



Visioconférence LOGEMENT 04 Février 14

INTRODUCTION

Suite à la visio-conférence du 19 09 13 portant sur la question du Logement, une thématique forte est apparue comme partagée par beaucoup : celle des « rôles d'alerte » pour améliorer le maintien dans la logement des personnes en situation de handicap psychique ; d'où le choix de la visio-conférence de ce jour.

Rappelons en préambule que « Parent pauvre des Plans Psychiatrie et Santé Mentale, la question du logement des personnes en situation de handicap psychique est pourtant primordiale. Les politiques de « housing first » ou « un logement d'abord » veulent en témoigner mais la réalité reste préoccupante : accéder à un logement, s'y maintenir (habiter) sont deux pré-requis fondamentaux du « vivre avec » la maladie et du « vivre ensemble ». *Guide des pratiques partagées d'accompagnement vers et dans le logement des personnes souffrant de troubles psychiques* AGAPSY CNSA Sept.2012.

Une des dimensions de la question du maintien dans le logement réside dans le repérage des difficultés et la prévention des impasses, crises ou décompensations. Qui alerte ? Et qui alerte qui ?

Il paraît tout d'abord essentiel de travailler cette question avec les personnes elles-mêmes : à leur sortie d'hospitalisation elles sont souvent informées qu'elles peuvent appeler 24h/24 l'unité de soins où elles viennent d'être accueillies ; certains C.M.P. et H.D.J. ont eu l'obligation réglementaire de donner ce message sur leur répondeur. Ailleurs il peut exister d'autres numéros 24h/24 pour parler, être rassuré. D'autres pays d'Europe ont choisi de développer des directives anticipées : au décours ou à distance d'une crise les personnes peuvent notifier ce qu'elles souhaitent ou ne souhaitent pas voir mis en place en cas de rechute.

La préparation de la sortie d'hospitalisation se prépare aussi avec la famille et/ou la personne de confiance dont la désignation est une obligation réglementaire peu suivie : un accord de partenariat entre l'utilisateur, son ou ses proches et l'équipe soignante peut se faire, s'écrire, se transmettre, au sujet de l'alerte en cas de problème.

Au-delà, et de façon complémentaire, différents niveaux d'organisation des rôles d'alerte peuvent se rencontrer et, plus encore, sont nécessaires à l'étayage des personnes. Plusieurs modes de fonctionnement existent, y compris dans notre région, et certaines vont être exposées à suivre.

Les équipes de soins sont par exemple impliquées ici ou là dans des rencontres partenariales, qui avec les bailleurs sociaux, qui avec les travailleurs sociaux, pour entendre l'alerte et coordonner les réactions. Ce partenariat n'est pas exempt de difficultés liées aux différences de critères d'analyse des situations. Des exemples d'organisation figurent dans le dossier Témoignages de la visio conférence du 19 09 14, d'autres seront présentés aujourd'hui.

Les dispositifs de type SAVS ou SAMSAH, inégalement présents dans la région, qui accompagnent et contribuent à maintenir les personnes en situation de handicap psychique dans la cité jouent aussi des rôles d'alerte, certains témoignages le rapporteront.

A noter, ces fonctionnements partenariaux sont parfois également complexifiés par des représentations divergentes de la notion de secret partagé qui a été l'objet de la visio-conférence du 12 12 13 (cf. enregistrement de la conférence sur le site du CReHPsy à venir).

Par ailleurs, des Villes ont aussi développé la présence de Correspondants de nuit, d'autres institutions ont recours à des référents de parcours ; aujourd'hui les Conseils Locaux de Santé Mentale mettent majoritairement la question du Logement au rang de leurs priorités et certains développent des plates-formes d'alerte.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Guide des pratiques partagées d'accompagnement vers et dans le logement des personnes souffrant de troubles psychiques AGAPSY CNSA Sept.2012

Quels services d'accompagnement pour les personnes en situation de handicap psychique ? CEDIAS CREAHI Ile de France CNSA Décembre 2011.

Guide méthodologique pour la création des services d'accompagnement spécialisés en faveur des personnes en situation de handicap d'origine psychique CEDIAS CREAHI Ile de France CNSA Septembre 2012.

Les conseils locaux de santé mentale en plein essor ; *Actualités Sociales Hebdomadaires*, 23 Août 2013, 2831 : 26-29.

<http://www.ccomssantementalelillefrance.org/?q=clsm>

parmi les indications disponibles sur le site 3 documents :

- Protocole d'accord pour le traitement des situations présentant le syndrome de Diogène, CLSM de Toulouse
- Guide incurie du logement, Clsm de Saint Etienne
- Modèle de convention bailleurs sociaux/psychiatrie/ ville, Clsm de Reims

E. Maître, C. Debien et al : Les directives anticipées en psychiatrie : revue de la littérature qualitative, état des lieux et perspectives. *L'Encéphale* Volume 39, Issue 4, September 2013 : 244–251.

Prévoir une incapacité de discernement. Directives anticipées en cas de troubles psychiques www.promentesana.org

PLAN DU DEBAT

- **Exemples régionaux** : UNAFAM 49 Cholet Angers, CMP Laval, CUCS Laval, Bailleur social Laval, ADGESTI 72, SAVS SAMSAH 85, SMAD Angers, DIASM Angers, SAVS SAMSAH 53 ; suivis d'échanges et de témoignages.

-**Exemples dans d'autres régions** rapportés par A.Godard Assistante sociale CReHPsy PL: ***** ; suivis d'échanges.

