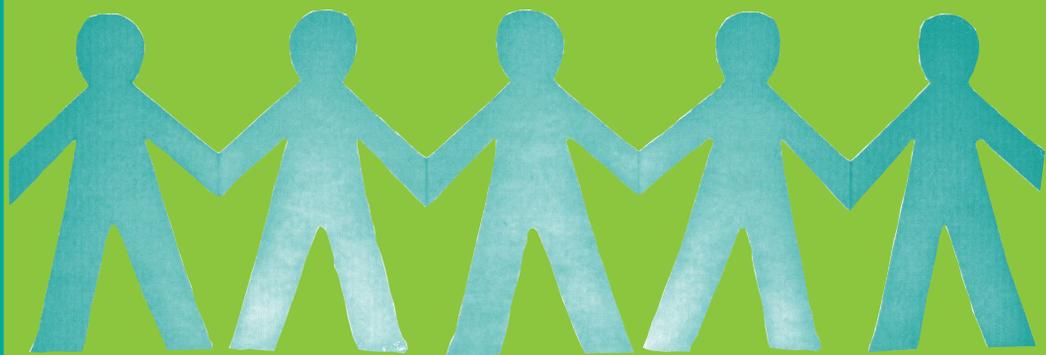


PRÉCARITÉ & SANTÉ MENTALE

Repères et Bonnes pratiques



Un guide "précarité & santé mentale" pourquoi faire ?

► Le présent guide "Précarité et santé mentale : repères et bonnes pratiques" a pour objectif de faire connaître aux professionnels de la santé et du social les différents dispositifs et bonnes pratiques de prise en charge et d'accompagnement des publics précaires en souffrance psychique. Un accompagnement global de qualité nécessite de valoriser tant la dimension santé- psychiatrie des parcours individualisés d'insertion que le volet social de manière cohérente et au plus près des besoins de ces publics.

► Les intervenants sociaux et de la psychiatrie témoignent de façon de plus en plus prégnante de leur dénuement respectif à accompagner les personnes en précarité souffrant de troubles psychiatriques. Difficultés pour les acteurs du social à caractériser les troubles rencontrés, évaluer la nécessité d'une indication de soins psychiatriques, et gérer les troubles qui viennent entraver les projets d'insertion. De leur côté les acteurs de psychiatrie sont confrontés à la précarité sociale des personnes qu'ils prennent en charge, venant accroître les difficultés à élaborer et mettre en œuvre un projet thérapeutique qui puisse avoir une chance de déboucher sur une réinsertion durable en milieu ordinaire.

► À l'origine de ces difficultés, sont identifiés la méconnaissance du public et le cloisonnement entre le secteur social et celui de la psychiatrie tant au niveau de la pratique, absence de langage commun, que de liens fonctionnels, peu de partenariats mis en place, rendant la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques délicate. Autant de difficultés que les différents acteurs ne peuvent résoudre seul. L'amélioration de la prise en charge des personnes en situation de précarité et de souffrance psychique ouvre un espace de discussion et de partenariat entre social et psychiatrie, clinique et politique, tant les enjeux multiples invitent à des réponses collectives et concertées.

► Ce guide propose ainsi d'y contribuer en donnant dans une première partie DES REPÈRES sur les principaux dispositifs du secteur social et de la psychiatrie ainsi que ceux se situant au croisement des deux, et mettant en exergue DES BONNES PRATIQUES de collaboration des acteurs au service des personnes en souffrance psychique et en précarité dans une seconde partie.

► Cette préoccupation est d'autant plus impérieuse qu'elle répond aux besoins vitaux des populations concernées alors que sur le plan institutionnel, l'application stricte de la Révision Générale des Politiques Publiques -RGPP- vient confirmer la partition institutionnelle entre la politique publique de la Santé d'une part pilotée par les Agences Régionales de Santé et celle de la Solidarité (hébergement-logement notamment) conduite par les Directions Régionales et Départementales de La Cohésion Sociale.

► Ce guide a été élaboré essentiellement dans une dynamique de pédagogie active tout en sachant qu'il sera actualisé et revu dans les trois prochaines années avec la perspective de la parution de nouvelles lois sur la Santé Publique et la Psychiatrie, et les évolutions amenées par la reconfiguration du secteur social avec la réforme de la refondation de l'hébergement et de l'accès au logement.

► Sachons ensemble nous approprier ce guide et le faire vivre sur le terrain dans un souci permanent d'amélioration des parcours individuels d'insertion des publics précaires et fragilisés

Maryse LEPEE et Henri PELTIER
Co Présidents du Groupe national d'appui Santé de la FNARS

ÉDITORIAL

Précarité & santé mentale

► Des interactions entre santé mentale et précarité

Les interactions entre santé mentale et précarité sont complexes, elles ne font pas l'objet de consensus et connaissances scientifiques solides. Des enquêtes spécifiques menées sur les lieux de vie de population précaires (Chauvin et Parizot, 2005) ou sans-domicile (Kovess et Mangin-Lazarus, 1999) attestent cependant de la surreprésentation de la maladie mentale au sein de la population en situation de précarité, particulièrement dans ses formes sévères.

Le lien entre santé mentale et précarité comporte deux dimensions. D'une part, le trouble mental tel que les psychoses ou les troubles de la personnalité participent à la précarisation des personnes en altérant leurs aptitudes sociales, économiques, relationnelles. Le rapport Samenta sur la santé et les addictions des personnes sans logement en Ile de France (janvier 2000) montre ainsi que le risque de rupture sociale pour les personnes atteintes de troubles psychotiques et de l'humeur est dix fois plus important que pour la population générale. Inversement la situation d'exclusion et de précarité entraîne souvent l'apparition de troubles mentaux et la prévalence de la souffrance psychique. Le rapport Samenta estime ainsi qu'un tiers de cette population souffre de troubles psychiatriques sévères ; c'est-à-dire troubles psychotiques, troubles de l'humeur, et troubles anxieux.

► Qu'est ce que la santé mentale ?

L'Observatoire national des pratiques en santé mentale et précarité définit la santé mentale comme "la capacité à vivre et à souffrir ensemble sans destructivité mais pas sans révolte". La notion de santé mentale regroupe des situations diverses, pas toujours stables, parmi lesquelles les spécialistes distinguent les troubles mentaux caractérisés d'une part, et la souffrance psychique d'autre part.

Pour les premières, seul un diagnostic médical peut les caractériser cliniquement en psychiatrie. Leurs pathologies sont chroniques, répétitives et nécessitent des soins inscrits

dans le long terme. L'apparition et le développement de problèmes de santé mentale qui ne relèvent pas de la maladie mentale reconnue par les psychiatres, sont à l'origine du concept de "souffrance psychique". La souffrance psychique, selon le rapport Parquet, (septembre 2003), "produit une altération plus ou moins grave des compétences, du désir de vivre ensemble et nécessite une prise en charge en santé mentale (...). Elle ne se retrouve pas seulement chez les personnes en situation d'exclusion et de précarité mais revêt chez elles une importance considérable car elle gêne leurs efforts de réinscription dans la société".

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

► Impacts et enjeux

Cette souffrance psychique et sociale est souvent sans demande d'aide ni de soins de la part des personnes concernées. La souffrance est ainsi principalement ressentie, portée et reconnue par les professionnels de la psychiatrie et du social et par les acteurs de la société civile et des collectivités.

La souffrance psychique et psychiatrique des personnes a un impact important sur les pratiques des acteurs. La psychiatrie tout d'abord, interpellée par les populations et les pouvoirs publics, est amenée à élargir son champ d'intervention à la santé mentale et non plus aux seules pathologies mentales. Elle doit faire face à l'explosion d'une nouvelle demande de soin liée aux dépressions, aux nouvelles formes d'anxiété alors que les moyens qui lui sont affectés ne cessent de baisser. La précarité sociale des personnes qu'ils prennent en charge accroît par ailleurs les difficultés à élaborer et mettre en œuvre un projet thérapeutique qui puisse avoir une chance de déboucher sur une réinsertion en milieu ordinaire.

Inversement, les travailleurs sociaux relèvent une forte prévalence des manifestations psychiatriques dans le public dont ils s'occupent. Même s'il leur est difficile de caractériser les troubles rencontrés et d'évaluer la nécessité d'une indication de soins psychiatriques, ils sont confrontés à ces manifestations qui entravent les projets de réinsertion et l'orientation vers des structures d'hébergement social.

Les partenariats entre acteurs du milieu médical et du secteur social et médico-social doivent être renforcés dans le champ de la santé mentale. Ces acteurs sont confrontés à des difficultés qu'ils ne peuvent résoudre seuls et qu'ils ont aujourd'hui trop tendance à se rejeter. Ces partenariats supposent l'instauration de nouveaux modes de travail.

SOMMAIRE

Introduction : Un guide précarité & santé mentale pourquoi faire ?	3
Éditorial : Précarité et santé mentale	5
Partie I Repères sur les dispositifs	9
LES PRINCIPAUX DISPOSITIFS DU SECTEUR SOCIAL	15
Action sociale et cohésion sociale : de quoi parle-t-on ?	
● Les dispositifs d'accueil, d'information et d'orientation	16
☰ Les dispositifs d'hébergement et d'accès au logement	20
◆ Les dispositifs de l'insertion vers l'emploi	30
LES PRINCIPAUX DISPOSITIFS DE LA PSYCHIATRIE	37
Le service public de la psychiatrie, quelles organisation et missions ?	
● Les dispositifs d'accueil et de première consultation	38
☰ Les dispositifs de prise en charge hospitalière des troubles psychiques	42
◆ Les dispositifs proposant une alternative à l'hospitalisation	46
AU CROISEMENT ENTRE SANTÉ ET SOCIAL : LES PRINCIPAUX DISPOSITIFS	51
Santé et accès aux soins des personnes en situation de précarité	
● Les dispositifs orientés vers la prévention et le dépistage	52
☰ Les dispositifs d'accueil, d'accompagnement et d'orientation	54
◆ Les dispositifs d'hébergement et de logement adapté	58
☑ Les dispositifs d'insertion sociale et professionnelle	64
▲ Les dispositifs d'animation territoriale et de mise en réseau des partenaires	66
Partie 2 Bonnes pratiques	69
Animation territoriale et réseaux	72
Parole et participation des usagers	84
Accès aux droits et aux soins	100
Partie 3 Annexes	119
Les principaux partenaires	120
Ressources et bibliographie	122
Index alphabétique	124
Remerciements	129

repères

sur les
dispositifs

Issus de cultures professionnelles différentes, les acteurs du secteur social et du secteur de la psychiatrie peinent à se connaître, se reconnaître et se comprendre par l'absence tant de langage commun que de liens fonctionnels. Ils sont pourtant motivés par un objectif commun dans leur action quotidienne : faciliter la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques, tant dans leur accès aux soins que dans leur accompagnement et hébergement.

Cette première partie du guide vise à donner des éléments de REPÈRES sur les organisations et principaux dispositifs, afin de favoriser :

- ▶ la connaissance et la reconnaissance des dispositifs existants par les acteurs :
Le social, la psychiatrie : quelle organisation, quelles missions et quel fonctionnement ?
- ▶ l'orientation des personnes vers des dispositifs adaptés à leurs besoins dans le respect des missions et contraintes définies par chacun :
quels sont les publics visés, quelles procédures d'admission, quels acteurs référents ?
- ▶ la continuité des parcours et des prises en charge des personnes en souffrance psychiques par la préparation des entrées et des sorties :
quelles procédures, quels dispositifs de coordination ?

Ainsi seront déclinés des REPÈRES sur :

- ▶ les principaux dispositifs du social
- ▶ les principaux dispositifs de la psychiatrie
- ▶ les principaux dispositifs au croisement de la santé et du social

repères sur les dispositifs

LES PRINCIPAUX DISPOSITIFS DU SECTEUR SOCIAL

● Les dispositifs d'accueil, d'information et d'orientation

Service intégrés d'accueil et d'orientation (SIAO), I 15, Service d'accueil et d'orientation (SAO), Accueil de jour, Plates-formes d'accueil pour demandeurs d'asile (PADA), Équipes mobiles 16 à 19

≡ Les dispositifs d'hébergement et d'accès au logement

Hébergement généraliste 20 à 22

Hébergement d'insertion, Centre d'hébergement et de réinsertion sociale, Hébergement d'urgence, Hébergement de stabilisation : Centre de stabilisation, Logements et chambres conventionnés à l'Aide au Logement Temporaire (ALT) Résidence Hôtelière à vocation sociale (RHVS)

Hébergement spécialisé 23 à 25

Centre maternel, Centre d'accueil pour demande d'asile (CADA), Dispositif d'hébergement d'urgence des demandeurs d'asile (HUDA), Centre provisoire d'accueil (CPH)

Logement adapté, de transition ou intermédiaire 25 à 27

Résidence sociale, Intermédiation locative, Maison relais, Pension de famille

Logement de droit commun parc privé et parc public 27 à 28

Logement conventionné du parc privé, Logement social du parc public

◆ les dispositifs de l'insertion vers l'emploi

Les SIAE 30 à 31

Atelier Chantier d'Insertion (ACI), Associations intermédiaires (AI), Entreprise d'insertion (EI), Entreprise de travail temporaire d'insertion (ETTI)

Les structures hors IAE	32 à 33
Atelier à la vie active (AVA), Les groupements d'employeurs pour l'insertion et la qualification (GEIQ), Régie de quartiers	
Les partenaires du Service public de l'emploi	33 à 34
Mission locale et Permanence d'accueil, d'information et d'orientation (PAIO), Pôle emploi, Les Plans Locaux pour l'Insertion et l'Emploi (PLIE), Les maisons de l'emploi	

LES PRINCIPAUX DISPOSITIFS DE LA PSYCHIATRIE

● Les dispositifs d'accueil et de première consultation	
Centre Médico-psychologique (CMP), Centre Médico-psycho-pédagogique (CMPP), Permanence d'Accès à la Santé et aux Soins en psychiatrie (PASS-Psy), Urgences psychiatriques : SAU et CAP, Service Médico-Psychologique Régional (SMPR)	
	38 à 41
≡ Les dispositifs de prise en charge hospitalière des troubles psychiques	
Régimes d'hospitalisation	42 à 43
Hospitalisation libre, Hospitalisation sans consentement	
Lieux d'hospitalisation	44 à 45
Hospitalisation à temps plein : les Établissement public de santé mentale (EPSM), Unité d'hospitalisation spécialement aménagée (UHSA), Unité pour malades difficiles (UMD)	
◆ Les dispositifs proposant une alternative à l'hospitalisation	
Dans le cadre d'un hébergement	46 à 48
L'Hospitalisation à domicile, Accueil familial thérapeutique, Appartement associatif, Appartement thérapeutique et maison communautaire, Centre ou Foyer de post-cure	
Dans le cadre d'un accueil en journée	48
Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps partiel (CATTP)	

AU CROISEMENT ENTRE SANTÉ ET SOCIAL : LES PRINCIPAUX DISPOSITIFS

● Les dispositifs orientés vers la prévention et le dépistage	
Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG), Centre de lutte contre la tuberculose (CLAT), Centre d'information de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (Ciddist)	
	52 à 53
≡ Les dispositifs d'accueil, d'accompagnement et d'orientation	
Permanence d'Accès à la Santé et aux Soins (PASS)	
	54
Les dispositifs de prise en charge du handicap mental	55 à 56
Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH), SAMSAH-Psy, Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS)	
Les dispositifs de prise en charge des addictions	56 à 57
Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues (CAARRUD), Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA)	
◆ Les dispositifs d'hébergement et de logement adapté	
Les dispositifs de prise en charge de la souffrance psychique	58 à 61
Famille gouvernante, Foyer d'accueil médicalisé, Foyer d'hébergement pour travailleurs handicapés, Foyer de vie, Maison d'accueil spécialisée (MAS), Résidence accueil	
Les dispositifs de prise en charge de la souffrance physique/somatique	62 à 63
Appartement de coordination thérapeutique (ACT), Lit d'accueil médicalisé (LAM), Lit Halte Soins Santé (LHSS)	
■ Les dispositifs d'insertion sociale et professionnelle	64 à 65
Établissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT), Groupement d'entraide mutuelle (GEM)	
▲ Les dispositifs d'animation territoriale et de mise en réseau des partenaires	
Atelier Santé-ville (ASV), Conseil Local de Santé Mentale (CLSM), Équipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP)	
	66 à 67

Action sociale et cohésion sociale, de quoi parle-t-on ?

L'**Action sociale** tend à « promouvoir l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets » selon la loi du 2 janvier 2002. Mise en œuvre par l'Etat, les collectivités territoriales et leurs établissements publics, les associations et institutions sociales et médico-sociales, l'action sociale s'adresse aux personnes en situation d'exclusion.

Elle a trois fonctions centrales :

- **une fonction compensatrice**
(attribution d'aides et de secours),
- **une fonction réparatrice**
(actions de réinsertion sociale et professionnelle)
- **une fonction préventive** pour prévenir la détérioration des situations sociales

Depuis les années 1990, le terme de **cohésion sociale** tend à se substituer à celui de l'action sociale. Définie par le conseil de l'Europe comme la « capacité d'une société à assurer le bien-être de tous ses membres, à minimiser les disparités et à éviter la polarisation », la cohésion sociale se réfère à une prise en compte des besoins sociaux supposée plus large que le périmètre traditionnel de l'action sociale et induit un renouvellement des objectifs et du modèle d'intervention publique. Aux côtés des dispositifs de réparation et de compensation, sont mis en œuvre des approches plus préventives ou d'intérêt collectif, des dispositifs d'activation des parcours individuels et de participation des usagers, ainsi que des processus d'innovation sociale visant à mieux rapprocher les interventions des besoins des personnes vulnérables.

