là ».

« Le dispositif vient faire un filet de sécurité à un moment donné où la personne a été un temps, hospitalisée, donc prise en charge dans le quotidien : on la réveille, on la nourrit, rythmée par un rythme institutionnel qui est l'hôpital et entourée. Et les personnes sortent de l'hospitalisation et elles se retrouvent dans un logement qui parfois est source d'angoisse ou toxique et qui vient les ramener à la cause d'hospitalisation souvent, et du coup venir rassurer, accompagner ce retour à domicile ça rassure les gens. [...] Le premier travail c'est les aider à identifier leurs besoins, et leur proposer l'accompagnement. Après ça va être de travailler avec eux progressivement, à leur rythme tout en étant moteur [...]. L'objectif c'est de la mettre en sécurité et l'amener à se faire accompagner dans le soin pour prendre en charge cette souffrance qui génère ça. Vider le logement ce n'est pas notre objectif ; il y a des entreprises, des associations dont c'est leur travail. Notre boulot à nous, c'est d'aider la personne à accepter à un moment donné l'intervention de l'entreprise pour débarrasser le logement. Le logement ce n'est pas notre objectif, c'est notre outil, c'est notre porte d'entrée dans les situations et notre travail est vraiment d'aider la personne à prendre conscience, à comprendre ce qui se passe et à essayer de faire autrement [...]. On voit que cette personne vit dans son logement, et peut être très isolée et ne sort pas de chez elle. Le travail va être d'aider la personne à s'ouvrir vers l'extérieur, à l'accompagner sur les activités associatives etc. et du coup, le logement est vraiment un outil pour comprendre la personne, comment elle vit, ce qu'elle vit et relever ses besoins. Il y a des personnes qui fonctionnent très bien comme ça, mais on dit tant qu'un professionnel sollicite l'équipe, on suppose qu'il y a un souci ».

Les méthodes d'accompagnement

Lorsqu'un demandeur veut orienter une situation à Logipsy, il remplit une fiche alerte qui est anonyme. Puis, il y a un comité technique qui est organisée chaque mois rassemblant l'équipe Logipsy, les coordinatrices des CLSM Lille et Roubaix et les bailleurs pour valider ces fiches. Pour adhérer au dispositif deux conditions doivent être remplies : une difficulté au niveau du logement et la présence d'une souffrance psychologique.

Le processus d'accompagnement suit plusieurs étapes :

- **La réception de la fiche alerte**
- Dans le cas où le demandeur n'est pas le secteur psychiatrique, **la prise de contact avec celui-ci** est réalisée par la coordinatrice. Cette prise de contact se fait par mail ou par téléphone afin de savoir si la personne est connue du secteur, et s'il y a eu une rupture avec le soin
- **La commission technique (Cotech)** pour discuter des situations et valider ou non les fiches alertes. Si la personne ne correspond pas aux critères d'inclusion, le dossier est refusé et est orienté vers un dispositif plus adapté à l'état de la personne.
- **Rencontre avec la personne** : l'équipe essaye de tisser une relation de confiance avec la personne pour qu'ils puissent intervenir dans son logement
- **Une évaluation conjointe Technicien d'intervention sociale et familiale (TISF)- coordinatrice de parcours.** La coordinatrice cible par son évaluation l'état de la personne, sa situation sociale afin de pouvoir compléter les informations reçues dans la fiche alerte. Quant à l'évaluation du TISF, elle comprend l'état du logement et la vie quotidienne de la personne.
- À la suite de cette évaluation, **un engagement réciproque** est rédigé et discuté avec la personne. Il comprend les objectifs à atteindre avec la personne selon ses besoins, et peut être adapté et réajusté au fur et à mesure de l'accompagnement. Cet engagement est mis en place durant **la synthèse tripartite de l'entrée au dispositif**, en présence du demandeur, de la personne et de l'équipe.
- **L'accompagnement** est en une intervention intensive au domicile du patient en fonction des objectifs mis en place. Sa durée est de 3 mois renouvelable 1 fois.
- **Une synthèse tripartite de fin** qui consiste en une évaluation des objectifs mis en place, s'ils sont atteints, et évaluer l'état de la personne, sa perception et les difficultés qu'elle a pu rencontrer lors de l'accompagnement.

« Chacun fait une évaluation en fonction de nos compétences de travail au niveau du logement et on va mettre par écrit ce que nous allons travailler en premier [...] On l'acte en écrit et on va en discuter avec la personne, voir si elle est d'accord pour ce qui est écrit, puis petit à petit on va travailler les actes sur une durée de trois mois, et au bout de trois mois on refait une évaluation pour renouveler le dispositif trois mois vu que c'est 6 mois complet d'accompagnement ».

« [...] On vient aider la personne, on lui explique et on lui donne les outils pour qu'à l'avenir elle puisse ressaisir ce qu'on lui a appris, pour éviter la situation initiale. Après, les personnes, soit elles sont en capacité de se saisir personnellement et elles le feront, soit c'est plus compliqué et le travail du dispositif c'est un accompagnement, réfléchir à des étayages extérieurs sur le long terme, la boîte à outils est celle-là, comment je peux faire pour ne pas laisser ma situation se dégrader ne serait-ce que faire appel : à qui ? quand ? comment ? Pour moi c'est ça la boîte à outils, c'est la compétence dans le faire, mais c'est aussi : à qui je pourrais faire appel en cas de difficultés quand Logipsy ne sera plus là. Quelles sont mes ressources extérieures ?

La coordination

Parmi les principes du dispositif nous trouvons la coordination et la collaboration interprofessionnelle.