LE DEBAT

I – Exemples régionaux

Anne-Claire Ripoche, Françoise Maillet Bénévoles UNAFAM Cholet et Angers

Dans le département du Maine et Loire, l'UNAFAM représente environ :

200 adhérents 30 bénévoles

Afin de préparer la Visio-conférence du CreHPsy Logement, un questionnaire a été réalisé afin d'avoir un échantillon de personnes pouvant apporter des informations utiles aux représentants UNAFAM CreHPsy Logement. 10 bénévoles ont répondu.

Parmi les personnes ayant répondu à notre enquête, les proches résident en :

logement indépendant : 6 dont 1 en logement social

-1 en résidence accueil ou maison relais

-1 en Famille d'accueil

-1 en Famille

-1 en Etablissement de santé

Pour les personnes vivant en logement indépendant, 80% ne bénéficient pas d'accompagnement au maintien au logement, pour les raisons suivantes :

Pas de reconnaissance du handicap

Pas d'accompagnement social proposé

Refuse l'accompagnement

Pour celles bénéficiant d'accompagnement social, il apparaît que le maintien au logement est réussi grâce :

Suivi par les assistants sociaux

Lien avec les CMP, les curateurs, PCH (ALPHA d'Angers), CATTP, GEM, passage régulier des infirmiers de psychiatrie.

Sachant que ces derniers offrent un accompagnement au soin et à des activités sociales, mais ne proposent pas des accompagnements spécifiques à l'entretien du logement.

Or, ce sont des partenaires importants et appréciés des familles. En effet, cela soulage les familles et contribue à une alliance thérapeutique dans l'intérêt du malade.

En revanche, en l'absence d'accompagnement, les familles ayant répondu à notre enquête, évoquent diverses problématiques : Isolement du malade et de la famille ; Insalubrité du logement ; Dégradation du logement faute d'accompagnement ; Problèmes de voisinage ; Cohabitation difficile ; Angoisse due à l'isolement, favorisant la prise de toxiques et les addictions ; Ressources insuffisantes et mauvaise gestion du budget (participation financière des familles, hypersensibilité au bruit, insomnies,...) ; Incompréhensions de la part des bailleurs ; Rechute du malade ; refus d'un logement social par la collectivité car « Le handicap psychique demande un suivi particulier ».

Face aux problèmes rencontrés, les familles expriment (pour 80 % d'entre elles), une absence des professionnels. La famille se retrouve donc seule à gérer ces situations.

Pourtant, en cas de rechute, ce sont elles qui sont le plus souvent sollicitées (en l'absence de professionnels) pour faire face à ces situations, par :

les mairies, le médecin généraliste en contact avec la famille, les accompagnateurs sociaux, le voisinage, les propriétaires.

La famille est le lien avec l'équipe soignante, et participe au maintien au logement de son proche, et se retrouve à son tour isolée et incomprise.

Le Rôle d'Alerte vu par Nathalie DUBOSQ, IDE, CMP Laval-Est.

En lien direct avec nos missions professionnelles :

-cf. missions du C.M.P. : accueil, évaluation, repérage, orientation, soutien.

-cf. missions de secteur, liaison avec les autres services du secteur & et lien entre les partenaires du réseau et les services du secteur.

Le travail en réseau,

Quelques exemples de pratique dans notre secteur de psychiatrie.

Une convention existe depuis 1999 entre le conseil général 53 et le centre hospitalier de Laval qui demandent aux infirmiers de CMP un appui technique auprès des travailleurs sociaux pour les bénéficiaires du RSA. L'objectif est de repérer les problématiques de santé psychique, afin d'orienter les usagers vers les soins, ou de travailler plus étroitement avec le travailleur social quand l'accès aux soins n'est pas possible. Ce travail permet de croiser les regards professionnels, et d'avoir plusieurs lectures d'une situation qui permet de mieux aborder le comment faire et qui fait quoi.

Un groupe de professionnels (APARTV : Aide Professionnelle A la Résolution des Troubles du Voisinage) se retrouve pour travailler sur les situations de précarité & d'isolement repérées par des troubles du voisinage, principalement dans un quartier du secteur, travail plus étroit avec le CUCS et les bailleurs sociaux. Il est question de repérer ce qui relève de la santé mentale, pour mieux appréhender les situations & tenter d'aider les professionnels à repérer, orienter et accompagner vers le soin. Là encore, quand l'accès aux soins n'est pas possible, c'est tenter de maintenir un lien social qui devient un acte de prévention. C'est travailler sur qui fait quoi et comment et pourquoi avec nos limites d'intervention. Tout ce travail en réseau nécessite de bien connaître les partenaires, et de faire du lien dans le respect du cadre déontologique notamment le respect du secret médical. Cette connaissance permet aussi de mettre en œuvre plus rapidement des organisations de soins quand l'accès aux soins est possible.

Limites

-L'accès aux soins reste souvent difficile :

chez des personnes démunies, quand l'utilisateur n'est pas demandeur, quand la demande est difficile à décoder.

-Ce travail doit questionner :

- la source de la demande ou de la problématique,
- le désir de celui qui porte la demande (le travailleur social ou le médiateur, la personne qui repère)
- la nature de la demande, pour répondre à qui peut faire quoi & comment ?
- son caractère d'urgence ou pas,
- les limites de la liberté individuelle et le respect de autrui, pour toutes les situations dans les logements collectifs.
- Nos limites d'interventions en lien avec : nos missions et notre cadre de travail ; le cadre législatif.