LES PRINCIPAUX DISPOSITIFS DU SECTEUR SOCIAL

Le secteur social compte de nombreux dispositifs, offrant une diversité de prestations et de prises en charge. Cette diversité des dispositifs vient répondre à la diversité et à la singularité des besoins exprimés, favorisant ainsi la proposition d'une offre adaptée aux demandes formulées. On distingue :

- les dispositifs d'accueil, d'information et d'orientation
- ≡ les dispositifs d'hébergement et d'accès au logement
- ◆ les dispositifs d'insertion vers l'emploi

Les dispositifs d'accueil, d'information et d'orientation

Les dispositifs d'accueil, d'information et d'orientation participent plus largement au dispositif de Veille sociale, prévu par la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions de 1998 et révisé par l'article 71 de la loi de mobilisation pour le logement et de lutte contre les exclusions du 25 mars 2009.

Le dispositif de veille social est « chargé d'informer et d'orienter les personnes en difficulté, fonctionnant en permanence tous les jours de l'année et pouvant être saisi par toute personne, organisme ou collectivité. ». Il revêt dans ce cadre différentes missions, précisées par le référentiel Prestations / Coûts du dispositif Accueil Hébergement Insertion établi en 2010, missions elles mêmes portées par différents dispositifs et acteurs du premier accueil.

→ SERVICE INTÉGRÉ D'ACCUEIL ET D'ORIENTATION (SIAO)

► **Présentation** Créés par la Refondation du dispositif d'accueil et d'accès au logement et à l'hébergement, les SIAO constituent une organisation structurante sur les territoires de mise en réseau et de coordination de l'ensemble des acteurs de l'AHJ dans une finalité d'amélioration des réponses proposées aux situations d'exclusion sur les territoires. Présent dans chaque département, il peut être organisé en 2 services distincts, un relatif à l'urgence (SIAO urgence) et un relatif à l'insertion (SIAO insertion) ou en un service unique gérant les deux missions.

Les SIAO rassemblent ainsi les acteurs des dispositifs d'accueil, d'information et d'orientation (115, SAO, accueil de jour...) et ceux des dispositifs d'hébergement et d'accès au logement (CHRS, CHU, bailleurs...), par la mise en commun des places proposées et la réunion des acteurs dans des instances de concertation en vue de l'attribution des places et traitement des situations délicates.

► **Missions** Le SIAO participe à l'accueil, l'évaluation et l'orientation des personnes en situation d'exclusion. Il recueille et centralise dans ce cadre l'ensemble des demandes de prise en charge relative tant à l'urgence qu'à l'insertion, assure la régulation des orientations et des attributions vers les offres d'hébergement logement disponibles et adaptées à la situation des personnes conformément aux conclusions du diagnostic social. Le SIAO par ses missions contribue à l'observation sociale et à l'évolution de l'offre pour une meilleure adéquation aux besoins.

► **Textes** circulaire du 8 avril 2010 et du 7 juillet 2010 relatives au SIAO, - Art L.345-2 CASF

DOMICILIATION : le droit et les organismes domiciliaires

La domiciliation ouvre la possibilité, aux personnes qui ne peuvent pas déclarer de domicile ou d'adresse, d'accéder à un service, des droits et prestations divers essentiels au processus d'insertion ou de réinsertion (minima sociaux, la couverture maladie, l'inscription sur les listes électorales ou le logement social, courrier). On distingue 2 catégories d'organismes domiciliaires : les centres communaux et intercommunaux d'action sociale (CCAS* et CIAS*) et les organismes agréés (associations).

Guide pratique de la domiciliation édité par la FNARS et l'UNCCAS, www.fnars.org

→ 115

► **Présentation** Ligne téléphonique d'accueil et d'aide aux sans abri, le 115 est au cœur du dispositif d'urgence et de la veille sociale dans chaque département. Accessible 24H/24H et gratuit, le 115 peut être sollicité par les personnes à la recherche d'un hébergement, mais également pour signaler une personne en difficulté.

► **Missions** Le 115 a pour mission l'accueil, l'écoute, et l'information des personnes, l'évaluation de leur situation et l'orientation vers l'hébergement, l'accès aux soins, l'aide alimentaire et les services sociaux du département. Doté d'une vision transversale sur l'ensemble de son territoire (recensement au quotidien de l'offre de service et disponibilité des places d'hébergement), le 115 contribue à l'observation sociale (mesure de l'évolution de la demande), la coordination des acteurs et la régulation du dispositif d'urgence.

► **Textes** Circulaire du 30/05/1997, référentiel AHJ de la DGAS - Art L.345-2 et D.345-8 CASF.

→ SERVICE D'ACCUEIL ET D'ORIENTATION (SAO)

► **Présentation** Lieu d'accueil physique, le SAO reçoit toute personne en situation de précarité et d'exclusion pour évaluer les besoins et identifier avec elle la nature des réponses à apporter.

► **Missions** Il propose un accueil physique, une écoute professionnelle, une analyse des besoins immédiats et/ou d'accès aux droits, un accompagnement et une orientation des personnes vers des lieux de soins, d'hébergement d'accès aux droits ou de suivi. Le SAO peut disposer d'un conseiller social qui assurera directement le suivi, ou fera le relais vers l'interlocuteur prenant en charge le dossier. Enfin le SAO peut avoir une mission d'observation sociale en lien avec le 115.

► **Textes** - Art L.345-2 et D.345-8 CASF

→ ÉQUIPES MOBILES

► **Présentation** Appelées également maraudes, les équipes mobiles effectuent des tournées de jour comme de nuit pour aller dans la rue vers les personnes les plus désocialisées n'exprimant aucune demande. Elles sont constituées de bénévoles et/ou de professionnels.

► **Missions** Après évaluation, les équipes mobiles apportent des réponses diversifiées et adaptées aux besoins de la personne : écoute, soins, information, accompagnement et orientation vers des lieux de soins, d'hébergement ou de suivi. Les équipes mobiles assurent un suivi régulier des personnes dans leur « espace de vie », pour les personnes restant à la rue.

► **Textes** circulaire 5/03/2009 pour la relance relative à l'hébergement
- Art L.345-2 et D.345-8 CASF

Collectivités locales et cohésion sociale : rôle et missions ?

Le centre communal d'action sociale (CCAS), anime une action générale de prévention et de développement social dans la commune. À ce titre, il gère des services à destination des publics en précarité (CHRS*, terrains pour gens du voyage, Samu social...), et participe à l'instruction des demandes d'aide sociale légale (aide médicale, RSA*, ...)
et propose des services destinés aux personnes en difficultés au titre de l'aide sociale facultative : secours d'urgence, prêts sans intérêt, colis alimentaires ...

Le département détient également des compétences d'action sociale depuis les lois de décentralisation portées par **les services sociaux du département** : aide sociale à l'enfance ; aide aux personnes handicapées ; aide aux personnes âgées, et lutte contre les exclusions avec la mise en place d'actions favorisant notamment l'accès au droit, l'insertion professionnelle (RSA*...), le maintien dans le logement (FAJ*, FSL*)

→ ACCUEIL DE JOUR

► **Présentation** À destination d'une population en errance, l'accueil de jour constitue un lieu de sociabilité, d'échange, de repos et d'accompagnement en journée. Il est ouvert de manière plus ou moins continue selon les territoires, et est animé par des professionnels et/ou des bénévoles.

► **Missions** L'accueil de jour donne accès à des prestations de base répondant aux besoins de première nécessité : boissons chaudes, douche, laverie, bagagerie, domiciliation...
Un accompagnement dans les démarches administratives, l'accès aux soins, l'orientation vers un hébergement d'urgence peut également être proposé.

► **Textes** Art L.345-2 et D.345-8 CASF

→ PLATES-FORMES D'ACCUEIL POUR DEMANDEURS D'ASILE (PADA)

► **Présentation** Les PADA constituent le dispositif de premier accueil des demandeurs d'asile à leur arrivée en France. Organisées régionalement, les PADA ont vocation à informer les demandeurs d'asile sur leurs droits et contribuer à leur prise en charge dans le Dispositif national d'asile (DNA).

► **Missions** La mission des PADA comprend l'accueil, l'information et l'orientation des demandeurs d'asile, ainsi que leur accompagnement administratif et social dans l'attente de leur entrée en CADA*. Cette mission est exercée par les PADA tout au long de la demande d'asile (sauf prise en charge en CADA), après la notification de la décision définitive statuant sur la demande d'asile et jusqu'à l'information sur le retour volontaire et la préparation du retour, ou jusqu'à l'orientation et l'accompagnement des bénéficiaires de la protection vers une prise en charge de droit commun.

► **Textes** - cahier des charges des PADA 10 novembre 2009 proposé par l'Office Français de l'Intégration et d'Immigration.

Les dispositifs d'hébergement et d'accès au logement

Les structures et services proposent différentes modalités d'hébergement et de logement aux personnes en situation d'exclusion. On peut distinguer deux grandes « catégories » de structures, celles relevant de l'hébergement et celles relevant du logement.

Hébergement

Les structures relevant de l'hébergement proposent des places d'hébergement d'urgence, de stabilisation et d'insertion en fonction des besoins et situations des personnes. On distingue parmi elles les structures dites généralistes de celles spécialisées dans l'accueil d'un public ciblé. L'hébergement est considéré comme temporaire, la personne préparant au cours de son accompagnement social un projet d'insertion favorisant l'accès à un logement autonome.

HÉBERGEMENT GÉNÉRALISTE

→ HÉBERGEMENT D'INSERTION : CENTRE D'HÉBERGEMENT ET DE RÉINSERTION SOCIALE (CHRS)

► **Présentation** Les CHRS sont des structures ou des services destinés aux ménages qui connaissent de graves difficultés, notamment économiques, familiales, de logement, de santé ou d'insertion. Les ménages accueillis doivent être admis à l'aide sociale.

► **Missions** Action socio-éducative, le plus souvent avec hébergement, dans certains cas adaptation à la vie active de personnes ou familles en détresse, en vue de les aider à recouvrer leur autonomie personnelle et sociale. Projet de prise en charge individualisée et globale par le biais d'un projet d'insertion élaboré avec la personne accueillie.

► **Orientation** Orientation par le SIAO* et les structures attachées pour une durée de 6 mois renouvelable.

► **Texte** - loi du 30/06/1975 remplacée par la loi 2002-2, - art L.312-1 8° CASF ; L.345-1 et s. et R.314-150 et s.

→ HÉBERGEMENT D'URGENCE

► **Présentation** Par distinction avec l'hébergement d'insertion ou de stabilisation, l'hébergement d'urgence a vocation à apporter des solutions immédiates et de courtes durées à des demandes urgentes. Le principe de continuité (instauré par l'article 4 de la loi DALO et confirmé par l'article 73 de la loi MOLLE) bouscule la distinction en prévoyant que toute personne accueillie dans une structure d'urgence doit pouvoir y demeurer, dès lors qu'elle le souhaite, jusqu'à ce qu'une orientation adaptée lui soit proposée.

L'hébergement d'urgence est réalisé dans :

- les **centres d'hébergement d'urgence** (CHU),
- les **CHRS*** avec des places dédiées à l'urgence,
- les **appartements conventionnés ALT***,
- le **dispositif hôtelier**
- les **centres spécifiques** mobilisés pour l'accueil pendant les périodes hivernales sur décision préfectorale (réquisition de locaux, accueil en surnombre dans les Centres d'hébergement...).

► **Missions** Les structures d'hébergement d'urgence offrent des prestations de première nécessité (gîte, couvert, hygiène), apportent une première évaluation sociale, médicale et physique et une orientation vers une structure d'insertion adaptée ou un logement.

► **Orientation** SIAO* urgence et les services de premier accueil et d'orientation associés

► **Texte** circulaire du 16/01/2009, art 73 de la loi du 25/03/2009 et L.345-2-2 CASF

→ HÉBERGEMENT DE STABILISATION : CENTRE DE STABILISATION

► **Présentation** Instaurées par le Plan d'Action Renforcé en direction Sans Abri en 2007, les places de stabilisation sont à mi-chemin entre l'urgence et l'insertion. Elles visent avant tout un public très désocialisé, à la rue depuis de nombreuses années et en rupture avec les structures d'accueil classique. Le fonctionnement est souple, autorisant notamment les allées et venues, les visites de proches, avec un seuil de tolérance élevé vis-à-vis des comportements individuels.

► **Missions** Hébergement associé à un accompagnement social continu et gradué devant permettre à des personnes éloignées de l'insertion de se stabiliser et de faire émerger un projet en direction des dispositifs de droit commun (insertion, logement), même si ce projet n'est pas susceptible de mener à une complète autonomie.

► **Orientation** SIAO* et les services de premier accueil et d'orientation associés.

► **Textes** L.312-1 8° et L.345-2-2 CASF, PARSA du 8/01/2007 ; circulaire du 16/01/2009

→ LOGEMENTS ET CHAMBRES CONVENTIONNÉS À L'AIDE AU LOGEMENT TEMPORAIRE (ALT)

► **Présentation** L'ALT est versée aux associations ou CCAS agréés, qui conventionnent avec l'Etat, en vue de mobiliser des logements ou chambres (hôtels, foyers, résidences sociales) pour loger à titre temporaire des personnes en situation de précarité, aussi bien pour des places d'hébergement urgence* que d'insertion*.

► **Missions** Les logements et chambres conventionnés à l'ALT ont vocation à accueillir les personnes défavorisées sans logement, ne pouvant être hébergées au titre de l'aide sociale en CHRS* ni en CADA* ou dont la situation ne le justifie pas. Aussi les personnes visées par les logements ALT sont celles qui ne bénéficient pas des aides logement (ALF*, ALS* ou APL*) et doivent être en situation régulière au regard du droit au séjour.

► **Orientation/attribution** SIAO* et services de premier accueil et d'orientation associés.

► **Textes** La loi 91-1406 du 31 décembre 1991 portant diverses dispositions d'ordre social - Art L.851-1 et s. et R.851-1 et s. du Code de la sécurité sociale

→ RÉSIDENCE HÔTELIÈRE À VOCATION SOCIALE (RHVS)

► **Présentation** Les résidences hôtelières à vocation sociale sont des établissements commerciaux d'hébergement agréés par le préfet, réservant au moins 30% de leurs places pour les publics rencontrant des difficultés pour se loger. Il propose des logements autonomes meublés à coût maîtrisé, solution d'hébergement à l'interface de l'hôtellerie et du logement temporaire meublé. Les places ainsi mobilisées peuvent être occupées à la journée, à la semaine ou au mois. Il s'adresse à un public ne nécessitant pas un accompagnement social individualisé.

► **Orientation** les personnes orientées vers ces places sont désignées soit par le préfet, les collectivités territoriales, les associations, les organismes et les personnes morales dont la liste est arrêtée par le préfet, le SIAO*.

► **Textes** - Art. L. 631-11 et R.631-9 et s. du Code de la Construction et de l'Habitation, Circulaire du 8 avril 2008 relative aux résidences hôtelières à vocation sociale

HÉBERGEMENT SPÉCIALISÉ

→ CENTRE MATERNEL

► **Présentation** Le centre maternel est une structure spécialisée dans l'accueil, l'hébergement et l'accompagnement des femmes enceintes et des mères isolées avec enfants de moins de 3 ans. Etablissement dépendant du Conseil Général, il peut être géré par le service de l'Aide Sociale à l'Enfance du département pour les centres publics ou par une association s'il est privé. Au-delà des 3 ans de l'enfant les mères isolées ou les familles peuvent être hébergées en CHRS* spécifiques prévus à cet effet.

► **Missions** Accueil, hébergement, aide à l'insertion sociale et professionnelle par des mesures éducatives et psychologiques, accompagnement de la maternité et de la relation mère enfant : mission de prévention et de protection de l'enfance centrée sur la qualité de la relation mère/enfant et préparant les mères à l'exercice de leurs responsabilités parentales.

► **Textes** L.222-5 et L.221-2 CASF, circulaire 81-5 du 23/01/1981, circulaire 91-19 du 14/05/ 1991

→ CENTRE D'ACCUEIL POUR DEMANDE D'ASILE (CADA)

► **Présentation** Les CADA sont des structures spécialisées dans l'accueil des demandeurs d'asile en possession d'un document de séjour durant le temps d'examen de leur demande. De statut distinct des CHRS*, ils sont rattachés au Ministère de l'immigration, de l'intégration et de l'identité nationale.

► **Missions** Les CADA assurent l'accueil, l'hébergement et l'accompagnement social et administratif des demandeurs d'asile pendant la durée d'instruction de leur dossier par l'OPFRA (Office français de protection des réfugiés et apatrides) et la CNDA (Cour nationale du droit d'asile). Ils participent à la scolarisation des enfants et l'animation du centre, ainsi qu'à la gestion des sorties.

► **Orientation** L'offre d'hébergement en CADA est présentée par la préfecture du département lors du dépôt de l'admission au séjour. Les offres acceptées sont instruites par les directions territoriales de l'OFII ou les plates-formes d'accueil des demandeurs d'asile (PADA*). En l'absence de places disponibles, les personnes peuvent être orientées sur des places CADA hors de leur département.

► **Textes** L.312-1 13° CASF ; L.348-1 et s. CASF ; Décret du 29 mars 2007 / Circulaire interministérielle du 3 mai 2007 / circulaire 24 juillet 2008 / circulaire du 29/03/2000 et cahier des charges des CADA.

→ DISPOSITIF D'HÉBERGEMENT D'URGENCE DES DEMANDEURS D'ASILE (HUDA)

► **Présentation** Places d'hébergement d'urgence destinées à accueillir à titre transitoire les demandeurs d'asile préalablement à leur admission en CADA*, ceux ne pouvant bénéficier d'un hébergement en CADA* (demandeurs d'asile placés en procédure prioritaire et réexamen, procédure Dublin II) et à titre exceptionnel et provisoire les déboutés ou réfugiés sortants de CADA*. Ces places sont réparties dans différentes structures : Foyer de travailleurs migrants, structures collectives (CHRS*, CHU*) ou chambres d'hôtel.

► **Missions** Le dispositif offre un hébergement jusqu'à l'obtention d'une place en CADA et/ou d'une réponse définitive des instances de l'Asile et/ou de la préfecture. Il assure également l'accompagnement social et juridique des personnes hébergées (constitution dossier demande d'asile) et la domiciliation postale.

► **Orientation** PADA* oriente vers les places d'hébergement d'urgence dédiées aux demandeurs d'asile, SIAO* vers celle du dispositif généraliste.