« D'un côté il y a le soin et d'un autre il y a la vie ordinaire et on a tendance à les dissocier dans la prise en charge alors qu'ils sont imbriqués, quand on ne va pas très bien chez soi ou dans sa tête. Il y a un lien sine qua non entre les deux et c'est ce qui tente à prouver le dispositif » ;

« [...] S'ils rentrent à leur logement dans les mêmes circonstances, on n'a rien changé. C'est global la prise en charge. Il y a la maladie mais aussi il faut penser à tout le reste [...] »

« L'orientation du bailleur ou pas bailleur, on se dit c'est un territoire qui rassemble des gens qui vivent à la fois dans un secteur de psychiatrie, chez un bailleur social, qui dépend de tel CCAS, c'est un locataire à nous tous. Le principal c'est qu'on se dise que les gens qui ont besoin sont accompagnées, c'est ça l'important ».

La coordination au sein de l'équipe

Chaque professionnel intervient dans le champ de son expertise. Le rôle des TISF est de faire avec dans le logement ou à l'extérieur, si le patient a besoin d'ouverture vers l'extérieur. Quant à la coordinatrice, son rôle est d'orienter vers le soin ou les organismes existants et d'aller rechercher des informations complémentaires pour mesurer la pertinence de l'intervention du dispositif.

La coordination avec d'autres services

Parmi ces services, nous trouvons les CLSM qui ont un rôle important dans le dispositif que ce soit sur le volet communication ou celui de traitement des demandes.

« À chaque fois qu'il y a une demande, il y a une fiche alerte qui est envoyée à Logipsy, elle est envoyée également à la coordinatrice du CLSM de Lille et à moi [...] il y a un premier échange mail qui est fait entre coordinatrices des CLSM Lille et Roubaix et Logipsy. Après on a un comité technique tous les mois qui permet de repasser les situations, les nouvelles situations qui sont en attente pour rentrer dans le dispositif, [...]. Je pense que notre rôle en tant que CLSM, qui ne sommes pas Logipsy, et ne côtoyons pas les usagers directement, on peut avoir du recul sur certaines situations penser à d'autres partenaires, parce que nous, on connaît bien le territoire [...] »

D'autres services ou associations sont sollicités selon les besoins. Y sont orientées les personnes durant la prise en charge pour l'ouverture de droits comme la Caisse d'allocations familiales (CAF), ou à la fin de la prise en charge, le Groupe de recherche pour l'aide et l'accès au logement (Graal), la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH), etc.

La coordination avec le secteur sanitaire

Logipsy sollicite et est sollicité par les centre-médico-psychologique (CMP) pour certaines situations. Nous avons vu plus haut que 2 sollicitations du dispositif sur 5 provenaient d'un service de psychiatrie

(cf. Tableau 3, p 11). Ils collaborent et se coordonnent pour offrir à la personne une prise en charge globale. L'infirmier ou l'assistant social du CMP référent du secteur psychiatrique de rattachement de la personne peut être présent lors de la première et la dernière réunion tripartite avec la personne et peut être également sollicité durant ces 6 mois d'accompagnement.

« Je fais appel à eux quand je sens bien qu'il y a un souci et qu'il faut consolider le maintien dans le logement. Il y a des personnes qui sortent d'hospitalisation et qui sont en difficulté chez eux [...] La maladie prend tellement de place qu'il est compliqué de vivre correctement [...] On va se coordonner et on va se mettre en place [...] Dans le temps j'avais le temps de faire tout ça maintenant je ne l'ai plus vraiment. Logipsy c'est dans la continuité de ce que je fais ».

« C'est surtout une présence et un accompagnement dans le domicile auprès vraiment de la personne, ce que nous on ne peut pas forcément le faire. Nous, on est acteur du soin, on va accompagner la personne dans ses soins, ses difficultés psychiques, psychiatriques mais dans la gestion du quotidien, la difficulté dans le domicile, eux ils sont plus efficaces. Donc c'est un partenaire majeur sur certaines situations à certains moments »

« Là j'ai une situation, celle d'hier au téléphone, une personne qui a été accompagnée par le dispositif Logipsy à la sortie d'une hospitalisation en clinique privée. Monsieur avec plusieurs difficultés dans sa vie, avec un effondrement psychique et une difficulté à se retrouver à domicile avec des repères qui ont changé et il se retrouve seul à gérer une maison. Logipsy l'a accompagné dans cet ordre-là. Cela fait un moment qu'il l'accompagne ; ils savent qu'ils vont mettre fin à l'accompagnement et ce monsieur n'est pas accroché au soin et il est dans l'incapacité de se rendre au CMP parce qu'il a des représentations, des mauvaises expériences par le passé. Ils m'ont sollicité dans ce cadre-là [...] »

« Ce sont des missions complètement différentes, on n'empiète pas nos missions l'un l'autre, on est vraiment complémentaire. Et je vous dis : ça marche dans les deux sens, eux ils nous sollicitent et nous on les sollicite derrière ».

« On pointe ses difficultés, je discute avec lui, on travaille sur ce qui peut se mettre en place, prendre conscience, ça se joue sur plusieurs séances, plusieurs rencontres. Il se rend compte qu'il n'arrive pas tout seul et qu'au bout d'un moment, c'est lui-même qu'il va ramener tout doucement le fait qu'il aura besoin d'aide. Et là je lui dis, si vous avez besoin d'aide, vous savez que moi je ne peux pas le faire, j'ai un partenaire qui peut le faire, on est partenaire ça marche sous forme de triangle avec la coordinatrice, le TISF et nous. C'est un triangle relationnel, c'est comme ça que je l'amène ; c'est un point rassurant pour la personne. Nous faisons partie, le CMP fait partie du dispositif ».