Le regard de Benjamin EIDE C.M.P. Laval-Est

Le réseau, sentinelle dans le rôle d'alerte ?

Afin d'offrir aux personnes une prise en charge adaptée à leurs besoins, et de pouvoir y répondre de la façon la plus adaptée, le travail en réseau semble plus que nécessaire. Au-delà de confronter les avis, de permettre plusieurs lectures d'un même cas, en

pluridisciplinarité, avec pour objectif de répondre au plus près aux exigences d'une situation, ce lien entre les infirmiers et les acteurs du réseau permet également d'étendre la position du CMP au cœur de la cité. En effet, les acteurs du réseau, en contact direct avec les habitants du secteur sont les yeux et les oreilles de l'infirmier du CMP. Ils représentent de par leur place privilégiée ce que l'on pourrait nommer des « sentinelles » dans le rôle de l'alerte. Leur ressenti, leurs impressions, leurs constats sont autant d'information qui peuvent être transmises à l'infirmier du CMP qui de par sa position, va évaluer la situation et traiter les informations recueillies afin de proposer le meilleur suivi possible au cas exposé. Ce travail semble donc impossible sans ce rôle d'observation et de détection réalisé en amont par les intervenants du réseau et justifie de ce fait la continuité du lien établi entre les différents partenaires en santé mentale. La détection précoce prônée dans le rapport Robilliard du 8 janvier 2014 fait paraître qu'il faut aller dans ce sens et conserver un lien fort entre les différents intervenants au cœur de la cité afin d'évaluer les besoins de la population locale. Ce lien entre le réseau et le CMP permet une meilleure vue d'ensemble de la population, une réactivité plus importante ainsi qu'une réponse plus adaptée aux besoins spécifiques de chacun. Les travailleurs ou bénévoles du réseau ont donc une place prépondérante dans l'alerte auprès des professionnels de santé.

Michelle Téréné I.D.E. C.U.C.S. Laval

ACTION MENEES DANS LE CADRE DU CONTRAT URBAIN DE COHESION SOCIALE (CUCS) de Laval Agglomération : " accompagnement individualisé vers la santé ".

Cette action est menée depuis 2007 et fait suite à un diagnostic mené en 2006 -2007 sur les quartiers prioritaires du CUCS ; ce diagnostic relevait :

Le désarroi et l'impuissance de travailleurs sociaux, des professionnels des services d'aide à domicile, de l'urgence sociale, de l'hébergement, des professionnels de 1ere lignes au cœur des problématiques des gens, qui ne savent plus comment dénouer les choses face :

- A l'augmentation de la souffrance psycho-sociale

-Aux personnes en rupture de traitement ou/et rupture de suivi médical, rupture de soins psychiatriques

-Aux personnes souvent bénéficiaires de minima sociaux (ou pouvant y prétendre) concentrant de nombreuses problématiques, souffrance psychologique, répercussions physiques liées aux addictions ; personnes que l'on voit se dégrader au fil des mois, ne s'intégrant pas dans la vie locale du quartier, et qui sont retrouvés parfois morts à leur domicile sans que personne n'ait été alerté ou n'ait pu entreprendre des démarches,

De ce diagnostic, le groupe santé technique a proposé les objectifs suivants :

-Assurer une meilleure prise en compte de personnes isolées en souffrance physique ou/et psychique, éloignées des services et structures de droit commun » en repérant et accompagnant ces personnes vers des démarches adaptées pour relier le droit commun

- l'accompagnement s'adresse à des personnes en incapacité de faire des démarches seules sans l'intervention d'un tiers , par personne isolée on entend personne en situation de précarité avec perte de réseau social , familial, professionnel.

Le choix a été fait de positionner l'infirmière (IDE) du CUCS sur la mission d'accompagnement et de maillage des professionnels "repérants " sur le territoire.

le CUCS finance aussi depuis 2007 via son appel à projet, un accompagnement par les TISF (technicienne en intervention sociale et familiale) de l'association d' AID'ADOM L' appel aux TISF au titre du CUCS est fait quand il y a adhésion de la personne sur des objectifs précis d'accompagnement vers la santé, les soins, de motivation à la gestion du quotidien

dans son logement et lorsque les différentes prises en charge par ailleurs ne sont pas possibles au titre du droit commun (au titre du RSA, de l'aide sociale ou par exemple dans l'attente de l'instruction d'un dossier MDPH).

Par qui sont repérées les personnes ?

-le repérage est fait par tout un chacun mais ce sont surtout :

Les bailleurs sociaux (à partir de troubles de voisinage, de dettes de loyers, d'inquiétudes diverses qui sont observées par les agents de proximité ou agent de médiation : le courrier s'accumule dans les boîtes aux lettres, on ne voit plus la personne dans le quartier); le repérage est aussi fait par les assistantes sociales des antennes solidarités du CG, du CH, (en cas de sortie d'hospitalisation), les TS du CCAS dont l'adulte relais, le PLIE, les chantiers d'insertion, tout professionnel ou autre acteur ayant connaissance d'une situation problématique qu'il perçoit plus ou moins liée à une difficulté de santé

Il y a un réseau d'acteurs donc qui repèrent et qui sont sensibilisés à ces questions de santé,

Le maillage se fait aussi à partir de groupes qui existaient déjà comme APPARTV (action de professionnels d'aide à la résolution de trouble du voisinage) sur le quartier St Nicolas, ou par des temps de travail que le CUCS a mis en place avec les bailleurs sociaux, CCAS, maison de quartier parfois

Comment on procède ?