► **Textes** Circulaire du 8 juillet 1999 Relative aux procédures d'admission dans le dispositif national d'accueil (DNA) des réfugiés et des demandeurs d'asile / Circulaire du 1er juin 1999 relative à la mise en place du dispositif d'accueil des primo- arrivants.

→ CENTRE PROVISoire D'ACCUEIL (CPH)

► **Présentation** Le CPH est un CHRS* spécialisé dans l'accueil et l'accompagnement des réfugiés statutaires afin de faciliter leur insertion sociale et professionnelle.

► **Missions** Le CPH accueille et héberge les personnes ayant obtenu le statut de réfugié, propose un accompagnement socioprofessionnel garantissant une première insertion en France (accès aux droits, scolarisation, suivi médical, accès aux loisirs, ...) des personnes accueillies sur une période de 6 mois (renouvelable sur avis motivé). Il assure l'accompagnement de la fin de prise en charge par la recherche de logement et l'installation dans un logement autonome ainsi que l'animation et la gestion de l'attente.

► **Orientation** CADA*, SIAO*, entrées directes sur décision d'admission du CPH.

Logement

Il existe différents dispositifs participant au logement des personnes défavorisées : logement de transition, logement adapté, logement de droit commun avec accompagnement social dans le parc privé ou public. Le logement se distingue de l'hébergement en ce que la personne logée bénéficie d'un statut d'occupation de droit commun ou assimilé (locataire, sous-locataire, résident, ...).

Un droit au logement opposable, DALO

Instauré par la loi du 5 mars 2007 et modifiée par la loi du 25 mars 2009, le droit au logement opposable donne la possibilité, pour toute personne qui demande un logement ou une place dans une structure d'hébergement et ne recevant pas de réponse adaptée à sa demande de faire reconnaître son droit par deux recours :

- un **recours amiable** devant une commission de médiation, puis, en cas de décision favorable non suivie de l'attribution d'un logement,
- un **recours contentieux** devant le tribunal administratif.

Le droit au logement, et par voie de conséquence la mise à disposition d'un logement à loyer accessible, devient dès lors une obligation de résultat, et non plus un simple objectif pour les services de l'Etat. La saisine de la commission de médiation doit être réalisée au moyen d'un formulaire retiré en préfecture ou téléchargeable en ligne et accompagné de toutes les pièces justificatives de la situation du demandeur.

LOGEMENT ADAPTÉ / TRANSITION / INTERMÉDIAIRE

→ RÉSIDENCE SOCIALE

► **Présentation** Les résidences sociales s'inscrivent dans la chaîne du logement distinctement entre les structures d'hébergement et d'insertion d'une part, et le logement locatif social d'autre part.

► **Missions** Les résidences sociales offrent des solutions de logement temporaire meublé à des ménages rencontrant des difficultés dans l'accès au logement ordinaire pour des raisons de mobilité, de difficultés économiques ou sociales. Un accompagnement peut être également mis en place selon les besoins évalués. La durée du séjour est d'un mois, renouvelable tacitement sans limitation de durée. Cependant la vocation temporaire et la transition vers un logement de droit commun sont des éléments centraux du projet social.

► **Orientation** SIAO* et structures associées

► **Textes** Art. L.633-1 CCH, R.351-55, R.353-1 65 et s. CCH, décrets du 23 décembre 1994 modifiant la réglementation des foyers logements, circulaire relative aux résidences sociales du 4 juillet 2006

→ INTERMÉDIATION LOCATIVE

► **Présentation** Dispositif visant à favoriser l'accès et le maintien des personnes les plus démunies dans un logement autonome de droit commun dans le parc locatif privé ou public en apportant une sécurité et des garanties au propriétaire bailleur. Dans ce système une association joue le rôle de tiers entre le bailleur et l'occupant pour assurer le paiement des loyers et sécuriser ainsi la relation des deux parties.

L'intermédiation locative s'appuie sur trois piliers : la mobilisation de logements, la gestion locative à proprement parler des logements ainsi mobilisés, et enfin l'accompagnement social des ménages. Elle se développe selon quatre modalités distinctes :

- **la location en vue d'une sous-location dans le parc privé ou public** : location d'un logement à un bailleur par un organisme agréé (bailleur social ou association) qui le sous-loue à un ménage en difficulté.
- **la location en vue d'héberger dans le parc privé conventionné ANAH** : location d'un logement à un bailleur privé par un organisme (généralement une association) qui héberge ensuite des ménages en difficulté.
- **le bail glissant dans le parc privé ou public** : favorise l'accès au logement de personnes en voie d'insertion, à l'issue d'une période transitoire pendant laquelle l'occupant a le statut de sous-locataire avant de devenir locataire en titre.
- **le mandat de gestion** : le propriétaire confie la gestion de son logement à un organisme agréé, qui assure une gestion sociale du logement mais le bail lie directement le propriétaire et le locataire. Pour exercer cette activité, l'organisme doit être agréé et disposer d'une carte professionnelle d'agent immobilier.

► **Orientation** SIAO*, et structures associées

► **Textes** Loi Molle et plan de relance/ art. L.442-8-1; L.321-10. L.365-4 ; R. 365-1 du CCH

→ MAISON RELAIS, PENSION DE FAMILLE

► **Présentation** A l'interface de l'hébergement d'insertion et du logement autonome, les maisons relais constituent une forme de logement adapté proposant un habitat durable à des personnes en situation d'isolement ou d'exclusion lourde ayant connu des parcours institutionnels antérieurs voire d'errance et au profil social et psychologique rendant impossible l'accès ou le maintien dans un logement ordinaire.

► **Missions** Logement durable combinant logements privatifs et locaux collectifs, dans un cadre de vie convivial et rassurant animé et régulé par la présence quotidienne d'un hôte de maison.

► **Orientation** SIAO* et structures associées, la personne elle-même. Des commissions d'admission dans chaque pension de famille gèrent l'attribution des places après réception de la demande par la personne ou un travailleur social.

► **Textes** - art. L.633-1 CCH, R.351-55, R.353-165 et s. CCH, circulaire du 10 décembre 2002 relative aux maisons relais

LOGEMENT DE DROIT COMMUN PARC PRIVÉ ET PARC PUBLIC

Comment accéder à un logement social ?

Depuis octobre 2010, la demande de logement social s'effectue au moyen d'un **formulaire unique**. L'attribution de ces logements doit prendre en compte certains critères de priorité fixés par le code de la construction.

La demande peut être retirée et déposée à plusieurs endroits : auprès des organismes HLM du département où le demandeur souhaite résider, ou auprès de la préfecture du département, ou auprès de la mairie. Le formulaire peut être imprimé sur leur site internet ou rempli en ligne.

Toute première demande de logement HLM fait l'objet d'un enregistrement et donne lieu à la délivrance **d'une attestation et d'un numéro départemental unique**, garantissant l'examen de la demande mais n'assurant pas une priorité pour son traitement.

Les demandes de logements qui ne sont pas encore satisfaites doivent être renouvelées tous les ans. Les dossiers des candidats sont examinés en commission d'attribution, instance au sein de chaque organisme HLM qui décide de l'attribution des logements HLM.

→ LOGEMENT CONVENTIONNÉ PARC PRIVÉ

► **Présentation** Logements bénéficiant d'aides de l'ANAH (Agence nationale de l'habitat) contre l'engagement de louer à des personnes à revenus modestes et à des conditions inférieures à celles du marché. Le conventionnement en loyer maîtrisé intermédiaire, social ou très social intervient en échange de subventions pour travaux ou d'un abattement fiscal. La convention entre le bailleur privé et l'ANAH ouvre droit à l'aide personnalisée au logement (APL*) pour les locataires remplissant certaines conditions.

► **Texte** Loi de mobilisation pour le logement et la lutte contre l'exclusion du 19.05.2009 - L.321-10, L.321-10-1 et L.353-20 du CCH

Des aides financières pour l'accès et le maintien dans le logement

	Public/ Conditions	Type d'aides	Modalités de demande ?
CAF	<ul style="list-style-type: none"> • Critères de ressources, de secteur locatif et de composition familiale 	<ul style="list-style-type: none"> • Aide personnalisée au logement (APL) • Allocation de logement familiale (ALF) • Allocation de logement sociale (ALS) 	<ul style="list-style-type: none"> • Formulaire Cerfa n°10840*05 commun aux trois allocations à remettre à la CAF ou à la MSA suivant son régime de protection sociale. www.caf.fr
FSL	<ul style="list-style-type: none"> • Critères de ressources et de situation de logement 	<ul style="list-style-type: none"> • Aides à l'accès au logement : caution, subventions, garanties, avances remboursables ou prêts. • Aides au maintien : prise en charge de dette de loyer, d'assurance locative, d'énergie, d'eau ou de téléphone, • Mesures d'accompagnement social liées au logement 	<ul style="list-style-type: none"> • Dossier à déposer directement par la personne, ou instruite par un travailleur social du Conseil général ou de services habilités par le FSL (associations) avec pièces justificatives et évaluation sociale.
LOCAPASS		<ul style="list-style-type: none"> • Avance loca-pass : dépôt de garantie à l'entrée dans le logement • Garantie de paiement loca-pass, pouvant couvrir jusqu'à 18 mensualités de loyers et de charges en cas d'impayés. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dossier à déposer auprès d'un organisme d'Action logement (CIL) proche de son lieu de domicile, au moment de la signature du bail pour l'avance loca-pass et au plus tard 2 mois après l'entrée dans les lieux avec l'acte de caution qui doit être annexé au bail pour la garantie.
GRL	<ul style="list-style-type: none"> • Conditions de ressources (taux d'effort), souscription par le bailleur du contrat d'assurance « contrat socle GRL » 	<ul style="list-style-type: none"> • Garantie des risques locatifs : couverture des risques d'impayés de loyer et des charges locatives, des dégradations locatives, frais de recouvrement...) • Volet social, avec la proposition et la mise en œuvre d'un plan d'apurement auprès du locataire en situation d'impayés. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dossier à déposer auprès du bailleur, qui transmet les pièces à l'assureur. S'agissant des locataires déjà en place dans leur logement, le bail doit dater d'au moins 6 mois avant la date de souscription du contrat socle GRL. Le locataire peut être aidé dans ses démarches par le CIL de sa région.

→ LOGEMENT SOCIAL DU PARC PUBLIC

► **Présentation** Logement qui bénéficie de prêts aidés de l'Etat (et autres collectivités) dont les loyers sont plafonnés et destinés à des ménages aux revenus modestes. Les plafonds de loyers et de revenus des locataires sont fixés chaque année et diffèrent selon la localisation, le type de conventionnement et la composition des ménages locataires. Ces logements ouvrent droit à l'APL*.

► **Orientation** SIAO* et acteurs associés, demande individuelle

► **Modalités d'attribution** Les logements sociaux dans le parc public sont gérés et attribués par différents organismes (privés et publics), notamment les organismes HLM.

► **Textes** Articles L411-I du CCH, annexe de l'arrêté du 29 juillet 1987 pris en application de l'article R441-I du CCH, Décret du 29 avril 2010 relatif à la procédure d'enregistrement des demandes de logement locatif social et arrêté du 14 juin 2010.

Les dispositifs de l'insertion vers l'emploi

Les structures ayant pour finalité l'insertion sociale et professionnelle permettent à des personnes exclues du marché de l'emploi de se (re)familiariser avec le monde du travail, tout en bénéficiant d'un accompagnement et d'une formation adaptés.

Elles se divisent en trois groupes :

- Les SIAE, structures d'Insertion par l'Activité Économique, celles identifiées et définies comme telles par loi d'orientation du 29 juillet 1998
- les structures hors IAE, qui bien qu'œuvrant dans ce champ, ne sont pas reconnues comme telles
- Les partenaires du Service Public de l'Emploi

LES SIAE

→ ATELIER CHANTIER D'INSERTION (ACI)

► **Présentation** Les ateliers et chantiers d'insertion proposent à des personnes en difficulté d'insertion sociale et professionnelle une première étape de réinsertion par le travail. Dispositifs relevant de l'IAE et conventionnés par l'Etat, les ACI sont portés par des associations ou des collectivités locales

► **Missions** Les ACI associent un encadrement technique formatif et un accompagnement social et professionnel individualisé en vue de faciliter l'insertion sociale des salariés et de rechercher les conditions de leur insertion professionnelle durable. Ils s'appuient pour cela sur des activités d'utilité sociale qui ne sont ni rentables ni dans des conditions de droit commun, ni dans le cadre d'une EI*.

► **Orientation** associations, partenaires du Service Public de l'Emploi, Conseil général, collectivités...

► **Textes** - art L. 5132-15 et Art. R. 5132-29 à 35 du Code du travail, - Circulaire DGEFP n°2005/41 du 28 novembre 2005 relative aux ateliers et chantiers d'insertion

→ ASSOCIATIONS INTERMÉDIAIRES (AI)

► **Présentation** Les associations intermédiaires ont pour objectif la mise à disposition de salariés en parcours d'insertion, à titre onéreux mais non lucratif auprès de personnes physiques ou morales (particuliers, associations, collectivités locales et entreprises) sur des activités de types emplois de maison, entretien ou de nettoyage.

► **Missions** Au-delà de la mission de mise au travail, les AI assurent l'accueil des personnes ainsi que le suivi et l'accompagnement des salariés en vue de faciliter leur insertion sociale et de rechercher les conditions d'une insertion professionnelle durable.

► **Orientation** associations, partenaires du Service Public de l'Emploi, Conseil général, collectivités...

► **Textes** - L.5132-7 à 18 du code du travail - circulaire DGEFP n°99-17 du 26 mars 1999

→ ENTREPRISE D'INSERTION (EI)

► **Présentation** Entreprises à part entière de production de biens ou de services, les EI se situent dans le secteur concurrentiel marchand, avec une finalité sociale cependant.

► **Missions** les EI accueillent et accompagnent des personnes en situation d'exclusion pour construire et finaliser avec elles un parcours d'insertion socioprofessionnelle durable et leur permettre d'acquérir une plus grande autonomie afin d'accéder soit à une formation qualifiante, soit à un emploi. Les aides de l'Etat viennent compenser l'effort spécifique que consentent les EI pour l'embauche de personne en difficulté (surcoût lié à la rotation des personnes, à l'encadrement et l'accompagnement socioprofessionnel)

► **Orientation** associations, partenaires du Service Public de l'Emploi, Conseil général, collectivités...

► **Textes** Art L.5132-5 du Code du travail

→ ENTREPRISE DE TRAVAIL TEMPORAIRE D'INSERTION (ETTI)

► **Présentation** Associations ou sociétés commerciales, les ETTI interviennent dans le cadre du travail temporaire en proposant des offres d'emploi du secteur du travail temporaire à des personnes en fin de parcours d'insertion, souvent dans la manutention, le bâtiment, l'entretien et le nettoyage. Elles ont pour objectif la mise à disposition de personnel auprès d'entreprises exclusivement. Les salariés bénéficient obligatoirement d'un agrément délivré par Pôle emploi qui reconnaît ainsi la nécessité de poursuivre un accompagnement avant d'envisager un accès au marché de l'emploi de droit commun.

► **Orientation** associations, partenaires du Service Public de l'Emploi, Conseil général, collectivités...

► **Textes** art. L5132-6 du code du travail, loi du 31 décembre 1991 relative à la formation professionnelle et à l'emploi.

LES STRUCTURES HORS IAE

→ ATELIER À LA VIE ACTIVE (AVA)

► **Présentation** Structures portées par les CHRS* et donc régies par le CASF, les AVA, anciennement CAVA, proposent des activités de réentraînement au travail en direction de personnes qui, compte tenu de leurs difficultés, ne peuvent dans un premier temps accéder aux dispositifs classiques de l'IAE. A la différence des SIAE*, ce ne sont pas des structures régies par le droit du travail, et les personnes qui participent à ces ateliers reçoivent un pécule qui varie de 30% à 80% du Smic.

► **Missions** Aide à l'adaptation à la vie active par l'apprentissage ou le réapprentissage des règles nécessaires à l'exercice d'une activité professionnelle.

► **Orientation** essentiellement les associations

► **Textes** circulaire DGEFP n°99-17 du 26 mars 1999

→ LES GROUPEMENTS D'EMPLOYEURS POUR L'INSERTION ET LA QUALIFICATION (GEIQ)

► **Présentation** Les GEIQ sont des groupements d'employeurs classiques, au sens où ils visent à employer du personnel mis à disposition des adhérents, mais s'en distinguent par leur vocation sociale. Ils participent ainsi à l'insertion professionnelle des personnes en difficulté, mais ne sont pas des SIAE au sens de la loi de 1998. Les GEIQ font partie du secteur marchand

► **Missions** Ils organisent des parcours d'insertion et de qualification au bénéfice des publics en difficulté en s'appuyant sur l'alternance, le tutorat et un accompagnement socio-professionnel.

► **Orientation** associations, partenaires du Service Public de l'Emploi, Conseil général, collectivités...

→ RÉGIE DE QUARTIERS

► **Présentation** À la fois outils de gestion urbaine et lieux de mobilisation démocratique, les régies de quartiers regroupent différents partenaires autour d'un projet de réhabilitation et d'entretien du quartier à vocation sociale.

► **Missions** Cette mission se traduit par une activité économique favorisant l'insertion sociale et professionnelle d'habitants en situation précaire par leur recrutement sur des

services de proximité, tels que le nettoyage d'immeubles, l'entretien des espaces verts, certains services à domicile (petit bricolage, coursiers...). Les régies de quartiers peuvent intervenir comme ACI*, AI* ou EI* ou embaucher directement des salariés avec des contrats de droit commun.

► **Orientation** associations, partenaires du Service Public de l'Emploi, Conseil général, collectivités...

► **Textes** circulaire DGEFP n°99-17 du 26 mars 1999 et
- L. 7232-1 du code du travail

LES PARTENAIRES DU SERVICE PUBLIC DE L'EMPLOI

→ MISSION LOCALE ET PERMANENCE D'ACCUEIL, D'INFORMATION ET D'ORIENTATION (PAIO)

► **Présentation** La mission locale et les PAIO sont des espaces d'intervention en faveur de l'insertion sociale et professionnelle des jeunes, de 16 à 25 ans rencontrant des difficultés, notamment en matière d'accès à l'emploi ou à la formation. Les missions locales visent à faciliter l'accès des jeunes à l'emploi et à l'autonomie par construction de réponses adaptées à leur situation.