« Ça demande du travail en amont, surtout quand il n'y a jamais eu de contact avec le CMP auparavant ou bien qu'il y a eu un soin mais que ça s'est mal passé, et donc c'est difficile de reprendre le lien. Et c'est à partir du lien de confiance qu'on instaure avec la personne, on arrive à les amener petit à petit vers le CMP ».

« L'objet du dispositif n'est pas une équipe de débarras, de nettoyage ; l'objectif ce n'est pas celui-là. Mais c'est comment on peut aider cette personne à faire autrement et à prendre conscience que ce qui se passe pour elle aujourd'hui, ce n'est pas confortable et ce n'est pas ordinaire, et c'est pour ça qu'on est vraiment en lien, il y a une véritable collaboration, c'est un co-portage avec le soin parce que ça c'est nécessaire que ça se fasse avec le soin »

Coordination avec le secteur social

Le bailleur est également acteur dans la prise en charge de la personne. Il peut solliciter Logipsy pour mettre en place un accompagnement. Il est présent lors de la première et la dernière réunion avec le locataire.

« Nous, bailleurs, on est en support, si par exemple il y a des problèmes dans le logement qui nécessitent l'intervention du bailleur (problème technique ou autre) ; on est là et après il y a le

point de clôture pour voir si les objectifs ont été atteints ou non [...] Nous, on n'intervient pas dans l'accompagnement [...] »

« Maintenant, dans le fonctionnement réel nous on s'intéresse à l'ensemble des locataires qui sont suivis dans nos parcs et même si on n'intervient pas techniquement, physiquement parce qu'il n'y a pas besoin parce que ça se passe bien à travers l'orientation faite par CCAS ou du CMP on peut jouer un rôle à un moment donné dans la situation et c'est important pour nous de savoir les personnes fragiles pour mobiliser cette attention nécessaire¹⁴ ».

« [...] si la personne qui est dans un environnement qui n'est pas adapté à sa situation de santé, on peut apporter quelque chose que les partenaires n'ont pas connaissance par exemple »

Partage d'informations

Les différents professionnels interviewés ont souligné la fluidité du partage d'informations. Travaillant avec différents acteurs autour d'une personne, il est primordial que tout le monde, personne incluse, soit informé de ce qui se passe : l'état de la personne à un moment T, son évolution, les accompagnements mis en place et les intervenants gravitant autour de cette situation. D'où l'importance du rôle de la coordinatrice dans le centrage des informations.

« Entre les membres de comité technique, les membres de l'équipe Logipsy, CLSM Lille et Roubaix, je pense que les informations sont partagées et bien organisées et sans pour autant dévoiler les noms des personnes, ce que j'aime bien »

« On essaye que ce soit fluide, ce n'est pas toujours le cas avant notre arrivée parce qu'il y a beaucoup d'acteurs qui sont autour de la personne, qui travaillent dans leur coin et qu'il n'y a pas forcément de partage d'informations, de savoir qui fait quoi ? Sur quelle chose on accompagne la personne, il y a souvent des doublons. Il y a des personnes qui aiment solliciter plusieurs acteurs qui sont autour d'eux pour demander la même chose [...]. Le rôle de la coordinatrice permet de rassembler tout le monde et puis d'échanger sur les situations pour savoir qui fait quoi auprès de cette personne. Cela nous permet également de travailler nos objectifs de travail, de savoir qu'on ne fait pas la même chose et de partager ce qu'on fait avec la personne pour éviter qu'elle sollicite deux personnes sur la même chose, ou qu'on n'aurait pas fait à sa demande et qu'elle sollicite quelqu'un d'autre derrière ».

« De toute façon il faut qu'il y soit, puisqu'on vise à travailler dans le même sens mais juste avec nos spécificités différentes [...] ».

La plus-value du dispositif

La **collaboration interprofessionnelle** est présentée comme un cadre facilitant l'intervention du dispositif *« [...] le réseau qui est le point fort de Logipsy, le travail en partenariat qui je pense la plus-value parce que ce n'est pas un réseau de soins ou un réseau médico-social c'est vraiment un réseau qui mobilise tous les acteurs : ceux qui se retrouvent autour d'une situation d'une personne avec des troubles psy ».*

« C'est un projet qui vient de chez nous ; donc ils sont un peu plus sensibles à la maladie psychique, ça c'est bien on est sur la même longueur d'onde, sur la même population ».

La **possibilité de retour pour des personnes ayant décidé d'arrêter à un moment donné le suivi** semble également un avantage selon les différents professionnels. *« Ce qui est intéressant, c'est que Logipsy c'est six mois, donc si la personne est hospitalisée deux mois on n'a pas perdu ces deux mois. Je pense qu'ils sont venus même voir des personnes en hospitalisation que moi je leur ai présentés ou ils les suivent. Ils sont réactifs ».*

Pour les professionnels interviewés, les **objectifs et le rythme d'intervention** sont adaptés à la personne, le projet d'accompagnement est personnalisé en fonction de l'état global de la personne (social,

¹⁴ Dans cette phrase, la représentante d'un organisme bailleur évoque une orientation vers Logipsy d'un locataire par un service tiers (CCAS, CMP ...) sans qu'elle en ait été informée initialement.

sanitaire et psychologique). « [...] lorsque je sollicite Logipsy, je ne vois pas ce que je peux [proposer] d'autre à la place [...] On peut faire des demandes d'intervention à domicile, d'une aide à préparer le repas, une aide-ménagère. Il y a des aides à la personne qui existent mais eux ils sont plus spécifiques que ça, ils vont plus loin que ça, il y a un accompagnement de la personne. Et s'il n'était pas là, je ne vois pas comment je pourrais faire » Ils savent se rendre **disponibles** au besoin de la personne et en fonction de son rythme « On peut intervenir si demain une personne a besoin de nous demain, on sait prioriser l'urgence ». Cette **intervention à domicile** est considérée comme **souple** selon plusieurs professionnels « la souplesse d'intervention auprès des personnes, c'est-à-dire une fois par semaine [...] »