- la situation préoccupante est évoquée, lors des temps de rencontre cités ci-dessus ou lors de RDV pris avec le repérant ;

- l'IDE du CUCS s'enquiert auprès des professionnels ressources (CSAPA, CMP, médecins généralistes, services sociaux, services de mesures de protection selon la problématique évoquée) de savoir si la situation est connue,

- En cas de non suivi par les services de droit commun on organise un 1er RDV par l'intermédiaire du repérant :

L'accompagnement ?

les principes sont l'aller vers, la souplesse dans l'accompagnement (accepter les RDV ratés par exemple) sur des objectifs souvent très modestes;

l'IDE se présente comme appartenant à un service de l'agglomération qui propose une aide aux personnes qui semblent isolées et peut être en difficulté. L'objet d'intervention est souvent celui évoqué par le repérant avec qui le 1er contact se fait ("on est inquiet pour telle raison, a-t-on raison de s'inquiéter ?")

Orienter n'est pas suffisant pour certaines personnes aussi l'IDE propose un accompagnement physique vers les services de soins, de santé (ou pour d'autres démarches) quand la personne adhère à ce parcours de soins. Le CSAPA, les Médecins généralistes, les CMP, association d'entraide, hôpitaux, travailleurs sociaux, du logement sont les interlocuteurs ressources; cet accompagnement physique s'il est la condition pour que la personne aille mieux peut se prolonger plusieurs mois, s'il y a une adhésion à cet accompagnement, les TISF d'Aid'ADOM peuvent aussi intervenir,

Quand il n'y a pas de demande de soins, l'IDE part de la demande 1ère de la personne : une aide alimentaire, administrative, sociale ou alors de l'écoute; tenter de gagner peu à peu la confiance;

Sur certaines situations les seuls objectifs du CUCS seront de garder le lien (car le lien c'est exister encore); et d'avoir aussi une veille sur la personne; sachant que ce sont les seuls passages réguliers

Des temps d'échange et d'analyses des situations sont régulièrement faits avec l'équipe mobile en addiction du CSAPA et le CUCS.

Au delà du travail d'accompagnement décrit, le CUCS espère (surtout en l'absence d'équipe mobile précarité psychiatrie) que le conseil local en santé mentale inscrit dans le Contrat local de santé, se mette en place à Laval pour permettre entre autres un travail de concertation entre les différents acteurs autour de situations très problématiques.

Christophe de Roince Responsable d'Agence Mayenne Habitat, Laval

L'objectif du groupe APARTV est de travailler sur des situations où l'un des partenaires se trouve en difficulté.

En tant que bailleur, les situations évoquées concernent des personnes repérées sur le quartier pour différentes problématiques : comportement divergent de la norme, trouble du voisinage, problématique d'entretien du logement.

Les échanges sont à titre professionnels et chaque partenaire observe le principe de discrétion. Les échanges sont bienveillants et le respect de l'intimité de la vie privée est préservé.

Après concertation, nous voyons qui est en mesure d'intervenir, des propositions peuvent être faites après cette rencontre aux personnes. Nous nous heurtons fréquemment à des personnes où un accompagnement vers des soins serait nécessaire.

En tant qu'Office Public de l'Habitat, notre finalité est que les locataires s'approprient leur logement et vivent ensemble en se respectant les uns les autres au sein d'un habitat collectif. L'objectif n'est pas de déplacer la personne mais de faire en sorte qu'elle vive paisiblement dans son logement et son environnement.

E.Fèvre ADGESTI 72 : Information aux gardiens d'immeubles sur la fragilité psychologique.

L'action « Médiation/Expulsion » est mise en œuvre à Allonnes. Elle concerne chaque année une trentaine de familles locataires de l'Office Public d'HLM Sarthe-Habitat dont la fragilité psychologique et/ou financière nécessite un accompagnement.

Partenaire principal, l'ADGESTI met à disposition une psychologue clinicienne qui a pour mission d'établir une relation avec le ménage, d'évaluer sa capacité à jouer son rôle de locataire, d'aborder la problématique en jeu, et de rechercher les relais si nécessaire.

Le programme a débuté en septembre 2007 et perdure ; chaque année, ce dispositif empêche entre 15 et 20 expulsions. Ce que l'on peut constater, c'est que les personnes rencontrées dans ce cadre sont souvent en cessation de paiement de leurs loyers pour des raisons liées à leur mauvaise santé psychique. Ce sont des personnes qui se sont isolées, renfermées pour des raisons très personnelles.

L'intervention de la psychologue de l'ADGESTI permet de renouer du lien social ; elle rétablit un lien avec ces personnes, durant plusieurs mois, puis, dans un second temps, elle leur permet de rétablir un lien avec le bailleur ou avec un travailleur social.

Quelle que soit son utilité, on peut cependant considérer que l'intervention de ce dispositif est bien tardive. N'aurait-on pas pu voir en amont que ces personnes souffraient ? N'aurait-on pas pu déceler leurs difficultés psychiques ?

L'ADGESTI a monté une action de formation pour les gardiens d'immeuble, concernant ce que j'ai appelé les bizarreries des locataires, à destination des gardiens d'immeubles, mais aussi de leur hiérarchie, pour identifier les comportements des habitants pouvant laisser penser qu'ils sont en souffrance psychique. Il s'agit de leur apporter un minimum de

connaissances pour commencer à comprendre ce qui se passe, pour leur permettre d'avoir une posture tolérante face à ces troubles, d'avoir une attitude d'empathie et d'aide de première intention, de pouvoir expliquer à l'entourage ou au voisinage ce qui se passe, et aussi de savoir à qui faire appel en cas de nécessité.