► **Missions** Les missions locales sont des lieux d'accueil, d'information, d'orientation professionnelle et d'accompagnement pour construire un projet professionnel déterminé dans le cadre d'un parcours personnalisé. Une seconde mission dévolue aux missions locales et PAIO est de développer localement de nouvelles solutions d'insertion en concertation avec les partenaires économiques, publics et associatifs.

► **Orientation** Pôle Emploi, associations, collectivités, Conseil général

► **Textes** ordonnance n°82-273 du 26 mars 1982 relative aux mesures destinées à assurer aux jeunes de 16 à 18 ans une qualification professionnelle et à faciliter leur insertion sociale - articles L5314-1 à 4 du code du travail

→ PÔLE EMPLOI

► **Présentation** Né de la fusion entre l'ANPE et l'Assedic le 5 janvier 2009, Pôle emploi propose des services aux demandeurs d'emploi, qu'ils soient indemnisés ou non, et aux entreprises.

► **Mission** Accueillir, indemniser, orienter et accompagner les demandeurs d'emploi, les personnes en activité souhaitant évoluer dans leur projet professionnel, les salariés en si-

tuation précaire qui recherchent un emploi durable. Pôle emploi assure également des missions auprès des entreprises : la prospection du marché du travail, l'aide au recrutement, l'analyse du marché du travail. Une des missions de Pôle Emploi est d'orienter vers les structures de l'IAE les personnes qui ne peuvent accéder à un emploi dans les conditions ordinaires du marché du travail.

► **Orientation** Avec la réforme du Service Public de l'Emploi, les personnes relevant des politiques d'insertion ont désormais accès aux services de Pôle Emploi.

► **Textes** Loi du 13 février 2008 relative à la réforme de l'organisation du service public de l'emploi

→ **LES PLANS LOCAUX POUR L'INSERTION ET L'EMPLOI (PLIE)**

► **Présentation** Les PLIE sont des plates-formes intercommunales d'animation et de coordination des politiques publiques d'insertion, visant à favoriser l'accès ou le retour à l'emploi des personnes en grande difficulté d'insertion sociale et professionnelle.

► **Mission** Au sein de parcours d'insertion professionnelle individualisée, les PLIE proposent des étapes de formation et d'emploi.

► **Orientation** collectivités, associations, Pôle Emploi

→ **LES MAISONS DE L'EMPLOI**

► **Présentation** les maisons de l'emploi sont des lieux de coordination, de diagnostic, de développement local et de partenariat. Leurs actions doivent venir en valeur ajoutée de celles qui sont proposées par Pôle Emploi.

► **Mission** les maisons de l'emploi contribuent au Service public de l'emploi en animant l'intervention de ces différents acteurs. L'arrêté du 29 décembre 2009 leur assigne 4 axes majeurs d'intervention : développer une stratégie territoriale partagée ; participer à l'anticipation des mutations économiques ; contribuer au développement de l'emploi local ; réduire les obstacles culturels ou sociaux à l'accès à l'emploi. Les maisons de l'emploi peuvent également mettre en œuvre des actions d'accueil, d'accompagnement et d'orientation des demandeurs d'emploi pour répondre aux besoins locaux.

► **Orientation** collectivités, associations, Pôle Emploi

► **Textes** Plan de cohésion sociale/ arrêté du 29 décembre 2009

Allocations et revenus de subsistances

	Public	Conditions	Modalités de demande
AIDE AU RETOUR À L'EMPLOI (ARE)	<ul style="list-style-type: none"> • Personne sans emploi, à la recherche d'un emploi et inscrite comme demandeur d'emploi auprès de Pôle emploi. 	<ul style="list-style-type: none"> • Durée et montant de l'indemnisation dépendant de la durée d'affiliation à l'assurance chômage, du salaire touché et de la date de la fin du contrat de travail de la personne. 	<ul style="list-style-type: none"> • La demande d'allocations s'effectue lors de l'inscription sur la liste des demandeurs d'emploi, au moyen d'un seul et même dossier. • Cette demande est traitée par Pôle emploi - Assédir; c'est elle qui verse les allocations chômage. www.pole-emploi.fr
ALLOCATION SPÉCIFIQUE DE SOLIDARITÉ (ASS)	<ul style="list-style-type: none"> • Personnes qui n'ont plus droit aux allocations de chômage et qui rencontrent de grandes difficultés à retrouver un emploi. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conditions d'activité antérieure et de ressources. 	<ul style="list-style-type: none"> • Une demande d'admission à l'ASS est automatiquement adressée par Pôle emploi aux demandeurs d'emploi en fin de droits d'allocations de l'assurance chômage www.pole-emploi.fr
ALLOCATION TEMPORAIRE D'ATTENTE (ATA)	<ul style="list-style-type: none"> • Demandeurs d'asile pendant la durée d'instruction de leur demande d'asile, certaines catégories de ressortissants étrangers et personnes en attente de réinsertion. 	<ul style="list-style-type: none"> • Condition de ressources, et de recherche d'emploi pour les apatrides, les anciens détenus et les travailleurs salariés expatriés 	<ul style="list-style-type: none"> • La demande d'allocation temporaire d'attente doit être déposée auprès de Pôle emploi www.pole-emploi.fr
REVENU DE SOLIDARITÉ ACTIVE (RSA)		<ul style="list-style-type: none"> • Les conditions d'octroi du RSA sont liées à l'âge, la composition familiale, la situation au regard de l'emploi et des ressources. • Le RSA est versé sans limitation de durée, tant que le bénéficiaire continue à remplir les conditions. • Le montant versé peut varier si la situation familiale ou les ressources du foyer évoluent. 	<ul style="list-style-type: none"> • La demande de RSA est déposée, au choix du demandeur, auprès du CCAS* de son domicile (ou domiciliation), des services sociaux du Département, des associations ou organismes à but non lucratif autorisés par le Département à instruire les demandes de RSA. • Le RSA est versé mensuellement à terme échu par la CAF ou la MSA. www.rsa.gouv.fr

Le service public de la psychiatrie, quelles organisation et missions ?

En France, la psychiatrie publique est organisée autour de secteurs géographiques à travers le territoire national. La sectorisation est fondée sur trois grandes missions, elle assure :

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

→ **la proximité de l'offre de soins** en la rapprochant des lieux de vie des habitants par l'organisation des équipes soignantes par aire géographique. C'est le lieu de résidence qui prévaut pour la prise en charge.

→ **la diversification des modes de prise en charge** en adéquation aux besoins par la création d'alternatives à l'hospitalisation. L'hôpital devient le lieu d'accueil d'états aigus ou de malades difficiles, un lieu d'admission des urgences mais n'est plus le seul lieu de soin.

La sectorisation vise à promouvoir une évolution du dispositif de soins sortant d'une logique institutionnelle, au profit de prises en charge diversifiées et de proximité, adaptées aux besoins des patients. Tous les départements sont divisés en secteurs, et assurent des missions de prévention, de diagnostic de soins et de réinsertion sociale. Chaque secteur peut disposer de plusieurs lieux de soins hospitaliers et extrahospitaliers, répartis sur son territoire : CMP*, hôpital de jour*, centre de post-cure*, etc. L'équipe pluridisciplinaire présente dans un secteur relève d'un centre hospitalier et est placée sous l'autorité d'un psychiatre hospitalier.

Il existe 3 types de secteurs psychiatriques : psychiatrie générale, psychiatrie infanto-juvénile, psychiatrie en milieu pénitentiaire. On en compte aujourd'hui environ 830 en France.

LES PRINCIPAUX DISPOSITIFS DE LA PSYCHIATRIE

La psychiatrie en France repose sur des services relevant du secteur public comme du secteur privé. Dans le cadre de ce guide, nous nous concentrerons sur les dispositifs qui relèvent de la psychiatrie publique dans la mesure où les professionnels qui auront à l'utiliser accueillent, accompagnent et soignent des personnes en situation de vulnérabilité, de précarité ou de pauvreté ayant un accès extrêmement limité à la psychiatrie privée.

Dans la logique de la sectorisation, la psychiatrie publique est caractérisée par une grande diversité de l'offre de soins, tant dans les structures et services que dans les modalités de prise en charge proposées. On distingue ainsi :

● les dispositifs d'accueil et de première consultation

≡ Les dispositifs de prise en charge hospitalière des troubles psychiques

◆ Les dispositifs proposant une alternative à l'hospitalisation

La diversification de l'offre et des lieux de soins ne s'oppose cependant pas à la continuité des prises en charge. Pour l'efficacité des actions menées, les équipes de la psychiatrie n'interviennent pas seules dans le champ de la santé mentale mais en étroite collaboration avec les médecins généralistes, les structures d'insertion sociale professionnelle, les services sociaux et les associations d'accompagnement, ainsi qu'avec les associations de familles et d'usagers ; enfin avec l'Etat, les élus et des bailleurs sociaux pour initier de nouveaux produits logements pour les sorties d'hospitalisation.

Les dispositifs d'accueil et de première consultation

Les dispositifs d'accueil et de première consultation proposent des prestations de premier accueil, de consultation et d'orientation aux personnes présentant des troubles psychiques permettant de juger de la gravité de la situation et d'initier une démarche de soin. Ils constituent une première entrée dans le soin de la majorité des personnes touchées par la maladie mentale et sont portés par des structures / services hospitaliers ou extrahospitaliers, relevant du secteur psychiatrique territorialement compétent.

→ CENTRE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE (CMP)

► **Présentation** Le CMP est le pivot du dispositif de psychiatrie publique, il propose gratuitement une offre de soins dans le cadre de consultation aux personnes présentant des troubles psychiques qu'ils soient légers ou sévères. Rattaché à un hôpital psychiatrique, il regroupe des professionnels de la psychiatrie et constitue l'entrée dans le soin de la grande majorité des personnes touchées par la maladie mentale et le lieu d'implantation de l'équipe de secteur. C'est à partir du CMP que s'organisent toutes les actions ambulatoires, et que s'élaborent tous les projets de structure alternative pour éviter l'hospitalisation, réduire sa durée et réinsérer le patient.

► **Mission** Il est une unité de coordination et d'accueil en milieu ouvert organisant des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'interventions à domicile. Couvrant un secteur géographique déterminé, le CMP est articulé avec les services d'hospitalisation dont l'équipe coordonne les soins (consultations, soins ambulatoires, visite à domicile, hospitalisation, etc.). Ils peuvent comporter des antennes auprès de toute institution ou établissement nécessitant des prestations psychiatriques ou de soutien psychologique.

► **Orientation diverses** Orientation par l'hôpital, le médecin traitant, partenaires ou sur libre choix du patient, ce dernier devant relever du secteur géographique du CMP. Sauf en cas d'urgence, l'équipe du CMP est la première interlocutrice de toute personne confrontée à la situation d'une personne souffrant de troubles mentaux.

► **Textes de référence** Arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales comportant ou non des possibilités d'hébergement / loi no 85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique.

→ CENTRE MÉDICO-PSYCHO-PÉDAGOGIQUE (CMPP)

► **Présentation** Le CMPP vise un public spécifique, il propose des consultations gratuites aux enfants dès leur naissance et aux jeunes jusqu'à 20 ans présentant des difficultés scolaires, de comportement, de langage, de sommeil... Il s'inscrit dans un réseau de partenaires et travaille en lien avec les CMP*, la PMI*, les écoles, le service social et les médecins de ville.

► **Mission** Le CMPP a pour mission le dépistage, le diagnostic, l'orientation et le traitement des enfants ou adolescents. Grâce à des équipes pluridisciplinaires, il est en mesure de proposer un certain nombre de réponses aux difficultés que rencontrent les enfants à travers ses différents types de compétences telles que la psychomotricité, l'orthophonie, la médecine, la psychologie et l'aide scolaire.

► **Orientation** hôpital, médecin traitant, libre choix du patient, etc.

► **Textes de référence** : Décret n° 63-146 du 18 février 1963 (annexe XXXII) et Circulaire n° 35 bis SS du 16 avril 1964

→ PERMANENCE D'ACCÈS À LA SANTÉ ET AUX SOINS EN PSYCHIATRIE (PASS-PSY)

Il s'agit de PASS* spécialisées dispensant des soins en psychiatrie (cf. rubrique « au croisement entre santé et social »)

→ URGENCES PSYCHIATRIQUES

► **Présentation** L'urgence en psychiatrie est définie comme « une demande dont la réponse ne peut être différée ». Elle est liée à l'état du patient lui-même, à la notion de danger pour le patient ou son entourage, ainsi qu'au ressenti de l'entourage, qui estime qu'une intervention médicale est nécessaire immédiatement.

Les dispositifs de l'urgence psychiatrique

Les Service d'accueil et d'urgence (SAU)

Les SAU sont les services d'urgences des hôpitaux généraux ouverts 24h sur 24h, 7 jours sur 7. Outre la prise en charge des urgences somatiques traditionnellement proposée, le SAU assure une prise en charge psychiatrique en urgence et peut soigner dans ce cadre un patient en urgence ou l'orienter vers une unité hospitalière ou un accueil en ville en fonction de l'état de santé du malade. Les troubles psychiatriques peuvent donc y être traités par une prise en charge médicamenteuse ou une orientation vers une prise en charge psychiatrique.

Les centres d'accueil permanents (CAP)

Les CAP sont des centres médico-psychologiques* habilités à répondre à l'urgence psychiatrique, ouverts 24 heures sur 24, disposant notamment d'une permanence téléphonique reliée avec les organismes d'aide médicale urgente et organisant l'accueil, l'orientation et, le cas échéant, les soins d'urgence ambulatoires et à domicile nécessaires. Ces centres peuvent comporter quelques lits permettant des prises en charge intensives et de courte durée pour répondre à des situations d'urgence et de détresse aiguës, d'un fonctionnement souple et visant à éviter une décompensation sévère.

→ SERVICE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE RÉGIONAL (SMPR)

▮ **Présentation** Instaurés en milieu pénitentiaire, ils ont été créés pour répondre aux besoins d'une prise en charge psychiatrique des personnes détenues. Ce sont des unités de soins qui dépendent d'un EPSM* implantées dans les plus importantes maisons d'arrêt. Ils peuvent fonctionner sur le mode des hôpitaux de jour ou sur celui d'une unité de soins à temps complet.

▮ **Mission** Ils ont pour mission d'assurer le dépistage des troubles psychiatriques en détention et répondre à toutes les demandes de soins exprimés concernant notamment la prévention de la crise suicidaire, la prise en charge des conduites addictives, les soins auprès des auteurs de violences (conjugales ou sexuelles).

▮ **Orientation** entretien initial systématique du « détenu arrivant » avec un psychiatre, les prestations psychiatriques offertes au sein de l'établissement pénitentiaire doivent être présentées au détenu. Une demande de soins peut être effectuée ultérieurement par le détenu lui-même par écrit, par le directeur de l'établissement pénitentiaire, le médecin généraliste de l'établissement, l'autorité judiciaire compétente dans le cas d'un prévenu ou sur signalement de toute personne connaissant le détenu et dans l'intérêt de ce dernier. Les proches du détenu peuvent contacter le SMPR par téléphone.

▮ **Textes de référence** R. 3221-5 du code de la santé publique
Arrêté du 14 décembre 1986 relatif au règlement intérieur type fixant organisation des services médico-psychologiques régionaux relevant des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire

Que faire en cas d'urgence ?

Les réponses à l'urgence psychiatrique sont multiples :

→ **Si la personne n'a jamais été soignée**, vous pouvez soit :

- appeler les pompiers, le Samu ou la police en cas d'extrême violence vis-à-vis d'elle-même ou d'autrui ;
- l'emmener dans un service d'urgence, les SAU* ;
- joindre le CMP le plus proche de son domicile.

Il est important de contacter également le médecin traitant de la personne concernée, car c'est une aide essentielle pour la prise en charge.

→ **Si la personne est déjà connue dans un service de psychiatrie**,

- vous pouvez appeler directement ce service car il connaît le parcours et les besoins de la personne.

Les dispositifs de prise en charge hospitalière des troubles psychiques

La prise en charge hospitalière constitue un des outils d'accès aux soins des personnes en souffrance psychique. Si elle est moins mobilisée que l'ambulatoire (les prises en charge sans hospitalisation), l'hospitalisation des personnes présentant des souffrances psychiques peut s'avérer nécessaire dans les situations de rupture.

Il existe différentes modalités de prise en charge hospitalière des troubles psychiques. L'hospitalisation et le mode de placement dépendent de différentes variables : la pathologie du sujet, son adhésion ou non à un soin, la dangerosité qu'il représente pour lui-même ou pour autrui, et de l'urgence qu'il y a à agir. Outre les professionnels de la psychiatrie, des personnes de plusieurs horizons sont amenées à intervenir, comme les gendarmes ou le préfet de police, le médecin traitant, le maire, l'assistante sociale, la famille ou les voisins...

LES RÉGIMES D'HOSPITALISATION

Il existe deux modalités d'hospitalisation : l'hospitalisation libre, et l'hospitalisation sans consentement. Dans cette dernière, il faut distinguer entre hospitalisation à la demande d'un tiers, et hospitalisation d'office. Les modalités d'hospitalisation en milieu psychiatrique sont régies par la Loi du 27 Juin 1990 (articles L3211-1 et suivants du Code de l'action sociale). Des réformes sont prévues en 2010 concernant l'hospitalisation sans consentement.

→ HOSPITALISATION LIBRE

► **Demande** Lorsqu'un patient le souhaite en raison de son état de santé mentale, il peut demander son hospitalisation en concertation avec son médecin. Cette hospitalisation s'effectue dans le libre respect du choix du médecin et de l'établissement de soins par le patient

► **Conditions** Il s'agit du régime habituel d'hospitalisation dans les hôpitaux généraux publics. Ainsi, l'état de santé du patient doit justifier des soins en hospitalisation. Son consentement implique qu'il signe lui-même son admission à l'entrée, qu'il donne son autorisation aux soins et qu'il décide librement après avis médical. Ceci suppose qu'il puisse comprendre les soins proposés et l'information donnée sur sa maladie.