« Ils sont plus accessibles ; nous on rencontrait des freins avec le CMP. En effet, le CMP ne pouvait intervenir qu'avec l'adhésion de la personne ; c'était un peu plus souple avec Logipsy d'accéder chez les personnes, ce n'est pas toujours évident que la personne adhère tout de suite, mais dire que ce n'est pas un CMP et plus le présenter sous le nom de la Sauvegarde, ça faisait moins peur et eux ils travaillent sur le logement en premier ils ne rentrent pas sur le volet psy directement, il faut y avoir une problématique autour du logement pour qu'ils interviennent [...] »

La **spécificité du métier de TISF** est un autre point positif évoqué à de nombreuses reprises par les professionnels. Les TISF, la spécificité c'est qu'on est dans le faire avec les gens, on ne va pas faire à leur place, [...] On va vraiment les accompagner dans les gestes du quotidien, et être à leur écoute et des capacités de ce qu'ils peuvent faire et pas faire et essayer de comprendre pourquoi ça ne fonctionne pas et essayer de trouver des solutions et être dans la transmission ».

Enfin, la **gratuité et la réactivité du dispositif** sont signalées comme des points forts de Logipsy. En effet, le délai entre la réception de la fiche alerte et l'inclusion est court. « La différence de Logipsy c'est d'abord la réactivité : dans la semaine ou dans les 15 jours qui suivent on a un retour de l'équipe ».

« Moi j'aime bien le mettre en place, comme ça on n'attend pas, il n'y a pas de période de latence, les gens ne sont pas sans rien, sans prise en charge. Logipsy c'est rapide, ce qui est bien et ça déclenche quelque chose, ça porte¹⁵ ».

Il est également considéré par certains professionnels **comme un dispositif rattachant les personnes aux soins** « La personne a été suivie par le CMP mais il y a une rupture de plusieurs années, il n'y a plus de contact avec le CMP, il n'y allait plus ; donc c'est aussi renouer ce contact ».

Des améliorations possibles

Si les points de vue positifs ont été les plus nombreux chez les professionnels interrogés, quelques remarques ont fait état de points d'amélioration possible.

Certains professionnels considèrent que la **durée** (3 mois, en général prolongée à 6 mois) est courte « Le seul truc que je trouve bien et à la fois pas bien, ça marche tellement bien que les gens s'attachent. Nous on a des gens qui sont en manque d'affection, quand on s'intéresse à eux on leur fait plaisir ce sont des notions nouvelles. À la fin de la prise en charge c'est difficile ; moi je vois que les personnes aimeraient bien que ça se poursuive [...] voilà c'est le seul petit truc que je trouve dommage 6 mois c'est court, c'est bien mais c'est court »

Pour d'autres, la **relation avec certains CMP** reste difficile. En effet, l'arrivée sur les CMP se fait avec la venue de situations. « [...] C'est parfois compliqué avec certains secteurs de soins, alors qu'avec d'autres on a trouvé de relations interpersonnelles où ils nous ont bien repérés où ça roule tout seul, après ça aussi c'est mon travail de venir tisser, mais c'est vrai que c'est une limite actuellement parce qu'il y a encore des territoires où on n'est pas connu ou mal connu ou méconnu du coup ».

Certains professionnels rencontrés déplorent un **manque de communication et d'informations** « Parfois c'est compliqué parce qu'il y a une culture d'intervention qui est différente, une culture de travail qui est différente, même-ci l'information est bien ventilée avec des personnes repérées elle n'est pas forcément redescendue de la bonne manière [...] ». « Il y a des freins du secteur ; le secteur va dire nous on le fait déjà, on n'a pas besoin de votre dispositif dans ce cas-là, il faut bien communiquer avec les professionnels, de bien rendre lisible le dispositif [...] ». Donc, **revenir régulièrement dans les CMP** pour discuter des évolutions du dispositif et toucher un maximum d'agents semble -pour les

¹⁵ Verbe employé pour exprimer que c'est un programme bénéfique pour les personnes.

professionnels- une nécessité « [...] aujourd'hui ça vaut la peine aussi à la fois de communiquer avec les secteurs de psychiatrie mais aussi avec les communes. Ça pourrait être un point d'amélioration ».

La taille restreinte de l'équipe est aussi une limite évoquée à plusieurs reprises par les professionnels « ça doit être compliqué pour eux parce qu'ils ne sont pas nombreux, les TISF et la coordinatrice coordonne toute seule, et du coup ça doit faire beaucoup de suivis, d'autant plus là qu'il y a un agrandissement du territoire ». Il serait, selon ces derniers, nécessaire d'**augmenter la taille de l'équipe** afin de garder le côté qualitatif des interventions « embaucher, renforcer l'équipe, que ce soit en termes de TISF ou de coordinatrice, parce que ça va vite devenir compliqué. Et, pour que Logipsy ne puisse pas rogner sur la qualité de l'intervention [...] ».

« Parce que 2 ETP pour au moins 120 ménages, plus le temps de réunion d'équipe, plus des comités techniques, plus des réunions partenaires à chaque situation adressée, plus des participations à notre réflexion pour des recherches, plus des participations à des congrès parce que c'est important que l'équipe puisse se nourrir de ce qui se passe à l'extérieur d'autres dispositifs, de thématique et de réflexion collective à une échelle régionale ou municipale tout ça, ça prend le temps. On a fait une économie par manque de temps ; on a privilégié l'accompagnement et la disponibilité des personnes de l'équipe pour l'accompagnement ».