Cette formation est financée sur des crédits non pérennes de la DDCS, et aussi dans le cadre du CUCS. Après une première expérimentation, un module de formation est maintenant proposé, animé conjointement par un psychologue et un travailleur social, comprenant des temps de formation théoriques à partir de la pratique quotidienne des gardiens, suivis de temps d'analyse de la pratique.

Cette formation permet aux gardiens d'immeubles d'intervenir à bon escient dès l'apparition des premiers troubles d'une souffrance psychique. On peut donc penser qu'ils pourront intervenir suffisamment tôt pour éviter le repli de certaines personnes sur elles-mêmes, leur retrait de la vie sociale, leur renfermement et leur coupure de tous liens sociaux.

Plus, nous pensons que les gardiens d'immeuble auront, par leur attitude, par leurs explications et par leurs conseils, une action exemplaire sur tout le voisinage pour permettre une meilleure tolérance de la population aux bizarreries des uns et des autres, une meilleure acceptation des singularités, et qu'ils contribueront ainsi à une prévention de l'exclusion sociale des personnes en souffrance.

SAVS SAMSAH AREAMS 85

Brochure transmise séparément.

C. BOUCHARD, infirmière au SMAD Angers :

L'équipe SMAD (Soutien et Maintien à Domicile) a été créée en janvier 1999 sur le pôle 4. Sa création était en lien avec le constat suivant : des dysfonctionnements se manifestaient par un manque de régularité et de continuité dans les prises en charge extra hospitalière. Les infirmiers exerçaient alors cette mission à partir des unités intra hospitalière dont ils dépendaient.

Elle a été ensuite rattachée au foyer lors de son ouverture en 2000.

En 2008, une équipe autonome composée de 3 infirmiers a été recréée.

L'équipe soignante est aujourd'hui constituée de 4 infirmiers (es) pour 2,80 équivalents temps plein, d'un temps cadre de santé,

Ses bureaux se situent sur le site du CMP / CATTP, 7 rue des buttes de pigeon sur Angers.

Ses objectifs :

Relation d'aide à la personne soignée, Maintenir un lien social, Mesurer l'adhésion aux soins, Développer l'autonomie, Rôle de prévention et d'évaluation.

Détachée des effectifs intra hospitalier, cette équipe est au cœur de la réhabilitation psychosociale et réalise des actions de soutien et de maintien à domicile passant en particulier par une démarche de développement de l'autonomie sociale, des accompagnements de resocialisation, évaluation du logement avec un travail en réseau afin de mettre en place les aides nécessaires, un développement d'une politique de partenariat..

Cette mission s'exercera en lien avec les unités d'hospitalisation et les structures de jour.

La population accueillie est identique à celle prise en charge par le secteur.

G.ROUILLON, infirmier au D.I.A.S.M. Angers

Histoire :

On pourrait penser que la circulaire du 23 novembre 2005 relative à la « prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie » est à l'origine de la création du DIASM. Cependant, ce texte officiel pose un cadre après plus d'une décennie de travail expérimental sur le terrain.

En effet, en 1992 l'agglomération angevine avait vu naître la coordination SDF, en 1994 le Cesame avait mis à disposition un infirmier psychiatrique au SAMU social. Plus tard, la réflexion s'est poursuivie par le biais des groupes de travail autour des PLI, avec les circonscriptions d'Action Sociale et de Santé (aujourd'hui appelées Maisons des solidarités : MDS).

En 2001 s'est affirmée la volonté de l'hôpital d'avancer vers une médiation postée au sein du réseau de santé tandis que le Conseil Général soutien l'intervention de deux psychologues, l'une à la Mission Locale Angevine, l'autre à la circonscription d'action sociale et de santé Angers centre (aujourd'hui MDS). Enfin suite à la création du RESPPA (Réseau souffrance psychique et précarité angevin) les besoins repérés par les différents professionnels prennent l'aspect d'une nouvelle proposition par le biais de l'organisation du mode d'intervention par la fédération d'une équipe mobile.

Aujourd'hui le DIASM est une Equipe Mobile Psychiatrie Précarité dont l'articulation semble aujourd'hui encore inédite. Cette spécificité historique qu'est sa composition de professionnels issus des champs sociaux et sanitaires en fait son originalité et un moyen de fluidifier les liens entre institutions. Ainsi quatre psychologues se partagent trois équivalents temps plein. Concrètement l'équipe représente : 1 équivalent temps plein sur les Maison Des Solidarités couronne nord et ouest ; 0,50 à la Mission Locale Angevine ; 0,80 à la Maison des Solidarités Angers Centre et 0,70 à destination des Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale.

Organisation :

Trois infirmiers, dont un médiateur santé à plein temps et deux infirmiers mis à disposition par le Cesame sur la moitié de leur temps travaillent au DIASM. Ils interviennent au Centre Communautaire d'Action Sociale, au Samu Social, également au sein des CHRS et à la Maison des Solidarités Angers Est.

La coordination fonctionnelle portée par Alpha Api est exercée par une chef de service dédiée à 0,20 ETP à l'équipe. Le Cesame y contribue également par la mise à disposition d'un médecin psychiatre sur 0,35 ETP. Enfin a été mis en place un temps de secrétariat de 0,10 ETP.