► **Admission** prononcée par le directeur de l'établissement

→ HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT

Hospitalisation à la demande d'un tiers

► **Demande** En l'absence de consentement de la personne malade (personne non consentante ou dans l'incapacité de consentir), une hospitalisation est possible à la demande d'une tierce personne si elle est accompagnée de deux certificats médicaux concordants et circonstanciés. Le tiers peut être un membre de la famille, un proche ou une personne agissant dans son intérêt (à l'exclusion des personnels soignants ou de direction de l'établissement hospitalier). A ce titre, l'assistante sociale peut être acceptée comme tiers.

► **Conditions** Trois critères doivent être remplis pour justifier une hospitalisation à la demande d'un tiers :

- la présence de troubles mentaux ;
- l'impossibilité de consentir à l'hospitalisation ;
- la nécessité de soins immédiats et d'une surveillance constante en milieu hospitalier.

► **Admission/Sortie** est prononcée par le directeur de l'établissement. La sortie d'hôpital est décidée par le médecin mais elle peut également être demandée par la famille ou le demandeur. Des permissions de sortie peuvent être accordées pendant le séjour hospitalier.

Hospitalisation d'office

► **Demande** Elle est prononcée par arrêté du Préfet ou décision du Maire (qui doit toujours être confirmée par un arrêté préfectoral) au vu d'un certificat médical circonstancié, lorsque les troubles mentaux de la personne compromettent l'ordre public ou la sûreté de la population. Cet arrêté préfectoral doit être motivé et énoncer avec précision les circonstances rendant l'hospitalisation nécessaire.

► **Conditions** Quatre critères doivent être présents pour justifier une hospitalisation d'office :

- la présence de troubles mentaux ;
- l'impossibilité de consentir à l'hospitalisation ;
- la nécessité de soins immédiats et d'une surveillance constante en milieu hospitalier ;
- l'atteinte à la sûreté des personnes ou, de façon grave, à l'ordre public.

► **Admission/Sortie** C'est le Préfet qui, sur avis médical, prononce la sortie d'essai ou la sortie définitive.

LES LIEUX D'HOSPITALISATION

→ HOSPITALISATION À TEMPS PLEIN : LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ MENTALE (EPSM)

▮ **Présentation** L'hospitalisation à temps plein en psychiatrie se fait dans les centres hospitaliers psychiatriques, les EPSM, qui constituent le cœur du secteur psychiatrique. L'hospitalisation à temps plein est utilisée lorsque l'état de santé du patient nécessite des soins et/ou une surveillance 24 heures sur 24. Elle peut être continue ou discontinue (les week-ends, les nuits). Les services de psychiatrie des hôpitaux généraux proposent des hospitalisations non sectorisées.

▮ **Missions** Ils mettent à la disposition de la population des services et des équipements diversifiés de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale. Ces services exercent leur activité non seulement à l'intérieur de l'établissement mais aussi en dehors de celui-ci.

▮ **Orientation diverses** libre choix du patient, hôpital, médecin traitant, selon les régimes d'hospitalisation*.

→ UNITÉ D'HOSPITALISATION SPÉCIALEMENT AMÉNAGÉE (UHSA)

▮ **Présentation** Très récemment précisé par décret, ces unités seront mises en place progressivement au sein des établissements de santé et prendront en charge les détenus souffrants de troubles mentaux à travers une hospitalisation avec ou sans consentement.

▮ **Mission** L'UHSA permettra d'assurer une prise en charge psychiatrique de qualité des personnes détenues souffrant de troubles mentaux.

▮ **Orientation** SMPR*

▮ **Textes de référence** : - Décret 2010-507 du 18 mai 2010
- art L.3214-1 à L.3214-5 et R.3214-1 à R.3214-23 du code de santé publique

→ UNITÉ POUR MALADES DIFFICILES (UMD)

▮ **Présentation** Les UMD sont des services hospitaliers psychiatriques spécialisés dans le traitement des malades mentaux présentant un état dangereux et des troubles majeurs du comportement qui ne permettent pas une prise en charge en hôpital de psychiatrie générale. Sous l'autorité d'un psychiatre hospitalier, une équipe pluridisciplinaire propose une prise en charge ponctuelle à des moments difficiles et aigus.

▮ **Mission** l'objectif est de proposer différentes actions de soins : prise en charge individuelle et de groupe, activités sportives, ergothérapie, sorties thérapeutiques à l'extérieur en gardant à l'esprit la nécessité d'une re-socialisation sans rupture avec le temps et la réalité.

▮ **Orientation/ condition** personnes placées en hospitalisation d'office* (HO), déclarées pénalement irresponsables en application de l'article 122-1 du Code pénal ou condamnées en application de l'article D398 du Code de procédure pénale.

▮ **Textes de référence** Arrêté du 14 octobre 1986 relatif au règlement intérieur type des unités pour malades difficiles / Articles L. 3222-3 et R. 3221-6 du code de la santé publique

Modalités d'hospitalisation

Dans le secteur de la psychiatrie, l'un des objectifs est d'aider à l'insertion des personnes dans leur milieu familial, scolaire ou professionnel. Diverses modalités d'hospitalisation, alternatives à l'hospitalisation à temps plein, le permettent :

- **Hospitalisation de jour** : soins polyvalents individualisés, intensifs prodigués dans la journée ou à temps partiel auprès de patients souffrant de maladie chronique tout autant que ceux en période de crise.
- **Hospitalisation de nuit** : Cette modalité d'hospitalisation permet des activités thérapeutiques en fin de journée et une surveillance médicale de nuit, le cas échéant en fin de semaine, pour des patients ayant acquis ou conservés une certaine autonomie dans la journée.
- **Hospitalisation séquentielle** : hospitalisation à temps partiel une semaine par mois ou une fois par semaine selon les besoins des patients.

Les dispositifs proposant une alternative à l'hospitalisation

Les alternatives à l'hospitalisation offrent une prise en charge médicale en dehors du cadre strictement hospitalier pour les personnes dont la souffrance ne justifie pas une hospitalisation, et/ou pour celles qui en sortent. Rendues possibles par les progrès techniques, thérapeutiques et organisationnels, ces structures ont pour objectif la réinsertion du patient, au-delà du soin à proprement parlé.

Les alternatives à l'hospitalisation correspondent à plusieurs formes de prise en charge, elles peuvent être à temps partiels, établies dans le cadre de l'hébergement ou hors hébergement.

Si elles sont proposées en dehors du cadre strictement hospitalier, ces prises en charge alternatives dépendent et sont gérées par le secteur psychiatrique compétent. Les structures sont des établissements sanitaires agréés et dont la prise en charge financière est assurée par l'assurance maladie. Pour y accéder, il est nécessaire d'avoir une prescription par le médecin psychiatre ou généraliste.

LES ALTERNATIVES PROPOSÉES DANS LE CADRE D'UN HÉBERGEMENT

→ L'HOSPITALISATION À DOMICILE

► **Présentation** L'Hospitalisation à domicile, est une alternative à l'hospitalisation temps plein. Elle permet à l'usager de retourner à son domicile tout en bénéficiant d'une prise en charge quotidienne.

► **Missions** Les services d'hospitalisation à domicile assurent des prises en charge thérapeutiques au domicile du patient, associées - s'il y a lieu - à des prestations d'entretien.

► **Orientation** par le médecin psychiatre.

→ ACCUEIL FAMILIAL THÉRAPEUTIQUE

► **Présentation** Forme d'hospitalisation à domicile, auprès de familles agréées qui sont choisies, accompagnées et rémunérées par l'hôpital. L'accueil s'adresse à des patients adultes ou enfants susceptibles de retirer un bénéfice d'une prise en charge dans un milieu familial, et pour lesquels le maintien ou le retour à domicile ne paraît pas toujours souhaitable ou possible.

► **Missions** L'objectif est d'offrir un cadre de vie familial à de personnes (enfant, adolescent ou adulte) souffrant de troubles psychiatriques tout en leur proposant les soins nécessaires en raison de son état.

► **Orientation** par le médecin psychiatre.

► **Textes de référence** Loi n°89-475 du 10 juillet 1989 ; Arrêté du 1er octobre 1990 Relatif à l'organisation et au fonctionnement des services d'accueil familial thérapeutique

→ APPARTEMENT ASSOCIATIF

► **Présentation** Appartement dont la vocation est d'accueillir des malades stabilisés dans des logements autonomes sans limitation de durée. Afin de mettre à disposition des appartements, l'association concernée signe une convention avec l'hôpital de référence qui mandate du personnel de soins assurant le suivi médico-social des résidents. Placée sous la responsabilité d'un médecin psychiatre, infirmières et assistantes sociales assurent des visites régulières à domicile auprès de ces personnes.

► **Missions** L'objectif fondamental est de permettre aux patients ainsi logés de se réinsérer grâce à cette expérience d'autonomie.

► **Orientation** généralement proposée par le service de psychiatrie de l'hôpital.

→ APPARTEMENT THÉRAPEUTIQUE ET MAISON COMMUNAUTAIRE

► **Présentation** les appartements thérapeutiques sont des unités de soins à temps complet dépendant du secteur psychiatrique. Ils sont à destination de personnes nécessitant une présence importante, sinon continue, de personnels soignants. Ces structures concernent souvent des malades au passé psychiatrique lourd. Le plus souvent loués par l'établissement hospitalier ou une association conventionnée avec le service public, ils sont plus souples que le centre de postcure*. Ils constituent une étape entre la sortie d'hôpital et l'accès à une structure médico-sociale.

► **Missions** Ils favorisent la réadaptation du malade et facilitent sa réinsertion par le suivi médical et infirmier et les visites à domicile de l'équipe soignante.

► **Orientation** par le service de psychiatrie, sur une période limitée.

► **Textes de référence** Arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales comportant ou non des possibilités d'hébergement/ Arrêté du 11 février 1991 relatif aux indices de besoins concernant les équipements psychiatriques

→ CENTRE OU FOYER DE POST-CURE

▮ **Présentation** Les Centres ou Foyers de post-cure sont des unités de moyen séjour relevant du secteur psychiatrique destinées à assurer le prolongement des soins et des traitements après la phase aigüe de la maladie. Le plus souvent à temps plein et en hébergement, des activités ouvertes à la cité y sont proposées.

▮ **Missions** Vues pour les personnes concernées comme une étape nécessaire à la réadaptation en vue du retour à une existence autonome, ce sont à la fois des lieux de soins et de réhabilitation

▮ **Orientation** sur prescription médicale

▮ **Textes de référence** Décret n°80-284 du 17 avril 1980 relatif au classement des établissements publics et privés assurant le service public hospitalier; -Circulaire du 14 mars 1990 (J.O. du 3 avril 1990) relative aux orientations de la politique de santé mentale.

DANS LE CADRE D'UN ACCUEIL EN JOURNÉE

→ CENTRE D'ACCUEIL THÉRAPEUTIQUE À TEMPS PARTIEL (CATTP)

▮ **Présentation** Cette prise en charge est proposée en journée sur un temps court, le temps d'une activité thérapeutique. Son activité se distingue de celle d'un hôpital de jour dans le mode de prise en charge et dans sa durée, elle est généralement plus souple qu'en hospitalisation de jour.

▮ **Missions** Elle vise à maintenir ou favoriser une existence autonome par des actions de soutien et de thérapeutique de groupe en vue d'une plus grande autonomie et d'une resocialisation. Le centre d'accueil thérapeutique effectue un travail essentiellement orienté vers les relations du patient avec autrui et la reconstruction de son autonomie, au travers des gestes usuels et de divers modes d'expression.

▮ **Orientation** CMP*

▮ **Texte de référence** arrêté du 14 mars 1986

Santé et accès aux soins des personnes en situation de précarité

S'il n'existe pas de maladie propre à la précarité, la santé des personnes précaires s'altère avec l'accroissement de la précarité. La santé ne dépend pas d'un facteur en particulier mais de l'interaction de plusieurs déterminants.

Pour les personnes en situation de précarité, **la pauvreté est l'un des déterminants centraux de leur état de santé**. Elle a de multiples conséquences : diminution de l'espérance de vie, risque accru de maladies infectieuses, hausse des taux de tabagisme et des taux de consommation d'alcool, surconsommation de médicaments, etc. Elle engendre également des effets sur l'état psychique des personnes avec une plus grande prévalence de la dépression, du suicide et des troubles du comportement. Une enquête de l'Insee sur les usagers des services d'aide datée d'avril 2003, montre que ces personnes ont une plus forte propension à la migraine (20 %), aux maladies respiratoires (14 %), qu'elles souffrent cinq fois plus du système digestif, deux fois plus d'hypertension et de troubles cardio-vasculaires, et deux fois plus de problèmes dermatologiques.

Pour les personnes en situation de précarité, l'accès aux soins ne va pas de soi, comme d'ailleurs l'accès aux autres droits (logement, emploi...).

Se soigner peut leur paraître même **une préoccupation secondaire** par rapport à leur souhait de retrouver un travail et/ou un logement, gage d'une insertion réussie.

Et pourtant, retrouver un emploi peut être largement conditionné par leur état de santé. L'accompagnement social de ces personnes est alors indispensable pour leur faire prendre conscience de la nécessité de se soigner et de les accompagner dans leur démarche de soins. La santé des personnes en situation de précarité et d'exclusion constitue **un enjeu de santé publique** dans une société où les inégalités sociales conduisent à des inégalités croissantes de santé.

AU CROISEMENT ENTRE SANTÉ ET SOCIAL : LES PRINCIPAUX DISPOSITIFS

Si les personnes en situation de précarité ne présentent pas de pathologies qui leur sont propres, il n'en demeure pas moins qu'elles ont, en règle générale, un état de santé plus détérioré que le reste de la population, qu'il s'agisse de troubles somatiques ou psychiatriques. Ce phénomène est observé tant par les acteurs du social que du secteur sanitaire et de la psychiatrie, dans les situations qu'ils rencontrent chaque jour dans leurs établissements.

Ainsi, pour améliorer la prise en charge tant sociale que sanitaire de ce public, ont été développés des dispositifs au croisement du social et de la santé associant prise en charge sanitaire et sociale. Ces dispositifs offrent une diversité de prise en charge et prestations. On distingue :

- Les dispositifs orientés vers la prévention et le dépistage
- ≡ Les dispositifs d'accueil, d'accompagnement et d'orientation
- ◆ Les dispositifs d'hébergement et de logement adapté
- Les dispositifs d'insertion sociale et professionnelle
- ▲ Les dispositifs d'animation territoriale et de mise en réseau des partenaires

Les dispositifs orientés vers la prévention et le dépistage

Spécialisés ou non sur une pathologie, les dispositifs orientés vers la prévention et le dépistage accueillent les personnes gratuitement afin de proposer des informations, des bilans de santé, des dépistages, des vaccinations et parfois un suivi médical.

→ CENTRE DE DÉPISTAGE ANONYME ET GRATUIT (CDAG)

► **Présentation** Présents dans chaque département, les CDAG favorisent le dépistage précoce (principalement infections sexuellement transmissibles et VIH), facilitent l'accès au dépistage des personnes précarisées et des personnes vulnérables, dans une démarche individuelle et volontaire. Ils renforcent le lien entre dépistage et prise en charge et mettent en place des actions d'informations et de prévention.

► **Missions** Entretien individuel avec un médecin, information, évaluation du risque, remise personnalisée des résultats

► **Orientation** Personne elle-même, professionnels de santé, sociaux...

► **Textes de référence** Circulaire DGS/DH/DSS n° 98-423 du 9 juillet 1998 ; Arrêté du 3 octobre 2000 Relatif aux consultations de dépistage anonyme et gratuit

→ CENTRE DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE (CLAT)

► **Présentation** Présent dans chaque département, il assure principalement des soins gratuits à tous les malades atteints de tuberculose.

► **Missions** Il mène des actions d'informations sur la tuberculose, coordonne les dépistages nécessaires en lien avec les différents intervenants (professionnels de santé, professionnels sociaux, institutionnels...), assure certains de ces dépistages gratuitement et facilite l'accès aux soins et aux traitements pour tous. À ce titre, il propose la vaccination aux jeunes enfants et personnes susceptibles d'être exposées et un traitement pour les malades, même en l'absence de couverture sociale.

► **Orientation** Personne elle-même, professionnels de santé, sociaux, institutionnels, visite dans les structures... La liste des CLAT est disponible auprès des CCAS* et des CPAM.

► **Textes de référence** L.3112-3 et D3112-6 du Code de la santé publique

→ CENTRE D'INFORMATION, DE DÉPISTAGE ET DE DIAGNOSTIC DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (CIDDIST)

► **Présentation** Le Ciddist assure le dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST) et du VIH dans une démarche volontaire et anonyme. Après avoir effectué les analyses de dépistage nécessaires à la suite d'un premier entretien individuel, la personne concernée se voit remettre les résultats en mains propres, accompagnés d'une éventuelle prescription thérapeutique et/ou orientation vers une prise en charge sanitaire ou sociale.

► **Missions** Les entretiens ouvrent un espace d'échange, d'information, de prévention et de sensibilisations aux risques.