Développer d'autres partenariats et avoir plus de financeurs semble important pour certains professionnels afin de couvrir des besoins matériels et financiers : « essayer de trouver d'autres partenaires qui pourraient aider financièrement ou matériellement [...] on a toujours besoin d'un pot de peinture, de matériel pour équiper les gens, des sacs plastiques, d'un matelas, d'un lit, des meubles parfois. Étendre le partenariat, ça serait déjà pas mal je pense ».

Pour deux professionnels, **la formation de l'équipe sur la psychiatrie** serait à parfaire « [...] un peu plus de formation, pas de la psychiatrie pure, mais au moins mieux comprendre pour mieux accompagner avec leurs troubles, leurs difficultés liées aux traitements, quelque chose comme ça parce qu'on découvre sur le terrain, ce qui est très bien aussi, il y a des fois où je me suis sentie dépourvue face à certaines situations ».

Un questionnaire d'évaluation des personnes accompagnées à la sortie du dispositif pourrait être selon certains professionnels une piste à envisager afin d'avoir un retour tracé. En effet, l'équipe demande oralement à la personne son ressenti lors de la synthèse de fin d'accompagnement. « On a commencé à travailler à un moment donné sur un questionnaire d'évaluation des personnes accompagnées à la sortie du dispositif ; effectivement je pense qu'il faudrait vraiment qu'on arrive à le mettre en place parce que ça nous permettrait d'accueillir l'expression de la personne accompagnée sur ce que ça lui a apporté le dispositif mais du coup à la sortie, ou il faut qu'on ait cette logique, et on se donne les moyens qu'à 6 mois après la sortie ressolliciter les personnes mais ce n'est pas simple et ça prend du temps et en fait c'est une économie de temps qu'on a fait au profit d'un accompagnement quotidien des gens. »

La non-adhésion, le décrochage de certains

L'adhésion de la personne résulte d'une interaction entre la personne accompagnée, la personne demandeuse (professionnel du secteur psychiatrique, bailleurs ou autres services) et l'équipe Logipsy. Toutefois, certaines personnes n'adhèrent pas ou décrochent. Différentes raisons ont été évoquées par les professionnels :

- **La maladie** « [...] je pense parce que ça fait partie aussi des maladies, des troubles psy, ce qui fait que des fois les gens ne sont pas prêts, ou les gens sont plus ou moins dans des périodes facilitantes pour l'accroche ou pour un suivi par un dispositif ».
- **L'hospitalisation** « il y a des personnes qui sont hospitalisées donc la prise en charge est suspendue, il y a beaucoup d'aléas »
- **Des personnes ne semblent pas prêts à commencer le suivi** « Il y a des périodes où s'est plus compliqué ; déjà quand elles arrêtent leurs soins c'est plus compliqué. Le risque de décrochage ça peut être aussi quand ce sont des personnes qui peuvent avoir des rigidités ou des manières de faire avec des intérêts restreints ou les angoisses [...]. Donc ça demande beaucoup de gymnastiques, parce qu'entre celles qui ont besoin d'être vues le matin et celles qui ont besoin d'être vues l'après-midi Il peut y avoir des accidents de parcours, quelque chose qui se

passer dans leur vie et qui va déstabiliser, ça c'est un risque, je pense qu'il peut y avoir, puis après la difficulté c'est pour les personnes qui sont isolées qui n'ont pas le téléphone ou etc. et là c'est pareil c'est à nous de mettre en place des stratégies pour aller à la rencontre de la personne régulièrement parce que si il y a un loupé de rendez-vous ça peut mettre des semaines à se raccrocher parce qu'il faut qu'on retombe sur la personne en question etc. etc. et donc, ce sont des choses qui peuvent mettre en difficulté »

- **Difficulté de créer un lien avec la personne** « on dit qu'on est en standby, quand la personne est hospitalisée, ou alors quand elle rentre dans le dispositif et finalement, 1 mois après on se rend compte qu'on n'arrive pas à créer le lien avec la personne et que ce n'est pas le bon moment et on la met en standby ».

En revanche, comme cela a été dit par les membres de l'équipe Logipsy, le dispositif peut revenir sur certains accompagnements suspendus et ne comptabilise pas la durée de suspension.

« La personne rappelle un, deux, trois mois après et dit que finalement c'était bien ce qu'on faisait et ça serait bien si vous reveniez, dans ces cas-là on revient dans les situations ».

La perception d'un changement chez la personne accompagnée

Les professionnels évoquent un changement de la personne à la sortie du dispositif.

« Oui, je pense qu'il y a un changement ; on met les fondations d'un projet grâce à Logipsy après je m'assure qu'il y a un suivi après, il y a un relais et que le relais est pris de toute façon, après les choses ont commencé donc c'est bien »

« Oui, en, participant aux comités techniques, c'est vrai qu'on voit les nouvelles inclusions et les sorties du dispositif pour une majeure partie des gens. On voit comment, pour certaines, elles se réapproprient leur logement, sur le profil des personnes hospitalisées sur un temps anormalement long, comment elles arrivent à reprendre pied, à reprendre un emploi ou des activités bénévoles. On voit pour certaines [qui étaient] en rupture de soins, elles arrivent à être au CMP, déjà connues mais en rupture ou aussi de retravailler la médiation, le lien avec les bailleurs ou des fois débloquent des troubles de voisinage [...] »

Discussion

Déployé depuis 2016 sur le territoire de la Mel, le dispositif Logipsy a une dimension sociale et sanitaire. Une prise en charge globale est définie en différents niveaux de parcours : les **parcours de vie**, qui « envisagent la personne dans son environnement : famille, entourage, logement, réinsertion, ... »¹⁶, les **parcours de santé** qui mettent l'accent sur la prévention, qu'elle soit sociale ou sanitaire. Les parcours de santé « articulent les soins avec, en amont, la prévention en santé et social et, en aval, l'accompagnement médico-social et social, le maintien et le retour à domicile », et les **parcours de soins** « qui permettent l'accès aux consultations de 1^{er} recours et, quand cela est nécessaire, aux autres lieux de soins ».