Le public concerné a pour particularité d'être extrêmement large du fait de la position des professionnels sur l'ensemble du territoire angevin. On considère que le professionnel du DIASM répond à la demande des usagers et des équipes avec lesquels il est en contact en fonction du lieu où il intervient, et ce à partir du moment où il repère, avec son équipe, une souffrance psychique qui n'a pu être prise en compte voir une pathologie psychiatrique. Il intervient lorsque la situation présentée par un professionnel semble nécessiter du temps de réflexion, un éclairage appuyé sur l'idée de prendre soin, mais encore lorsque la demande adressée au social, dans le champ de l'insertion doit pour être entendue s'accompagner de propositions d'étayage spécifique à la situation.

On peut constater ici que le public concerné s'élargit à mesure que l'équipe s'implante sur le territoire. Les situations travaillées apportent un recueil de données quant à la souffrance

psychique et à la précarité dans l'agglomération Angevine, mais elles entraînent elles-mêmes un accroissement des demandes du fait de l'identification du professionnel qui est intervenu pour favoriser le travail initial. Ainsi pour l'année 2011, 1344 situations ont été travaillées.

Rôle de l'équipe mobile :

Réintroduire la parole et l'écoute en direct avec l'utilisateur ou dans l'aide apportée aux intervenants.

Restaurer la dimension de la vie psychique même dans les situations aiguës.

Soutenir et former les intervenants sociaux afin de favoriser le repérage précoce des troubles psychiques

Proposer à la personne une orientation adaptée vers le réseau de santé et favoriser une prise en charge globale et continue.

Ces différents axes s'appuient sur une clinique particulière qui est celle où se chevauchent les champs du social, du médical, du sanitaire, mais également de l'insertion, de l'éducatif. De fait, l'équipe mobilise un partenariat riche qui se montre de plus en plus structuré. Pour ce faire il est nécessaire de s'inscrire dans une démarche de partage des moyens d'action. La priorité est ainsi donnée à la réactivité, elle-même rendue possible par la présence des professionnels des équipes dans les équipes recevant le public. L'idée majeure soutenant l'approche de l'équipe est bien celle d'aller vers ce public dont les problématiques sont le plus souvent imbriquées, et ne permettent pas toujours à la personne de faire entendre la souffrance psychique et ce qu'elle traverse au quotidien.

L'équipe fait de la prévention un support éthique et un outil que ce soit dans les propositions faites aux usagers mais également lors des temps où les intervenants sont sollicités par les professionnels des équipes dans lesquelles ils interviennent, par d'autres institutions traversant un moment compliqué avec une personne accueillie. C'est également ce qui soutient les interventions ponctuelles à destination des établissements de formation (assistants sociaux, IFSI...).

S.Brière, GEIST 53 :

La place d'où je parle pour amener de la compréhension au contexte présent :

Directeur Adjoint d'un SAVS, un SAMSAH « handicap psychique » unité « habitat et vie sociale », GEM au centre et au sud du département de la Mayenne.

La prévention nécessite d'être en lien avec la personne, ses personnes ressources et ses lieux ressources. Au delà du travail personnalisé mené avec la personne, il s'agit d'établir un maillage avec les acteurs professionnels du territoire et avec l'ensemble des personnes ressources pour la personne.

La non-existence ou les prémices du CUCS nous amènent à accompagner les situations sans avoir une instance qui fédère cette question des rôles d'alerte de chacun.

De fait la coordination et les modalités d'intervention sont expérientielles.

Le travail de proximité de l'équipe :

- 2 référents pour avoir un regard croisé sur les situations et des temps collectifs animés à tour de rôle par l'ensemble des professionnels afin d'élargir l'observation,
- Le domicile livre également des indications,
- La co-construction avec la personne des signes qui nous montreraient à voir qu'elle va moins bien, et qu'est-ce qu'on pourrait faire si jamais la situation arrivait...

Les personnes ressources de la personne

La famille, Les amis, Les voisins, Le bailleur, Le médiateur ou le gardien d'immeuble,
Autres personnes...

Les services du soin (CMP, hôpital de jour, médecine de ville...)

- Confrontation d'observations et analyse des situations,
- Relais du social vers le soin et réciproquement, un travail partenarial,

Les outils : de la vigilance à l'intervention,

- Le téléphone, internet... des moyens de communication qui permettent de converser dans l'instant des éléments présents,
- Les rencontres régulières avec les personnes,
- Des échanges réguliers avec les personnes ressources et les partenaires, même si tout semble bien aller,
- De la mise en situation en appartement d'essai pour installer du répit par rapport à leur environnement habituel,
- L'appel aux pompiers si besoin,

Les points-rencontres Nantes cf. Corinne Lambert Dossier Témoignages Visio du 19 09 14

II – Exemples de rôles d'alerte dans d'autres régions

Présentation A.Godard A.S. CReHPsy PL

-- le référent de parcours : René Baptiste et Brigitte Sapaly – *L'affirmation de la fonction de référent dans le champ psychique* – Novembre 2011

http://www.unafam.info/87/img/2011_referentdeparcours.pdf

Le référent de parcours correspond au rôle du « case manager » très développé dans les pays d'Amérique du Nord et en santé mentale. C'est l'idée d'un référent unique qui puisse assurer une fonction de coordination entre différents intervenants (social, médico-social, sanitaire...) et être un interlocuteur privilégié pour la personne. Les « gestionnaires de cas » intervenant dans les MAIA, remplissent déjà ce rôle auprès des personnes âgées en situation difficile. Cette fonction permet notamment de faciliter le partenariat, de médiatiser les rencontres avec les différents intervenants (les troubles psychiques peuvent quelquefois complexifier les prises en charge) et assurer une continuité dans le parcours de la personne.