► **Orientation** Personne elle-même, professionnels de santé, sociaux, institutionnels

► **Textes de référence** L. 3121-1 et L. 3121-2-1 du Code de la Santé Publique Circulaire interministérielle DGS/SD5A/SD5C/S D6A no 2005-220 du 6 mai 2005 et 342 du 18 juillet 2005

Droits et ressources relatifs à la SANTÉ

- **La couverture maladie universelle** permet l'accès à l'assurance maladie pour toutes les personnes résidant en France de manière stable et régulière depuis plus de trois mois, et qui n'ont pas droit à l'assurance maladie à un autre titre (activité professionnelle, etc.). Les assurés sociaux au titre de la CMU de base bénéficient de l'ensemble des prestations en nature de l'assurance maladie, dans les mêmes conditions que tous les assurés sociaux
- **La CMU complémentaire**, attribuée sous conditions de ressources, est une complémentaire santé gratuite qui prend en charge ce qui n'est pas couvert par les régimes d'assurance maladie obligatoire. Elle permet l'accès aux médecins, à l'hôpital, etc., sans dépense à charge et sans avance de frais. La CMU complémentaire est accordée pour un an et doit être renouvelée chaque année.
- **L'aide complémentaire santé**, initialement dénommée crédit d'impôt, est une aide financière pour l'acquisition d'un contrat d'assurance maladie complémentaire de santé individuel. Cette aide s'adresse aux personnes dont les revenus se situent entre le plafond de la CMU complémentaire et ce même plafond majoré de 20 %. Cette aide consiste en une réduction du montant de la cotisation annuelle du bénéficiaire, réduction compensée par un crédit d'impôt pour l'organisme de protection complémentaire.
- **L'Aide médicale d'Etat** est une couverture de santé, qui vise à permettre l'accès aux soins des personnes étrangères résidant en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois, mais qui sont en situation irrégulière (absence de titre de séjour ou de récépissé de demande). À titre exceptionnel, l'aide médicale peut être accordée à des personnes de passage sur le territoire français dont l'état de santé le justifie sur décision du ministre chargé de l'action sociale. L'aide médicale est accordée pour un an sous les mêmes conditions de ressources que la CMU complémentaire.

Les dispositifs d'accueil, d'accompagnement et d'orientation

L'accueil et l'accompagnement des personnes en souffrance physique ou psychique sont des conditions essentielles de leur accès aux soins et d'une prise en charge sociale et médicale adaptée à leurs besoins. Plusieurs dispositifs ont ainsi été développés pour assurer un premier accueil, un accompagnement et une orientation des personnes.

→ PERMANENCE D'ACCÈS À LA SANTÉ ET AUX SOINS (PASS)

► **Présentation** Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) sont des permanences hospitalières médico-sociales, présentes dans les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant au service public hospitalier.

► **Missions** Les PASS ont pour mission d'accompagner les personnes en situation de précarité, bénéficiant de faibles ressources et/ou pas encore de protection maladie, dans leur accès au système de santé et dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. En cas de nécessité, les PASS peuvent organiser la prise en charge des consultations à l'hôpital, des examens et des médicaments.

► **Orientation/admission** les PASS sont adossées à des consultations de médecine de premier recours, sans rendez-vous, à des horaires élargis et en dehors de l'urgence, ouvertes à toutes et tous.

► **Textes de référence** Art L.6112-6 du code de la santé publique
Loi du 29 juillet 1998

DISPOSITIFS DE PRISE EN CHARGE DU HANDICAP MENTAL

→ SERVICE D'ACCOMPAGNEMENT MÉDICO-SOCIAL POUR ADULTES HANDICAPÉS (SAMSAH)

► **Présentation** Le SAMSAH est un service médico-social qui a pour vocation l'accompagnement vers une plus grande autonomie de personnes adultes reconnues handicapées, vivant en milieu ordinaire. A la différence des SAVS*, les SAMSAH s'adressent à des personnes plus lourdement handicapées et apportent une réponse pluridimensionnelle intégrant une dimension thérapeutique.

► **Missions** Les SAMSAH ont pour vocation, dans le cadre d'un accompagnement médico-social adapté comportant des prestations de soins, de réaliser les missions d'intégration sociale et professionnelle. Cette insertion s'appuie sur des besoins identifiés, considérés comme "prioritaires" par le bénéficiaire et l'équipe pluridisciplinaires, tels que le logement, la vie sociale et familiale, la citoyenneté, l'accès aux soins...

► **Orientation** Les personnes handicapées psychiques sont orientées par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées. (CDAPH*)

► **Textes de référence** Loi 2002-2 du 2 janvier 2002 ; Décret n°2005-223 du 11 mars 2005 ; Art. D. 312-166 à D.312-169 CASF

→ SAMSAH-PSY

► **Présentation** Il s'agit de SAMSAH* destinées aux personnes ayant plus particulièrement un handicap psychique reconnu.

► **Missions** Le SAMSAH Psy joue un rôle de pivot dans la conduite du projet de vie/projet de soins des adultes handicapés psychiques. Ainsi il définit, met en œuvre et coordonne la prise en charge permettant d'assurer une continuité des soins et favorisant l'autonomie de la personne dans sa vie quotidienne et son insertion sociale et professionnelle.

► **Orientation** CDAPH*

→ CENTRE DE SOINS D'ACCOMPAGNEMENT ET DE PRÉVENTION EN ADDICTOLOGIE (CSAPA)

► **Présentation** Les CSAPA regroupent les anciens Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes (CSST) et les anciens Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA). Ils s'adressent aux personnes en difficulté avec leur consommation de substances psychoactives. Il s'agit principalement de dépendances aux drogues ou à l'alcool mais également, tabac et médicaments détournés de leur usage. En principe, un maillage territorial des CSAPA leur permet d'être au plus près des publics en difficulté, soit par la création d'antennes soit par des interventions en dehors de leurs locaux sous la forme de consultations avancées. Ils sont composés d'équipes pluridisciplinaires constituées de professionnels de santé et de travailleurs sociaux.

► **Missions** Prise en charge globale à la fois médicale, psychologique sociale, et éducative dans la durée. Actions de prévention et d'accompagnement des personnes dans l'accès aux soins et aux droits

► **Orientation** libre choix de la personne

► **Textes de référence** Art. D. 341 I-1 à D. 341 I-10 du code de la santé publique. Circulaire n°DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008

La Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)

Lieu unique destiné à faciliter les démarches des personnes handicapées, la MDPH offre, dans chaque département, un accès unifié aux droits et prestations prévus pour les personnes handicapées.

Elle exerce une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées et de leur famille ainsi que de sensibilisation de tous les citoyens aux handicaps.

Chaque MDPH est dotée d'une **Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées** (CDAPH), instance chargée d'étudier et de statuer sur les demandes d'attribution des prestations et aides (établissements, allocation adulte handicapé (AAH*), Prestation de compensation du handicap*) et de les orienter vers les établissements/ services correspondants aux besoins de la personne et à son projet de vie.

→ SERVICE D'ACCOMPAGNEMENT À LA VIE SOCIALE (SAVS)

► **Présentation** Les SAVS sont des services dédiés aux personnes majeures handicapées. Ils proposent un accompagnement adapté, favorisant le maintien ou la restauration des liens sociaux, dans le milieu familial, scolaire, universitaire ou professionnel et facilitent l'accès des personnes handicapées à l'ensemble des services offerts par la collectivité. Ils offrent à la personne handicapée les moyens de maintenir et développer son autonomie sociale, voire professionnelle et permettent l'accès aux droits fondamentaux.

► **Prestations** Leurs missions consistent en l'assistance et l'accompagnement dans tout ou partie des actes essentiels de l'existence ainsi qu'en un accompagnement social en milieu ouvert.

► **Orientation** CDAPH*

► **Textes de référence** Loi 2002-2 du 2 janvier 2002 ; Décret n°2005-223 du 11 mars 2005 ; article D. 312-162 à D.312-165 CASF.

DISPOSITIFS DE PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS

→ CENTRE D'ACCUEIL ET D'ACCOMPAGNEMENT À LA RÉDUCTION DES RISQUES POUR USAGERS DE DROGUES (CAARRUD)

► **Présentation** Ils assurent un accueil collectif et individuel, de l'information et un conseil personnalisé pour les personnes usagers de drogues. Au sein de ces centres, du matériel de prévention des infections est mis à disposition. Les CAARRUD sont également inclus dans le dispositif de veille en matière de drogues et toxicomanie, à la recherche, à la prévention et à la formation sur l'évolution des pratiques des usagers.

► **Missions** Ils participent également à soutenir ces personnes dans l'accès aux soins, l'accès aux droits, l'accès au logement et à l'insertion ou la réinsertion professionnelle.

► **Orientation** libre choix de la personne

► **Textes de référence** Art. L. 3121-5 du code de la santé publique/Art R. 3121-33-1 à 3121-33-4 Circulaire no DGS/MC2/2009/349 du 9 novembre 2009 /Décret du 22 décembre 2005

Les dispositifs d'hébergement et de logement adapté

La disposition d'un logement est un droit fondamental garanti à toute personne, elle représente également un levier essentiel dans un processus d'insertion durable. Il existe divers dispositifs d'hébergement – logement adaptés aux personnes présentant des pathologies somatiques ou psychiques. Les modalités et prestations proposées varient alors pour s'adapter aux besoins des personnes qui diffèrent selon leur parcours de soin, leur degré de souffrance/pathologie et d'autonomie.

Ainsi les dispositifs vont de l'hébergement suite à des séjours en établissement de santé au logement adapté de personnes présentant une situation « stabilisée » sur le plan de la pathologie ou du handicap. Ils peuvent alors relever de structures médico-sociales spécialisées, soit dans des dispositifs éclatés au sein du milieu ordinaire ou au sein de lieux d'accueil particuliers comme les groupes d'entraide mutuelle.

Le maintien dans le logement/hébergement nécessite le plus souvent un accompagnement spécifique à la fois sociale et sanitaire.

DISPOSITIFS DE PRISE EN CHARGE DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE

→ FAMILLE GOUVERNANTE

► **Présentation** Les personnes majeures placées sous un régime de protection juridique * incapables de vivre seuls et ne nécessitant pas de prise en charge hospitalière peuvent être accueillies par des familles gouvernantes. Il ne s'agit pas d'un hébergement chez la personne, mais d'une formule de logement adapté. Un groupe de patients vivant dans un ou plusieurs appartements mitoyens salarie une "gouvernante" qui s'occupe d'eux au quotidien, leurs soins étant assurés par des professionnels du secteur (libéraux ou salariés d'établissements). Les personnes handicapées sont co-locataires de l'appartement et co-employeur de l'auxiliaire de vie, celle-ci résidant généralement dans un appartement mitoyen ou voisin.

► **Missions** La Famille gouvernante propose ainsi un hébergement à la personne, un accompagnement dans le logement, le suivi de ses soins, de sa restauration, de son hygiène, de ses loisirs et de ses vacances. Les soins sont assurés par les professionnels du secteur (libéraux ou service de psychiatrie).

► **Textes** Projet innovant développé par l'UNAF

→ FOYER D'ACCUEIL MÉDICALISÉ (FAM)

► **Présentation** Le Foyer d'Accueil Médicalisé est destiné à recevoir des personnes adultes handicapées physiques, mentales ou atteintes de handicaps associés, dont la dépendance totale ou partielle les rend inaptes à toute activité professionnelle et rend nécessaire l'assistance d'une tierce personne pour la plupart des actes de la vie quotidienne. En principe, les FAM accueillent des personnes un peu moins dépendantes que la population hébergée en MAS*.

► **Prestations** Hébergement, surveillance paramédicale et suivi médical constant, animation.

► **Orientation** L'accès se fait sur orientation de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH*). La demande est à déposer au moyen du formulaire Cerfa n° 13788*01 à la MDPH de son département.

► **Textes** de référence Loi 2002-2 du 2 janvier 2002 ; Circulaire n°86-6 du 14 février 1986

→ FOYER D'HÉBERGEMENT POUR TRAVAILLEURS HANDICAPÉS

► **Présentation** Ces établissements assurent l'hébergement et l'entretien des personnes adultes handicapées qui exercent une activité pendant la journée, en milieu ordinaire (de droit commun), dans un ESAT* ou dans une entreprise adaptée.

► **Missions** Les Foyers d'hébergement pour travailleurs handicapés proposent différentes formules d'hébergement dont les projets et le fonctionnement peuvent varier (bâtiment spécifique et autonome ou logements diffus dans l'habitat ordinaire), ainsi qu'un accompagnement social tenant compte de l'autonomie sociale des personnes accueillies. Par contre, ils ne sont pas médicalisés et à ce titre, les prestations médicales sont réalisées par des médecins extérieurs au foyer.

► **Orientation** L'accès se fait sur orientation de la CDAPH. La demande est à déposer au moyen du formulaire Cerfa n° 13788*01 à la MDPH de son département, accompagnée d'un Certificat médical.

► **Textes** de référence Loi 2002-2 du 2 janvier 2002 ; Loi n°86-17 du 6 janvier 1986 ; Décrets n°77-1545 et 1548 du 31 décembre 1977.

→ FOYER DE VIE

► **Présentation** Les foyers de vie ou foyers occupationnels accueillent des personnes dont le handicap ne permet pas ou plus d'exercer une activité professionnelle mais qui bénéficient cependant d'une autonomie suffisante pour se livrer à des occupations quotidiennes et ne nécessitent pas de surveillance ou de soins constants. Les foyers de vie fonctionnent en majorité en internat, tandis que les foyers occupationnels sont en principe des structures d'accueil de jour.

► **Prestations** Avec ou sans hébergement, les foyers de vie proposent des activités de détente et de développement personnel.

► **Orientation** L'admission se fait sur orientation de CDAPH*. La demande est à déposer au moyen du formulaire Cerfa n°13788*01 à la maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

► **Textes de référence** Loi 2002-2 du 2 janvier 2002 ; Décret n°77-1547 et 1548 du 31 décembre 1977.

Régimes de protection judiciaires des majeurs vulnérables

Ces différents régimes visent à assurer les biens de la personne protégée, et la personne elle-même dans sa vie quotidienne, ses soins médicaux, son choix de résidences. Les personnes vulnérables visées sont celles qui sont atteintes d'une altération médicalement constatée des facultés corporelles ou mentales.

Les différents régimes prévoient des protections plus ou moins étendues :

- **La tutelle** est ouverte lorsque la personne vulnérable a besoin d'être représentée d'une manière continue dans les actes de la vie civile.
- **la curatelle** est ouverte quand la personne, sans avoir besoin d'être représentée de manière continue, a besoin d'être assistée, conseillée ou contrôlée dans les actes de la vie civile.
- **La sauvegarde de justice** est un régime de protection temporaire qui prévoit que la personne conserve l'exercice de ses droits mais ne puisse accomplir la totalité de ses actes.

→ MAISON D'ACCUEIL SPÉCIALISÉE (MAS)

► **Présentation** La MAS reçoit des adultes atteints d'un handicap intellectuel, moteur ou somatique grave et des personnes souffrant de troubles psychiques invalidants ayant une perte d'autonomie pour les gestes de la vie quotidienne et nécessitant une surveillance médicale et des soins constants.

► **Prestations** hébergement et prise en charge médicale. Plusieurs modalités d'accueil en MAS sont possibles : l'accueil permanent (internat), l'accueil de jour permettant d'alléger la charge qui pèse sur les familles, l'accueil temporaire.

► **Orientation** L'accès et la détermination de la forme d'accueil, se font sur orientation de la CDAPH. La demande d'orientation est à déposer au moyen du formulaire Cerfa n°13788*01 à la maison départementale des personnes handicapées (MDPH), accompagnée d'un Certificat médical.

► **Textes de référence** - Art R.344-1 à R.344-4 CASF - Décret n°78-1211 du 26 décembre 1978 ; Circulaire n°62/AS du 28 décembre 1978.

→ RÉSIDENCE ACCUEIL

► **Présentation** Les résidences accueil sont des résidences sociales pensées sur le modèle des maisons relais. Elles sont destinées à l'accueil de personnes souffrant d'un handicap psychique et suffisamment autonomes pour accéder à un logement privatif.

► **Missions** Les résidences accueil offrent un logement durable assorti de la présence d'un hôte, un accompagnement social par un SAVS* ou SAMSAH* et un suivi sanitaire par les services du secteur psychiatrique dans le cadre de partenariats formalisés.

► **Orientations** SIAO*, services du département*, services psy... Commission d'admission examinant les demandes

► **Textes** L633-1 CASF - NOTE D'INFORMATION N° DGAS/PIA/PHAN/2006/523 du 16 novembre 2006 relative à la mise en place de l'expérimentation des résidences accueil. - Circulaire no DHOS/02/DGAS/3SD/DGS/MC4CNSA/2009/97 du 8 avril 2009

DISPOSITIFS DE PRISE EN CHARGE DE LA SOUFFRANCE PHYSIQUE/SOMATIQUE

→ APPARTEMENT DE COORDINATION THÉRAPEUTIQUE (ACT)

► **Présentation** Les ACT propose un hébergement à titre temporaire à toute personne personnes en situation de fragilité psychologique et sociale touchée par une pathologie chronique invalidante (sida, hépatite, cancer, sclérose en plaque, ...) et nécessitant des soins et un suivi médical.

► **Missions** les ACT offrent une prestation d'hébergement ; assurent un accompagnement global, médical, psychologique et social de la personne de manière à assurer le suivi et la coordination des soins, l'observance des traitements et à permettre un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion.

► **Orientation / admission** La demande d'admission est constitué d'un dossier médical du médecin traitant, ainsi qu'un dossier social avec pièces administratives, établi par une assistante sociale.

► **Textes de référence** Décret n° 2002-1227 du 3 octobre 2002 ; Circulaire DGS/DGAS/DSS 2002/551 du 30 octobre 2002, Art. L.312-1 9° CASF

→ LIT D'ACCUEIL MÉDICALISÉ (LAM)

► **Présentation** Dispositif expérimental (2009-2012), les LAM ont été conçus pour permettre aux personnes majeures atteintes de pathologies chroniques de pronostic plus ou moins lourd de recevoir, en l'absence de domicile et d'impossibilité de prise en charge adaptée dans les structures de droit commun, des soins médicaux et paramédicaux ainsi qu'un accompagnement social adaptés. Au contraire des LHSS*, les pathologies visées ne sont pas bénignes, et nécessitent un suivi thérapeutique à plus ou moins long terme. Cette expérimentation porte pour le moment sur 45 lits répartis entre le Samu social de Paris, l'Association baptiste pour l'entraide et la jeunesse de Lille et l'association Foyer aubois de Saint-Julien-les-Villas.

► **Missions** hébergement, accompagnement social, suivi médical

► **Orientation** L'admission est prononcée, sur demande de la personne ou avec son accord, par le directeur responsable des LAM, après avis du médecin de cette structure expérimentale. Celui-ci évalue et identifie le besoin sanitaire de la personne et la pertinence médicale de son admission.