Comme il le revendique, le dispositif Logipsy s'inscrit dans une logique de parcours. Il intervient dans le premier niveau, soit les parcours de vie puisque l'équipe intervient dans le logement de la personne. En effet, l'objectif du dispositif est de maintenir la personne présentant des difficultés psychiques et de favoriser le retour pour certaines personnes qui ont été hospitalisées. Il intervient également dans le deuxième niveau, soit les parcours de santé, car, comme il a été mentionné, Logipsy vise à prévenir l'expulsion de la personne de son logement et l'amener au soin. En ce sens, le dispositif offre aux personnes accompagnées une prise en charge sociale avec un accompagnement vers les soins les plus adaptés à un moment donné.

Logipsy est un dispositif qui travaille en partenariat avec le secteur sanitaire (les CMP), le secteur social (les bailleurs, les associations, etc.), les services de la ville (CLSM, CCAS, services hygiène, etc.). La diversité des interventions nécessite la mise en place d'une collaboration interprofessionnelle, la

¹⁶<https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie>

coopération, la coordination et la communication (les 4C) afin d'évoluer vers des pratiques d'accompagnement et des relations interprofessionnels plus efficaces et plus satisfaisantes.

Figure 6. Le principe d'un travail collaboratif selon Serge Levan¹⁷.



D'Amour et al en 1999 évoquent la collaboration interprofessionnelle définie par Friedberg en 1993 et Chazel en 1994 comme « *la structuration d'une action collective entre partenaires en situation d'interdépendance* ». Autrement dit c'est de travailler ensemble autour d'un objectif commun pour arriver à un résultat. En ce qui concerne la coordination c'est le processus de répartition et d'organisation du travail des différents acteurs.

La coopération quant à elle est définie par Levan comme « *un mode de relation où les individus participent volontairement à un travail commun* »¹⁸. Pour Isoré, coopérer se définit également comme « *donner un sens collectif à l'activité, c'est acquérir une culture commune, c'est faire preuve de confiance les uns envers les autres* »¹⁹. D'amour souligne l'importance du processus d'interconnaissance ; les collaborations sont difficiles avec des partenaires « *dont on connaît peu ou mal les orientations, la nature du travail ou encore le vocabulaire* » (12).

Pour Henneman (13), cité par Kosremelli (14), la communication est « *un facteur dont l'impact se situe surtout au niveau du degré de collaboration. Son importance réside dans le fait que la communication constitue un véhicule pour d'autres facteurs, comme le respect mutuel et le partage* ». De plus, ce dernier montre l'indispensable présence des mécanismes de coordination et de communication pour le développement de la collaboration. D'Amour estimait lui aussi que la communication était un des principaux déterminants interactionnels de la collaboration (12).

Les résultats de notre enquête ont montré une fluidité dans le partage d'information, dans le respect de la confidentialité, une coordination entre les acteurs grâce notamment à la coordinatrice de l'équipe, une contribution personnelle et une division des tâches en fonction des compétences de chacun. De plus, la volonté interprofessionnelle de travailler ensemble afin d'offrir l'accompagnement le plus adapté à la personne en fonction de ses besoins et son état a pu être observé.

Néanmoins, la communication est améliorable ; elle est nécessaire pour favoriser l'implication des professionnels dans toute action collective. L'extension du programme à l'ensemble du territoire métropolitain, en 2019, constitue un défi : ce sont désormais 3 établissements de santé et pas moins de 18 secteurs de psychiatrie (comptant 22 CMP) qui doivent désormais être informés et associés, à la

¹⁷ https://travailcollaboratif.typepad.com/methode_main/2009/03/ce-que-travail-collaboratif-veut-dire.html

¹⁹ <https://www.blog-management.fr/2014/05/05/coordination-cooperation/>

fois sur l'actualité du programme, mais également, au cas par cas, sur la personne pour laquelle une coopération est attendue.

En effet, une relation de confiance avec un acteur commence avec une communication claire, de qualité et adaptée au groupe cible. De ce fait, Il est important de s'assurer de la compréhension de l'ensemble des professionnels sur les missions du dispositif, son mode d'intervention et ses spécificités telles que le travail du TISF.

Certains partenaires du secteur psychiatrique ou autres partenaires connaissent l'existence du dispositif Logipsy mais connaissent-ils exactement ses missions et les modalités de son intervention ?

Pour ce faire, quelques recommandations sont énoncées, pour partie inspirées d'un rapport de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm) (15) permettant d'améliorer la communication et renforcer la coordination :

- Il serait donc important de rencontrer à échéance régulière et à tous les niveaux institutionnels du partenariat (direction d'établissement, chefferies de service, professionnels)
- Communiquer l'état d'avancement du dispositif et les évolutions mises en place telle que la convention avec un autre partenaire, etc.
- Définir les missions de chacun
- Évaluer régulièrement la relation partenariale afin d'identifier ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas
- Élaborer et partager des supports pour la fluidité de partage d'informations en vue de gagner du temps tels que des documents de synthèse ou de liaison, des outils propres au parcours de santé et accessibles aux professionnels de leur lieu d'exercice.

En revanche, malgré cette difficulté citée lors des entretiens mais les analyses de la base de données ont montré que 2 demandes sur 5 émanent de la psychiatrie.