--le correspondant de nuit : cf. fiche technique Guide AGAPSY CNSA p.119 ; contacts :

Denise David ddavid.sava@orange.fr ; Cédric Lavenu, cedric.lavenu@espoir35.fr;

L'objectif est de proposer à des personnes en situation de handicap psychique logées dans une Résidence Accueil d'avoir un correspondant, une écoute, en dehors des heures de présence des professionnels de la structure. C'est le partenariat entre la structure et une autre association qui permet d'offrir aux résidents ce type d'intervention. Si cela est nécessaire, l'association peut contacter la direction de la résidence. De nombreux échanges ont lieu entre les deux équipes pour anticiper certaines difficultés ou se tenir informés des interventions de la nuit. Cela apporte aux résidents un sentiment de sécurité car ils savent qu'ils peuvent joindre le correspondant à toute heure de la nuit.

--le référent social : cf. fiche technique Guide AGAPSY CNSA p.139 ; contact René BAPTISTE, Président association GRIM : rene.baptiste@numericable.fr

Une réflexion a été menée par l'association GRIM (association tutélaire) autour du rôle de référent social qui doit permettre de soutenir l'accompagnement des mandataires judiciaires auprès des majeurs protégés. L'association GRIM a envisagé cette fonction pour toutes les personnes sous protection présentant des troubles psychiques à partir de la fonction de référent patrimoine. L'intervention du référent social viendrait médiatiser la relation entre le majeur protégé et le mandataire, éviter les conflits et surtout aider le majeur à comprendre les décisions prises par le mandataire, qui peuvent parfois être mal vécues. Le référent pourra alors présenter le dossier en commission et soutenir la demande du majeur protégé.

-- Service d'Accompagnement Renforcé et d'Insertion par le Logement (cf. Guide AGAPSY CNSA p.115, contact : Association Grim : www.grim69.com)

Ce service permet de coordonner l'accès à un logement autonome et les soins psychiatriques. Après une hospitalisation, la personne en situation de handicap psychique va pouvoir intégrer un logement (individuel ou collectif) tout en étant accompagné par une équipe pluriprofessionnelle dans l'élaboration de son projet. L'accent est mis également sur le maintien des soins psychiatriques. L'équipe propose de plus des activités visant à favoriser l'insertion sociale. Cette prise en charge permet d'évaluer et d'orienter par la suite la personne vers un logement autonome ou plutôt collectif.

--Concertation pluridisciplinaire

-> Conseil Local de Santé Mentale, contrat local de santé mentale (A noter : plusieurs coordinations sont en cours d'installation dans la région) : cf. site CCOMS –CLSM : trois documents mis à disposition : Guide Incurie du logement Saint Etienne, Convention bailleurs sociaux- EPSM- Ville de Reims, Protocole en cas de Syndrôme de Diogène Toulouse

-> autres coordinations :

*cf. Réseau de Promotion de la Santé Mentale Yvelines Axe Logement ; Guide AGAPSY CNSA p. 129 : RPSM 78, Coordination : 01 39 63 95 35, Contact : rpsm@ch-versailles.fr ; Site internet : <http://www.rpsm78.com/>

*cf. Appartement de Coordination Thérapeutique ; Guide AGAPSY CNSA p.181, contact : ESPERANCE 63, tel : 04 73 91 57 25 Courriel : association@esperance63.fr

Informations transmises par P.Giraud UNAFAM Pays de la Loire

Etudes et expérimentations « Le logement d'abord » :

1 – « Housing first Europe »

Un programme expérimental européen « HOUSING FIRST EUROPE » s'est achevé le 14 juin. Ce projet financé par la direction générale de l'Emploi de la Commission européenne auquel ont pris part dix États- membres entre août 2011 et juillet 2013 comportait deux branches : l'expérimentation de l'accès direct à un logement individuel et pérenne de personnes sans-abri cumulant un ensemble de problématiques sociales complexes (troubles psychiques, addictions, parcours à la rue parfois très long, etc.)

Une stratégie de mutualisation d'expériences entre nations de l'autre.

Sites pilotes : Amsterdam, Copenhague, Budapest, Glasgow et Lisbonne, Dublin, Gant, Göteborg, Helsinki et Vienne.

Les logiques de « capacité à habiter » et d'impératif curatif précédant l'accès au logement ont été subverties par la mobilisation d'un accompagnement social intensif, flexible, individualisé et souvent pluridisciplinaire pour stabiliser les personnes dans leur logement. Le rapport d'évaluation démontre l'efficacité des dispositifs d'accès au logement sans pré-requis d'insertion. La recherche révèle en effet des taux de maintien dans le logement ainsi que des taux de satisfaction des usagers très importants.

Rapport disponible uniquement en anglais par le lien suivant :

http://www.fnars.org/images/stories/2_les_actions/logement/FinalReportHousingFirstEurope.pdf

2 – Un chez soi d'abord

En France, un programme social intitulé « UN CHEZ SOI D'ABORD » a été lancé en 2010 et expérimenté conjointement dans quatre villes : Lille, Marseille, Toulouse, Paris. L'objectif est de mesurer l'évolution de deux égaux en nombre groupes :

un groupe est orienté vers un logement ordinaire où il bénéficie d'une prise en charge pluridisciplinaire,

un groupe poursuit son parcours avec un accompagnement de droit commun (notamment équipe psychiatrie-précarité).