► **Textes de référence** arrêté du 30 mars 2009 portant agrément d'une expérimentation d'actions médico-sociales en faveur de personnes en situation de précarité

→ LIT HALTE SOINS SANTÉ (LHSS)

► **Présentation** Les LHSS sont des structures médico-sociales chargée d'offrir une prise en charge médico-sociale aux personnes sans domicile dont l'état de santé, sans nécessiter une hospitalisation, n'est pas compatible avec vie à la rue. Ce dispositif assure une prise en charge sanitaire et sociale des personnes dont l'absence de domicile empêche une prise en charge satisfaisante de leurs problèmes de santé, et évite soit une rupture dans la continuité des soins, soit une aggravation de l'état de santé. La durée du séjour ne doit pas excéder deux mois mais elle est conditionnée par l'évolution de la situation de santé de la personne et par la possibilité d'une solution de sortie et peut-être prolongée.

► **Missions** les LHSS offrent un hébergement, une prise en charge médicale (soins médicaux ou paramédicaux, un suivi thérapeutique), un accompagnement social, des prestations d'animation et une éducation sanitaire.

► **Orientation** Les personnes sont orientées principalement par les services hospitaliers, par les centres médico-sociaux de suite, ou le dispositif de veille sociale, L'admission proprement dite est conditionnée à l'avis médical du médecin des LHSS ; elle est prononcée par le directeur de l'établissement.

► **Textes de référence** Art. L312-1 9° CASF ; D. 312-176-1 à D.312-176-4 CASF / Circulaire DGS/SDIA/2006/47 du 7 février 2006

Les dispositifs d'insertion sociale et professionnelle

Des dispositifs et ressources existent pour favoriser l'insertion sociale et professionnelle des personnes en souffrance psychique ou physique. Les prestations proposées sont fonction du degré d'autonomie et de pathologie des personnes. On distingue des activités de loisirs, culturelles ou sportives et des dispositifs favorisant la mise au travail des personnes.

→ ETABLISSEMENT ET SERVICE D'AIDE PAR LE TRAVAIL (ESAT)

► **Présentation** Les ESAT, anciennement centre d'aide par le travail, sont des organismes médico-sociaux chargés de la mise au travail, des personnes handicapées dans l'impossibilité de travailler dans un autre cadre. Ils s'adressent également aux personnes auxquelles est reconnu un handicap mental. Le statut d'un travailleur handicapé en ESAT est particulier, il n'est pas soumis aux dispositions du code du travail.

► **Prestations** Ils permettent aux personnes handicapées qui n'ont pas acquis suffisamment d'autonomie pour travailler en milieu ordinaire, y compris en entreprise adaptée ou de façon indépendante, d'exercer une activité à caractère professionnel dans un milieu de travail protégé. Ces personnes bénéficient, en fonction de leurs besoins, d'un suivi médico-social et éducatif.

► **Orientation** La demande doit être formulée au moyen d'un formulaire unique de demande, envoyé ou déposé à la maison départementale des personnes handicapées (MDPH*), qui le transmet sans délai à la CDAPH* pour décision et orientation.

► **Textes de référence** Loi du 11 février 2005. - Art. L. 5213-20 du code du travail - art. L. 344-1-1 à L. 344-2-1 du CASF

→ GROUPEMENT D'ENTRAIDE MUTUELLE (GEM)

► **Présentation** Les GEM constituent un outil d'insertion dans la cité, de lutte contre l'isolement et de prévention de l'exclusion sociale de personnes en situation de grande fragilité psychique. Structures associatives souples et innovantes, les GEM sont fondées sur un projet d'entraide mis en œuvre par les usagers eux-mêmes avec le parrainage d'une autre association (de familles, de patients et d'ex-patients, ou œuvrant dans le champ de la santé mentale) ou tout autre organisme reconnu, en capacité d'apporter un appui aux usagers adhérents en particulier dans la gestion de la structure et l'accompagnement de son évolution.

► **Missions** Les GEM sont des lieux conviviaux d'accueil, d'échange, d'écoute et d'activités culturelles et de loisirs sans être des lieux de soins. L'objectif principal est d'aider les personnes à rompre l'isolement par le maintien de liens sociaux. Les animations culturelles voir festives permettent aux personnes d'acquérir une meilleure autonomie favorisant l'accès à la citoyenneté

► **Orientation** Ouverts à tous ceux souffrant de difficultés psychiques stabilisés, personnes elles-mêmes.

► **Textes de référence** Loi n°2005-102 du 11 février 2005 ; Circulaire DGAS/PHAN/3B/2005/418 du 29 août 2005
- Instruction DGAS/3B no 2008-167 du 20 mai 2008 relative aux groupes d'entraide mutuelle pour personnes handicapées psychiques

Aides et ressources relatives au handicap

- **L'Allocation adulte handicapée (AAH)** a pour objet de garantir un revenu minimum aux personnes majeures handicapées sans ressources ou aux faibles ressources pour qu'elles puissent faire face aux dépenses de la vie courante. Son versement est subsidiaire, attribuée à partir d'un certain taux d'incapacité, sous réserve de remplir des conditions de résidence et de nationalité, d'âge et de ressource.
- **La prestation de compensation du handicap (PCH)** est une aide personnalisée destinée à financer les besoins liés à la perte d'autonomie des personnes handicapées. Ces besoins doivent être inscrits dans un plan personnalisé défini par l'équipe pluridisciplinaire de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH), sur la base du projet de vie exprimé par la personne. Il est possible de bénéficier de la prestation de compensation du handicap (PCH) à domicile, ou en établissement. Cette prestation couvre les aides humaines, aides matérielles (aménagement du logement et du véhicule) aides animalières.

Les dispositifs d'animation territoriale et de mise en réseau des partenaires

Pour favoriser la complémentarité des interventions et acteurs, ainsi que leur cohérence, des actions et/ou dispositifs de mise en réseau et de coordination se sont par ailleurs développés.

→ ATELIER SANTÉ-VILLE (ASV)

► **Présentation** Les ateliers ville-santé constituent un cadre opérationnel proposé aux élus pour travailler sur les questions de santé sur leurs communes. Ils ont pour objet de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé et d'améliorer l'accessibilité aux soins et à la prévention par une démarche coordonnée d'acteurs au niveau local. Fin 2003, 80 Ateliers ville-santé fonctionnaient sous l'égide d'élus locaux, souvent maires adjoints à la santé. Le public concerné est à 44% en situation de précarité. La santé mentale est le thème de référence dans 33% des cas, le CLSM peut alors être le dispositif d'animation de la thématique dans le cadre d'une démarche ASV

► **Missions** Les ateliers santé ville permettent de mobiliser et coordonner les acteurs locaux (élus, professionnels, bénévoles et habitants) autour de projets et ou de priorités de santé ; et programmer des actions territorialisées, prioritairement au niveau des quartiers en politique de la ville en prenant en compte les besoins spécifiques des populations

► **Texte** Cet outil a été mis en place à titre expérimental à la fin 2000 au titre de la politique de la ville dans le cadre des contrats passés entre l'Etat et les collectivités territoriales, puis il a été articulé aux Programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes démunies (PRAPS) qu'il a vocation à concrétiser dans les zones urbaines sensibles. Circulaire DIV/DGS du 13 juin 2000 fixe son cahier des charges.

→ CONSEIL LOCAL DE SANTÉ MENTALE (CLSM)

► **Présentation** Les conseils locaux de santé mentale sont des instances de rencontre et de concertation partenariale sur la thématique de la santé mentale entendue comme champ d'action transversal associant les professionnels de la santé, des bailleurs sociaux, acteurs sociaux, usagers en lien étroit avec la collectivité territoriale.

► **Missions** Les objectifs des CLSM sont de définir sur un territoire, les priorités en termes de santé mentale, d'élaborer des projets en réponse aux problématiques locales, et d'organiser la régulation des partenariats jugés nécessaires entre acteurs.

► **Textes de référence** circulaire ministérielle du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de la santé mentale.

→ EQUIPE MOBILE PSYCHIATRIE PRÉCARITÉ (EMPP)

► **Présentation** Les équipes mobiles psychiatrie précarité sont chargées de favoriser l'accès aux soins et la prise en charge des personnes en situation de précarité et d'exclusion souffrant de troubles psychiques. Les EMPP constituent un dispositif complémentaire intersectoriel situé à l'interface du dispositif de soin psychiatrique et du dispositif social afin de mieux appréhender les besoins des personnes non pris en charge et d'envisager l'orientation, les modalités d'accueil et l'aménagement de compétences spécifiques en faveur de ces publics.

► **Missions** les EMPP vont au-devant des personnes en situation de précarité souffrant d'une pathologie psychiatrique ou d'une souffrance psychique quelque soit le lieu où elles sont repérées. Elles soutiennent les intervenants de première ligne, confrontés à des situations de vulnérabilité sociale et psychiques et insuffisamment formés, pour leur permettre de se repérer face aux problèmes concernés, de décoder et analyser les demandes, de mettre en œuvre les premiers stades d'écoute et de soutien.

► **Textes de référence** Circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B n° 2005-521 du 23 novembre 2005. Circulaire no DHOS/O2/DGAS/3SD/DGS/MC4CNSA/2009/97 du 8 avril 2009 relative aux modalités concertées de mise en oeuvre de l'allocation de ressources 2009 dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale

bonnes pratiques

L'amélioration de la prise en charge des personnes en situation de précarité et en souffrance psychique nécessite l'ouverture d'espaces de discussion et de partenariat entre social et psychiatrie, clinique et politique, tant les enjeux multiples invitent à des réponses collectives et concertées.

Se développent sur les territoires, dans cette perspective, des partenariats locaux autour de la précarité et de la santé mentale, conçus comme autant d'opérateurs de décroisement entre professions, institutions et associations. Les modes collaboratifs sont variés, tant dans les statuts qui les fondent, que dans les actions et missions qu'ils proposent de poursuivre. Inscrits dans les textes (Equipes mobile Psychiatrie précarité, Groupement d'entraide mutuelle, Conseils locaux de santé mentale, Ateliers santé ville etc.) ou innovants et expérimentaux, ils associent professionnels de l'action sociale, de la psychiatrie, du médico-social, collectivités, usagers/patients, personne de la société civile ...

Cette seconde partie a pour objectifs de présenter quelques uns de ces partenariats, comme autant de BONNES PRATIQUES à l'œuvre et leviers permettant de favoriser une réponse adaptée aux besoins des personnes en situation de précarité en souffrance psychique. Non évidentes et souvent nées de la ténacité et la bonne volonté de quelques individus, les collaborations se consolident ensuite par la formalisation et la conceptualisation engageant les acteurs et institutions au-delà des individus, mobilisant l'expertise et les compétences de chacun au service de l'amélioration des réponses apportées aux individus.

Issues d'un appel à contribution, elles ont été proposées et rédigées par les acteurs de terrain à l'initiative des dispositifs et/ou qui les animent aujourd'hui. Cette présentation ne vise pas l'exhaustivité, mais propose une amorce de capitalisation des pratiques à l'œuvre localement. Les fiches sont également téléchargeables sur le site de la Fnars, www.fnars.org. Nous invitons tous ceux qui le souhaitent à partager leurs expériences en envoyant à la FNARS une description des dispositifs proposés, nous la diffuserons sur le site !

Si l'ensemble des pratiques présentées poursuit l'amélioration de la prise en charge des personnes en situation de précarité et en souffrance psychique en vue de leur insertion durable dans la cité, les démarches proposées et les angles définis pour ce faire sont variés. Pour les expliciter nous vous proposons de les décliner, autour des pratiques favorisant :

- ▶ L'animation territoriale et les réseaux
- ▶ La parole et la participation des usagers
- ▶ L'accès aux droits et aux soins

bonnes pratiques

→ L'animation territoriale et les réseaux

Les pratiques présentées proposent des espaces de rencontre et de concertation partenariale sur la thématique précarité et santé mentale associant les différents acteurs engagés localement : acteurs de la santé, du social, bailleurs, associations, usagers, collectivités, acteurs de la société civile...

Ces instances, variées dans leur forme, favorisent l'échange et l'analyse, producteurs d'une connaissance mutuelle et d'une culture partagée. Elles proposent par ailleurs l'élaboration et la programmation d'actions à destination des publics, pour améliorer leur prise en charge, ou des professionnels, pour améliorer les collaborations et la cohérence des réponses apportées.

→ La parole et la participation des usagers

Certaines pratiques présentent des espaces d'accueil, d'échange, d'écoute, d'activités culturelles et de loisirs, animés les usagers eux-mêmes, des pairs, acteurs de la société civile et/ou professionnels.

En complémentarité avec les prises en charge médicale et thérapeutique, ces dispositifs participent à l'autonomie des personnes à travers leur participation à toutes les étapes de leur parcours et la valorisation de leurs compétences, capacités et parole. Les approches sont globales et multidimensionnelles associant santé, sociabilité et culture.

→ L'accès aux droits et aux soins

Des pratiques favorisent enfin l'accès aux soins et aux droits des personnes en situation de précarité souffrant de troubles psychiques dans des démarches de collaboratives entre psychiatrie et social.

Les dispositifs décrits proposent une information et un accompagnement juridique adapté pour orienter et accompagner les personnes dans le cadre de leurs démarches administratives et/ou juridiques et venir en soutien à l'orientation des patients sur les dispositifs de droit commun. Elles favorisent l'accès à l'emploi, au logement et au soin par des actions de prévention, d'évaluation et de prise en charge sanitaire et sociale des personnes.

Ateliers santé ville (ASV)

► Présentation

Les ateliers ville-santé constituent un cadre opérationnel proposé aux élus pour travailler sur les questions de santé sur leurs communes. Ils ont pour objet de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé et d'améliorer l'accessibilité aux soins et à la prévention par une démarche coordonnée d'acteurs au niveau local.

► Objectifs

Les ateliers santé ville permettent de :

- mobiliser et coordonner les acteurs locaux (élus, professionnels, bénévoles et habitants) autour de projets et ou de priorités de santé
- programmer des actions territorialisées, prioritairement au niveau des quartiers en politique de la ville en prenant en compte les besoins spécifiques des populations

► Cadre légal

Cet outil a été mis en place à titre expérimental à la fin 2000 au titre de la politique de la ville dans le cadre des contrats passés entre l'État et les collectivités territoriales, puis il a été articulé aux Programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes démunies (PRAPS) qu'il a vocation à concrétiser dans les zones urbaines sensibles. Circulaire DIV/DGS du 13 juin 2000 fixe son cahier des charges.

FOCUS : LA SANTÉ MENTALE DANS L'ATELIER SANTÉVILLE D'AUBERVILLIERS

→ **Naissance de l'initiative** La démarche ASV a été mise en place dans la ville en 2001 sous la coordination Service Communal d'Hygiène et de Santé (SCHS). La santé mentale est apparue comme l'un des besoins prioritaires des acteurs de la santé et du social, avec l'identification tant :

- de la souffrance psychique ou psychosociale importante du public en précarité et ses différentes formes de manifestations (phénomènes d'isolement, comportements à risque, sentiments de désespoir, de dévalorisation ou de culpabilité expliquant en partie de l'absence de demandes d'aide). Certaines populations ont été identifiées comme particulièrement touchées : adolescents en difficulté, personnes isolées avec enfants, personnes âgées personnes handicapées sans soutien social suffisant et enfin populations en situation d'exil, les « sans papiers » se trouvant en extrême difficulté.
- des difficultés des professionnels dans leurs pratiques : absence de vision partagée sur la manière d'appréhender ces phénomènes du fait de représentations de la santé mentale hétérogènes, voire contradictoires, intervention perçue comme très difficile et centrée sur les soins (prescription de médicaments notamment), sentiment d'impuissance et enfin incertitude sur le « qui fait quoi » facilitant l'enclenchement de la « logique de la patate chaude » renvoyant les personnes d'un service à l'autre sans qu'une vraie prise en charge soit mise en place.

→ **Présentation de la démarche** La démarche entreprise à Aubervilliers par le volet santé mentale correspond à trois objectifs de l'ASV :

- L'identification au niveau local de besoins spécifiques des publics en difficulté,
- L'amélioration de la mobilisation et la coordination des différents intervenants à travers un travail en réseau médico-social,
- Le développement de la participation active de la population aux programmes.

Dans une optique de santé publique, ces actions peuvent être définies comme « psychosociales » car elles se placent sur deux champs d'intervention de prévention : des interventions visant à modifier l'environnement en s'attaquant aux facteurs de risque et à développer les facteurs de protection ; d'autres destinées à renforcer la capacité de l'individu à faire face aux difficultés et développer chez lui des facteurs de « robustesse ».

→ Actions menées sur la précarité et santé mentale

Des actions auprès des professionnels

- Des ateliers de pratiques professionnels et des groupes de réflexion sur « Les souffrances psychiques liées aux violences chez les adolescents » auprès des intervenants sanitaires et sociaux présents sur un même territoire (quartier, collège)
- Des Réunions d'Evaluation de Situations d'Adultes en Difficulté (RESAD) fournissant un cadre au travail en réseau des acteurs médicaux et sociaux autour de situations psychosociales complexes



Des actions auprès des habitants

- Un programme de promotion du bien être psychique du jeune enfant (0-3 ans) dans un quartier de la ville avec trois axes d'intervention : des visites à domicile régulières proposées systématiquement lors de la grossesse ; l'amélioration du travail en réseau sur le quartier ; et, enfin, le renforcement des ressources provenant des habitants du quartier et des parents eux-mêmes.

- une action de santé communautaire, ayant débuté par la réalisation d'un diagnostic participatif en santé, a été développée dans un des quartiers les plus défavorisés de la ville. Dans ce cadre, un « Comité de santé du quartier » réunissant les intervenants institutionnels, associatifs et les habitants a été mis en place, afin de favoriser une prise de conscience collective des problèmes de santé auxquels sont confrontés les habitants.

→ **Partenaires** L'ASV porte son soutien au Conseil local de santé mentale. Cette instance politique est copilotée par le Maire de la Ville et le Médecin responsable du secteur psychiatrique.