Les chiffres du programme ont montré que les femmes sont plus nombreuses que les hommes parmi ses bénéficiaires (52,4% vs 47,6%) ; ce résultat est concordant avec les résultats de l'étude longitudinale de Pevalin en 2008 cité par Boomsma (16). Les résultats de cette étude ont montré que les problèmes de logement affectaient particulièrement la santé mentale, avec un effet plus important chez les femmes que les hommes.

De plus, lors de cette analyse du programme nous nous sommes aperçus que certaines personnes acceptées en comité technique n'étaient pas accompagnées et ceci rejoint nos analyses qualitatives puisqu'il y a plusieurs raisons de décrochage de la personne telles que des raisons personnelles (refus, manque d'intérêt dans l'instant T, hospitalisation, période de vie difficile, etc.). Cette analyse nous a également permis de montrer que l'équipe effectue en moyenne une vingtaine d'interventions auprès de chaque personne accompagnée ce qui confirme objectivement les propos des interviewés.

L'adaptabilité du dispositif, soulignée par plusieurs professionnels interviewés, s'est confirmée lors de la crise sanitaire liée au Covid-19 du printemps 2020 : bien que l'équipe soit passée en télétravail, elle est restée en lien avec les personnes par téléphone. L'équipe s'est attachée à mener une double prévention : d'une part la prévention des risques liées au Covid-19, et, ce en rappelant aux personnes les gestes barrières et les mesures d'hygiène, la prévention des risques psycho-sociaux engendrés par l'épidémie, d'autre part.

Nous projetons d'interviewer un plus grand nombre de professionnels du secteur psychiatrique mais suite à la crise sanitaire liée au Covid-19, il ne nous a pas été possible de réaliser d'autres entretiens.

Conclusion

Créé en 2016, le dispositif Logipsy s'inscrit dans une logique de coopération et de coordination interprofessionnelle. Il est caractérisé par son partenariat avec le secteur psychiatrique et les bailleurs sociaux, ce qui en fait un programme original et innovant. Les échanges avec les différents professionnels accompagnant les personnes et les partenaires du programme ont fait apparaître qu'il répondait à un réel besoin.

Les CMP disposent en général de travailleurs sociaux, mais ces derniers ne semblent pas en mesure d'intervenir sur la question du logement des patients suivis. La plus-value de Logipsy consiste en une intervention intensive à domicile, d'une part, par des Techniciens d'intervention sociale et familiale qui accompagnent les personnes dans leur vie quotidienne, du désencombrement à l'ouverture sur l'extérieur, d'autre part. Anciennement travailleurs familiaux, ces professionnels apportent une aide à la prise en charge des responsabilités de la vie quotidienne, pour une période limitée, en situation de crise momentanée. Le choix de cette profession semble particulièrement pertinent au vu des difficultés auxquelles le programme cherche à répondre.

L'évaluation a cependant montré que l'accompagnement proposé ne fonctionnait pas pour tout le monde ; une analyse plus fine des raisons de non-adhésion de certains bénéficiaires potentiels reste à mener. Elle a également permis de noter que, alors que l'EPSM de l'Agglomération lilloise, partenaire du dispositif de la première heure, est bien au fait de son fonctionnement, celui de la Lille-Métropole semble moins impliqué ; le CHU de Lille quant à lui, troisième établissement de santé désormais concerné, apparaît absent et reste à associer. Le travail d'information et de communication doit donc être poursuivi dans les secteurs initiaux et développé dans ceux dépendant des établissements nouvellement associés au programme. Le présent rapport présente les résultats du premier volet de l'évaluation, portant sur le processus déployé ; la seconde sera consacrée à l'effet du programme sur ses bénéficiaires. Retardée par le confinement imposé par la pandémie de Covid-19 durant le printemps 2020, cette 2^e phase débutera en septembre 2020. L'inclusion de 100 personnes est prévue.

D'autres perspectives font actuellement l'objet de réflexions :

- Une enquête de satisfaction des personnes accompagnées pourrait être menée en routine, afin de recueillir leur ressenti et leur avis
- Une enquête 6 mois après la fin de l'accompagnement permettrait d'évaluer les bénéfices de l'accompagnement à un terme plus éloigné.
- Enfin, une analyse économique, dont le principe est à l'étude, chercherait à chiffrer les coûts induits et évités par le programme Logipsy.

Liste des sigles et acronymes

Anesm	Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
CAF	Caisse d'allocations familiales
CCAPEX	Commission départementale de coordination des actions de prévention des expulsions locatives
CCAS	Centre communal d'action sociale
CCOMS	Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale
CLSM	Conseil local de santé mentale
CMP	Centre médico-psychologique
CCAH	Comité national coordination action handicap
Cotech	Comité technique
DDCS	Direction départementale de la cohésion sociale
Dihal	Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement
EPSM	Établissement publics de santé mentale
F2RSM Psy	Fédération régionale de recherche en psychiatrie et en santé mentale Hauts-de-France
Graal	Groupe de recherche pour l'aide et l'accès au logement
LMH	Lille Métropole Habitat
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
Mel	Métropole européenne de Lille
OMS	Organisation mondiale de la santé
TISF	Technicien d'intervention sociale et familiale