L'idée du programme « Un chez soi d'abord », est tout droit inspirée du modèle « Housing First » mis en œuvre aux Etats-Unis, au Canada et en Europe. L'objectif est de favoriser l'accès à un logement ordinaire aux personnes de la rue victimes de troubles psychiques sévères (schizophrénie, troubles bipolaires) et d'addictions (drogues, alcool) pour permettre à terme « le maintien durable d'un chez soi et l'amélioration de la qualité de vie ». Il s'agit aussi de créer les conditions nécessaires au retour à l'autonomie. Une réelle innovation sociale quand on sait qu'habituellement, une personne en difficulté doit préalablement trouver un hébergement et des lieux de soins (ambulatoires ou hospitaliers) avant de s'occuper de trouver un toit temporaire puis pérenne. Cette étude scientifique est menée jusqu'à fin 2014. Pour plus d'information : « Un chez soi d'abord : l'insertion sociale et citoyenne »

Information disponible :

<http://www.clemence-isaure.org/la-reinsertion/un-chez-soi-dabord-linsertion-sociale-et-citoyenne.html>

Informations transmises par M.NARBONN, médecin solidarité insertion en Loire Atlantique :

« Handicap psychique, logement et RSA »

Dans le cadre du dispositif RSA, un certain nombre de personnes accompagnées souffrent de troubles psychiques freins à l'insertion. Ces troubles peuvent aller jusqu'à un handicap.

Toute la difficulté est de poser une limite dans un continuum évolutif et de pouvoir arriver à parler de handicap.

Sur ces situations complexes où il est question de santé mentale, les travailleurs sociaux sont souvent démunis, les relais avec la psychiatrie publique étant difficiles quand les personnes refusent toute orientation.

Le département de la Loire Atlantique a créé depuis 2000 des postes de médecins ressources auprès des travailleurs sociaux qui ont pour mission de développer les réseaux médicosociaux. Ces médecins peuvent être interpellés pour une analyse partagée des situations et pour le développement d'accompagnements concertés prenant en compte la globalité des besoins des personnes accompagnées.

Ainsi en 2013, sur un territoire de 15 communes comptant environ 6000 allocataires du RSA soumis à droits et devoirs (c'est-à-dire accompagnés par un référent RSA et contractualisant), le médecin solidarité insertion a été interpellé pour 83 situations dont 45 % avait trait à une problématique de santé mentale. Moins de 10 % de ces personnes étaient connues et suivies par la psychiatrie.

Bien souvent pour ces allocataires, et pour leurs accompagnateurs, le statut de handicapé correspond à une représentation encore plus stigmatisante que celle d'allocataire du RSA.

Et nous dirons alors que ces personnes sont dans le déni de leurs troubles et des conséquences. de ces troubles, sans soin spécialisé et assumant le choix d'une grande pauvreté financière (493 € / mois de RSA socle contre 790 € d'AAH +/- 100 € de complément mensuel et 104 € de majoration vie autonome).

Il arrive également que ce soit les professionnels de la psychiatrie, qui parfois connaissent ces patients depuis de longues années, qui leur conseillent de ne pas informer les référents RSA du suivi psychiatrique.

Certains psychiatres peuvent même refuser d'établir les certificats médicaux demandés par leurs patients pour l'attribution de l'AAH, estimant qu'il est préférable de permettre à ces personnes de bénéficier de toutes les mesures d'insertion sociale financées par le dispositif RSA.

Ces positionnements ne prennent pas en compte les récentes évolutions, tant au niveau de la politique insertion (exigences de réinsertion professionnelle) qu'au niveau de la politique handicap où de nouvelles structures (GEM) et de nouveaux services (SAVS et SAMSAH psy) ont été créés depuis 2007 pour pallier au vide de lieux de socialisation pour ce public.

Aujourd'hui, maintenir une personne non employable du fait de ses troubles psy dans le dispositif insertion risque de générer plus de souffrances que de bienfaits.

Les exigences des Commissions Locales d'Insertion pour que les parcours soient en progressions d'un contrat à l'autre peuvent mettre à mal des personnes fragiles.

Pour autant, il est encore à ce jour possible de contractualiser sur des objectifs d'insertion sociale, notamment sur des projets d'insertion par le logement.

Pour cela, les référents peuvent activer diverses mesures d'accompagnement spécifiques :

- mesure ALI (Accompagnement Logement Individualisé)
- mesure MASP (mesure d'Accompagnement Social Personnalisé) quand les difficultés de santé retentissent sur la gestion budgétaire et l'autonomie des personnes
- protocoles de prévention des expulsions (convention CG - bailleurs sociaux)
- instances partenariales de partage pour la gestion des troubles du voisinage (municipalités -CG - psychiatrie)

Ainsi donc les accompagnements effectués dans le cadre du dispositif RSA contribuent pour une part non négligeable au mieux-être et au soin de personnes souffrant de handicaps psychiques non reconnu comme tels et le travail d'accompagnement vers le soin se fait sur le long terme.

Espérons que tout le travail qui se fait sur la région autour de la question du handicap psychique puisse porter ses fruits :

- pour des changements de représentations,
- pour une compensation de ces handicaps
- pour une réelle intégration de ces patients dans la cité (créations d'emplois adaptés, augmentation des places en SAVS et SAMSAH psy, en logements relais.....)