Bibliographie

1. Organisation Mondiale de la santé. Promotion de la santé, charte d'Ottawa [Internet]. 1986 [cité 12 juin 2020]. Disponible sur: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf?ua=1&ua=1
2. Eikemo TA, Bambra C, Huijts T, Fitzgerald R. The First Pan-European Sociological Health Inequalities Survey of the General Population: The European Social Survey Rotating Module on the Social Determinants of Health. *Eur Sociol Rev.* 16 mai 2016;jcw019.
3. Fondation Abbé Pierre. Le logement est une question de santé publique [Internet]. 2016. Disponible sur: https://www.fondation-abbe-pierre.fr/documents/pdf/1re_partie_-_zoom_-_le_logement_est_une_question_de_sante_publique_-_21e_rapport_2016.pdf
4. Lescroël F. Plan Local de Santé Publique pour la santé mentale des personnes en situation de précarité ou d'exclusion sociale à Marseille [Internet]. Marseille; 2014 2016. Disponible sur: http://www.polvillemarseille.fr/ftp/article/626/PLSP_sante_mentale_2014_16.pdf
5. Holding E, Blank L, Crowder M, Ferrari E, Goyder E. Exploring the relationship between housing concerns, mental health and wellbeing: a qualitative study of social housing tenants. *J Public Health (Oxf).* 11 juill 2019;
6. Johnson R, Griffiths C, Nottingham T. At Home? A Study of Mental Health Issues Arising in Social Housing. National Institute for Mental Health in England. 2006;
7. Office of the Deputy Prime Minister. Mental Health and Social Exclusion. Social Exclusion Unit Report Summary [Internet]. London; 2004 juin [cité 15 juin 2020]. Disponible sur: http://www.deafinfo.org.uk/policy/SEU_summary.pdf?id=185&pld=257
8. Ly A, Latimer E. Housing First Impact on Costs and Associated Cost Offsets: A Review of the Literature. *Can J Psychiatry.* nov 2015;60(11):475-87.
9. Décret n° 2016-1940 du 28 décembre 2016 relatif aux dispositifs d'appartements de coordination thérapeutique « Un chez-soi d'abord » | Legifrance [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/12/28/2016-1940/jo/texte>
10. Sauvegarde du Nord, EPSM AL. Dispositif Logipsy. Garantir le maintien ou le retour à domicile de personnes présentant des troubles psychiques [Internet]. sd. Disponible sur: <https://www.crehpsy-hdf.fr/fichs/12714.pdf>
11. Guézennec P. Etat des lieux national des CLSM [Internet]. 2018 [cité 25 janv 2019]. Disponible sur: http://clsm-ccoms.org/wp-content/uploads/2018/09/Etat-des-lieux-national-2018-des-CLSM-en-France_Centre-national-de-ressources-et-dappui-aux-CLSM-2.pdf
12. D'Amour D., Sicotte C., Lévy R. L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé [Internet]. ResearchGate. [cité 16 juin 2020]. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/272463992_L'action_collective_au_sein_d'equipes_interprofessionnelles_dans_les_services_de_sante
13. Henneman EA, Lee JL, Cohen JL. Collaboration: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing.* 1995;21(1):103-9.
14. Kosremelli M, Wacheux F. Facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle : cas d'un hôpital universitaire [Internet]. 2007 sept [cité 16 juin 2020]. Disponible sur: <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00170357/document>

15. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm). Personnes handicapées. Synthèse et outils pratiques de coopération et de coordination du parcours de la personne en situation de handicap [Internet]. 2018 mars [cité 18 juin 2020] p. 24. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/coordination_synthese_et_outils.pdf
16. Boomsma christine, Pahl S, Jones RV, Fuertes A. "Damp in bathroom. Damp in back room. It's very depressing!" exploring the relationship between perceived housing problems, energy affordability concerns, and health and well-being in UK social housing [Internet]. 2017 [cité 18 déc 2019]. Disponible sur: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0301421517302367?token=3C83482716E5B1BC3CAE34527FoD452F29AFDCCF0146DF9BoAFBD9A81381A9C32D71F97AFD47F60950AD7997B6BF0431>

Citation recommandée : El Qaoubii O., Plancke L., Amariei A., Danel T., Évaluation du dispositif Logipsy. Phase 1. Le processus mis en œuvre, Saint-André-lez-Lille, F2RSM Psy, Juin 2020, 28 p.
--

À la demande de La Sauvegarde du Nord, La Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France mène une évaluation du dispositif Logipsy, visant au maintien ou au retour dans le logement de personnes présentant des troubles mentaux, déployé depuis 2016 dans la Métropole européenne de Lille. Ce programme est mené en étroite collaboration avec l'Établissement public de santé mentale de l'Agglomération lilloise, en lien avec les Conseils locaux de santé mentale de Lille -où le besoin est apparu- et de Roubaix ; depuis 2019, il associe également trois organismes bailleurs et la Métropole européenne de Lille qui le financent, et touche désormais l'ensemble de son territoire, soit 18 secteurs de psychiatrie adulte.

Dans le premier volet de cette évaluation, portant sur le processus mis en œuvre, ont été mobilisées les données d'activité et l'analyse de 12 entretiens semi-directifs menés avec des acteurs et partenaires du programme, qui a bénéficié à 233 personnes de 2017 à 2019, orientées par les services de psychiatrie, des associations, des organismes bailleurs ou les services communaux. L'intervention, d'une durée de trois mois, renouvelable une fois, est intensive : 20 actes en moyenne la composent, au domicile des personnes accompagnées en premier lieu. Des entretiens ressort un consensus sur l'utilité de ce dispositif, à la croisée de l'intervention sociale, menée principalement par des Techniciens d'intervention sociale et familiale (anciennement travailleurs familiaux) et sanitaire, un suivi par le Centre médico-psychologique étant recherché.

Les qualités soulignées par les professionnels interviewés ont été la souplesse, la rapidité d'intervention et la fluidité. Des points d'amélioration ont également été évoqués, au premier rang desquels la communication et l'information, notamment avec les établissements et secteurs nouvellement touchés par Logipsy à partir de 2019.

Ce rapport représente les résultats de la première phase de cette évaluation. La seconde débutera en septembre 2020 et portera sur l'évolution de la situation des personnes accompagnées par le programme, au moyen d'un questionnaire avant-après l'intervention, sur le plan du logement et de l'adhésion au projet de soins.



F2RSM Psy

Fédération régionale de recherche
en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France