Principaux partenaires :

Psychiatrie du secteur (Centre Henri Duchêne), Service social municipal, CMPP, PMI, Service municipal petite enfance, Centre de loisirs maternels Anne Sylvestre, Ecole maternelle Anne Sylvestre, Centre municipal de santé, Association solidarité emploi Aubervilliers (ASEA), CAF, Service municipal Vie des quartiers ; Club de prévention ALV ; Office municipal pour la jeunesse OMJA ; Collège Jean Moulin ; CCAS ; Pôle gérontologie ; Réseau Ville Hôpital ; Mission Locale ; Epicerie solidaire Epicéas ; Auberfabrik ; OPHLM ; Médecins libéraux

→ Fonctionnement

- 1 ETP médecin coordinateur (santé publique et psychiatrie)
- Equipe en charge des activités du programme petite enfance : 1 ETP puéricultrice ; 1/2 ETP psychologue
- Equipe en charge des activités du programme santé communautaire : 1/4 ETP chargé de mission

→ **Contact** Coordinateurs : Dr Pilar Arcella-Giroux (ASV/volet santé mentale), Dr Luc Ginot (médecin responsable SCHA) 31-33, rue de la Commune de Paris - 93000 Aubervilliers
Courriel : pilar.giroux@mairie-aubervilliers.fr

→ Pour en savoir plus

Avis du Conseil national des villes du 26 septembre 2007 sur les ASV.

<http://www.ville.gouv.fr/politique-de-la-ville/conseil-national-des-villes-avis>

Fiche d'expérience DIV relative à l'ASV d'Aubervilliers

http://i.ville.gouv.fr/divbib/doc/ASV_aubervilliers.pdf

Conseil local de santé mentale (CLSM)

► Présentation

Les conseils locaux de santé mentale sont des instances de rencontre et de concertation partenariale sur la thématique de la santé mentale entendue comme champ d'action transversal associant les professionnels de la santé, des bailleurs sociaux, acteurs sociaux, usagers en lien étroit avec la collectivité territoriale. Les objectifs des CLSM sont de définir sur un territoire, les priorités en termes de santé mentale, d'élaborer des projets en réponse aux problématiques locales, et d'organiser la régulation des partenariats jugés nécessaires entre acteurs.

► Organisation et impacts des CLSM

Le CLSM n'a pas de structure juridique propre. Il peut être présidé par le maire de la commune ou le responsable du centre hospitalier psychiatrique de référence. Le cadre de fonctionnement de chaque CLSM s'adapte aux particularités locales. Toutefois en règle générale, un CLSM fonctionne avec un comité de pilotage (parfois assorti d'un comité technique), une assemblée plénière et des groupes de travail thématiques ou par projet.

Après sa constitution, le CLSM constitue un « tableau de bord » des besoins à partir d'une observation locale lui permettant de définir ses objectifs et priorités à mener. Variables d'un territoire à l'autre, les priorités concernent l'accès et le maintien dans le logement, l'insertion et la citoyenneté des personnes ayant des troubles psychiques, l'accès aux soins. Elles peuvent mener à la création de dispositifs, au développement de formations croisées, de recherche-actions, campagnes d'information et de communication, projets artistiques, culturels et sportifs, au développement d'outils de partenariat et de réunions de coordination autour de situations individuelles.

► Initiative des CLSM

L'initiative de la création de ses instances est souvent le fruit d'un travail en commun entre municipalité et psychiatrie, en application des recommandations formulées dans le cadre de la politique de santé mentale et de la ville.

► Des éléments favorables à la création des conseils locaux de santé mentale

ont été identifiés par une enquête « Santé mentale en population générale : images et réalités », réalisée sous l'égide du CCOMS : l'investissement de la ville, volontaire, dans une politique de santé et l'existence d'un service technique dédié aux questions de santé de la Ville, le réseau partenarial issu de la présence d'une équipe mobile psychiatrie précarité, l'existence de ressources d'observation de la santé des habitants (partenariats

viles-universités, diagnostic de l'observatoire local ou régional de santé, etc.). L'appartenance de certaines municipalités au Réseau des villes santé de l'OMS et/ou à l'association Élus, santé publique et territoires, est un bon « marqueur » de l'intérêt que les élus locaux portent à la santé, intérêt fréquemment à l'origine de la mise en œuvre d'un conseil local de santé mentale.

► Les CLSM en chiffre

En juin 2010, le CCOSM recense 36 Conseils locaux de santé mentale opérationnels correspondant à 48 villes, 17 Conseils locaux de santé mentale en cours d'élaboration (27 villes) et 15 CLSM en projets (21 villes).



FOCUS : LE CLSM DE NANTERRE

→ **Naissance de l'initiative** Le 12 mai 2009, la ville de Nanterre s'est dotée d'un conseil local en santé mentale, (CLSM), avec l'appui méthodologique du CCOSM santé mentale (Centre Collaborateur de l'OMS santé mentale). Cette création s'est notamment appuyée sur les résultats de l'enquête OMS en Santé Mentale de 2006/2007 qui démontraient une grande fragilité face aux troubles mentaux, des personnes en situation de précarité.

→ **Organisation et fonctionnement** Le Conseil Local en Santé Mentale, co-présidé par le Maire et le service de psychiatrie de l'hôpital Max Fourestier tient une assemblée générale une fois par an et est organisé autour d'un comité de pilotage et de groupes de travail. Le comité de pilotage est chargé de définir les orientations, de faire une synthèse des travaux des groupes de travail, d'évaluer et de valider les projets et de rechercher des financements

→ Actions et projets

Trois thématiques prioritaires ont été retenues pour les groupes de travail

- l'accès aux soins, copiloté avec le CCAS, aura pour mission de mener des actions de sensibilisation sur l'organisation des dispositifs et la prise en charge en santé mentale à destination des professionnels de santé et des travailleurs sociaux,
- l'accès et le maintien dans le logement animé par la Mission Handicap et composé des bailleurs sociaux, de leurs associations supports, du service social logement (intégré à la direction action sociale), du service municipal Habitat, du secteur de la psychiatrie, du Conseil Général, d'Espérance Hauts de Seine, des représentants des usagers,...
- la réhabilitation psychosociale des malades, pilotée par GEM ALLIANCES (association d'usagers), aura pour tâche d'établir un diagnostic sur l'existant et les attentes des usagers en matière d'accès à la culture, aux sports et aux ressources de transports.

FOCUS : LE CLSM DE GRENOBLE

→ **Naissance de l'initiative** Le CLSM a été créé le 29 janvier 2007, avec pour objectifs :

- la réflexion, la connaissance, la concertation et la coopération des acteurs
- l'élaboration des projets ou dispositifs contribuant à une meilleure prise en charge des problèmes de santé mentale au plus près des besoins de la population
- le soutien des initiatives locales, des difficultés et des propositions des acteurs de terrains.

→ **Organisation et fonctionnement** La présidence du CLSM est assurée par le maire ou son représentant. Son fonctionnement est organisé en plusieurs instances :

- **Un comité de pilotage** qui détermine les actions prioritaires, valide les propositions des groupes de travail, participe à la valorisation de chacun des groupes et veille à la démarche évaluative.
- **Un comité technique** désigné par le groupe de pilotage qui rassemble des représentants mandatés par leur institution, prépare les travaux de l'assemblée plénière, organise les groupes de travail et la restitution de leurs travaux.
- **Une assemblée plénière** annuelle rassemblant les différents groupes de travail et l'ensemble des acteurs concernés par la santé mentale sur la cité, elle favorisera les échanges et les discussions sur le travail engagé.
- **Différents groupes de travail**, où sont conviés les acteurs de terrains concernés avec des approches territoriales ou thématiques : groupe de travail d'étude de situation individuelles complexes sans suivi/ groupe de travail sur les indicateurs de santé mentale (avec Lyon, Genève, Villeurbanne et Bourgoin) /Groupe de réflexion, d'échange de pratique et d'action inter associatif/ groupe de projet quartiers/ groupe de recherche sur les hospitalisations d'office

La Coordination est assurée par le Service Promotion de la Santé, Direction Santé Publique et Environnementale, Ville de Grenoble. Une coordinatrice dédiée a été recrutée.

→ Actions menées sur la précarité et santé mentale:

Indicateurs en santé mentale (Réseau Villes Santé OMS Arc alpin)/ Personnes âgées/ Hospitalisations sans consentement/ Soins et logement /Préparation des temps forts (SISM...)/ Etude sur le développement d'indicateurs d'impact du CLSM (Université Lyon 2- CCOSM)

► Contact

Pauline Rhenier : prhenier@epsm-lille-metropole.fr

Centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOSM Lille) Programme d'appui au développement des conseils locaux de santé mentale, Mission d'appui confiée par l'ex-Délégation interministérielle à la ville (aujourd'hui Secrétariat général auprès du comité interministériel des villes) et l'Agence nationale d'égalité des chances et de cohésion sociale (ACSé).

Les réseaux précarité et santé mentale du Nord Pas de Calais

► Naissance de l'initiative

L'an 2000 / Ecriture du PRAPS / Des constats forts !

- La souffrance psychique des personnes en situation de précarité a été retenue comme un des objectifs prioritaires lors de l'élaboration du PRAPS du Nord Pas de Calais en 2000 partant du constat des difficultés tant des professionnels de la psychiatrie que du social dans la prise en charge de la santé mentale des personnes en situation d'exclusion.
- Afin d'améliorer la prise en charge sanitaire et sociale des personnes en situation de précarité et de souffrance psychique, le groupe de travail auquel participait la FNARS a pris l'option de proposer pour la première fois une formation commune sur chaque arrondissement de professionnels du social (10 personnes issues des CCAS, services sociaux du conseil général et centres d'hébergement) et 10 personnes des services de psychiatrie en intra et extra hospitaliers (infirmiers, assistantes sociales, cadres de santé)

Développer une culture commune ? Une formation !

- Un groupe de travail est créé et met en place une formation/action destinée aux professionnels de la psychiatrie et du secteur social des 16 arrondissements de la région avec pour objectifs d'améliorer la connaissance mutuelle des différents acteurs sanitaires et sociaux, d'initier une collaboration qui s'inscrit dans le temps des acteurs sanitaires et sociaux autour de la problématique santé mentale et précarité. La formation action qui a permis de mettre en place les réseaux a été conduite par PRISMA Conseil et formation et animée par Véra Ribaut.

- 2 coordinatrices régionales ont été nommées une du secteur social(FNARS) et une du secteur de la psychiatrie (EPSM de Lille) pour présenter la démarche auprès de chaque directeur de structures et médecin chef de service afin qu'ils engagent leurs services dans la réflexion et que ce ne soit pas uniquement une formation sans suite. A la fin de la formation, les participants de tous les territoires ont demandé à continuer à se rencontrer, d'inviter d'autres organismes et travailler ensemble sur des pratiques de partenariat. L'idée de les faire sous la forme de réseaux locaux précarité santé mentale reliés à une coordination régionale a semblé la plus pertinente et a été validée par le groupe de programmation du PRAPS.

► Présentation de la démarche

Une dynamique régionale en marche : les réseaux locaux

En 2004, 18 réseaux sont créés : un par arrondissement dont 3 à Lille.

Composition des réseaux locaux

Elle est variable selon les activités du réseaux : de 20 à 40 représentants - le secteur de psychiatrie en intra et extra, les services sociaux du département, le CCAS, les structures

d'accueil et d'hébergement, des associations tutélaires, des services pénitentiaires de probation, des bailleurs sociaux, des missions locales, l'alcoologie, des élus locaux, des centres sociaux, les représentants sont des travailleurs sociaux, des infirmiers, des chefs de service, des cadres hospitaliers. Les coordonnateurs santé des programmes territoriaux de santé sont invités à chaque réunion. Des partenaires comme la pédopsychiatrie peuvent être invités selon les thématiques de travail

► Organisation

Chaque réseau a signé une convention constitutive qui reprend l'objet, le territoire, le public concerné, les modalités d'adhésion, les objectifs, le règlement intérieur, l'animation, la participation à la démarche régionale. Une rencontre régionale des réseaux est organisée chaque année pour présenter les travaux des réseaux.

► Actions menées sur la précarité et la santé mentale

Les thématiques abordées

Présentation des structures adhérentes ou nouvelles structures, Présentation de dispositifs (réforme des mesures de protection, modalités d'hospitalisation, le non consentement aux soins, la clinique de la non demande, la rupture de soin), Les situations complexes, Les sortants de prison, Les jeunes adultes, Accès et maintien dans le logement

Production de documents

Dépliants de présentation des réseaux, protocoles entrées sorties d'hospitalisation, création de cellules de crise, protocoles de partenariat social/psychiatrie pour l'accompagnement, modalités de visites à domicile conjointes, relations avec les bailleurs, guide des ressources locales, grille d'évaluation du réseau, protocole des stages croisés

► Fonctionnement

2 coordinatrices régionales des réseaux à mi-temps, une issue du social et une issue de la psychiatrie animent les réseaux : animation des réunions, détermination des objectifs, création d'un répertoire des membres du réseau, contact des partenaires, et présentation des activités des réseaux au comité de pilotage régional.

Un soutien et un financement à conforter et maintenir

La coordination régionale était financée dans le cadre du PRAPS. Aujourd'hui, la mise en place de l'ARS sème le trouble... Les réseaux mis en place sont précieux mais fragiles. Précieux, car ils permettent une rencontre régulière des partenaires sur un territoire et donc un meilleur accompagnement des personnes. Fragiles, car les personnels psychiatriques et les acteurs sociaux sont fréquemment remplacés. Il faut donc souvent recommencer: Un accompagnement souple mais adapté doit être maintenu, faute de quoi le réseau s'étirole et disparaît.

► Contacts

Une vitrine sur Internet : www.rpsm5962.org

Lydie LEROY, coordinatrice régionale versant social, lydie.leroy@fnars.org

Helen BRICE, coordinatrice régionale versant psychiatrie, hbrice@epsm-lille-metropole.fr

Le réseau SAMDARRA

Santé mentale, précarité, demandeurs d'asile et réfugiés en Rhône-Alpes

► Naissance de l'initiative

Le Réseau Samdarra a été créé en Novembre 2007, au sein du Centre Hospitalier Le Vinatier, à Bron dans le Rhône. La mise en place de ce réseau découle d'une dynamique préalablement initiée par une recherche-action menée par l'Orspere-Onsmp (Observatoire Régional sur la Souffrance Psychique en Rapport avec l'Exclusion) concernant la santé mentale des demandeurs d'asile, qui a mis en avant le malaise des professionnels intervenant auprès des demandeurs d'asile et réfugiés dont notamment :

- Un sentiment d'isolement et de souffrance, un manque de lieux et de temps d'échange
- Un désarmement face à la symptomatologie de la souffrance psychique qu'ils doivent accueillir au quotidien (violences, recueil des récits migratoires...)
- Une difficulté à mettre en place des dispositifs locaux de soins susceptibles de prendre en charge les demandeurs d'asile et réfugiés.

Suite à ces constats, le rapport de recherche a préconisé entre autres points, la mise en place d'un réseau régional qui fasse le lien entre les professionnels et bénévoles qui interviennent quotidiennement ou occasionnellement auprès du public issu de la demande d'asile. Participent aux projets du Réseau des soignants, des intervenants sociaux, des juristes, des enseignants, des interprètes, des directeurs de centre d'hébergement, etc.

► Présentation de la démarche

La philosophie du Réseau est de s'inscrire dans une dynamique d'expertise collective où les échanges autour de problématiques partagées permettent d'élaborer des réponses qui favorisent également la construction d'une culture professionnelle commune. L'objectif est de favoriser l'accès aux soins des demandeurs d'asile et assimilés, et plus globalement de contribuer à l'amélioration de la prise en charge de leur santé mentale.

Les missions du Réseau se déclinent selon plusieurs axes :

- la sensibilisation et la formation des intervenants,
- la diffusion de l'information et la communication,
- le soutien aux projets interprofessionnels et transdisciplinaires,
- l'élaboration de « savoirs » à partir de l'observation des pratiques et expériences de terrain (fonction d'observatoire).

Ce réseau de professionnels et bénévoles se développe progressivement en tant que lieu ressource en organisant des espaces d'échange, de travail et de réflexion dans la région. Ainsi, des groupes de travail voient régulièrement le jour au sein du Réseau Samdarra, à partir des sollicitations des professionnels et des bénévoles : il s'agit de réfléchir ensemble à des problématiques définies et d'élaborer des outils communs. Des journées d'études, des formations, des séminaires sont également proposés aux personnes intéressées.

► Actions menées sur la précarité et la santé mentale

Réalisation d'une étude nationale sur la prise en charge de la santé mentale des demandeurs d'asile et réfugiés

Dans le cadre de cette fonction d'observatoire, le Réseau Samdarra réalise une étude nationale visant la construction d'un « État des lieux de la prise en charge de la santé mentale des demandeurs d'asile et réfugiés au sein du Dispositif National d'Accueil ».

A partir d'une méthodologie d'entretiens collectifs interprofessionnels et interinstitutionnels, il s'agit de s'appuyer sur l'expertise des acteurs de terrain pour identifier les facteurs venant freiner ou au contraire faciliter la prise en charge de la santé mentale. Parallèlement, des échanges avec les demandeurs d'asile et réfugiés seront également organisés, afin de leur donner la parole au sujet des expériences qu'ils auront vécues: les modes d'accompagnement et de prise en charge proposés pour soutenir et soulager leur éventuelle souffrance psychique ; les attentes qu'ils auraient pu avoir; les réponses qui leur ont été proposées.

Séminaire clinique sur « la clinique de l'exil »

D'autre part, dans une volonté d'articuler les pratiques et la théorie un séminaire clinique animé par une psychologue psychanalyste est proposé cette année aux soignants de la région. Des cycles de formation sont également organisés pour les professionnels du champ social afin de les sensibiliser aux dimensions psychopathologiques spécifiques à ce public.

Un groupe de travail sur la parentalité dans un contexte d'exil

Le groupe de travail sur la parentalité dans un contexte d'exil a été mis en place en octobre 2008. Il rassemble des travailleurs sociaux, des soignants, des chercheurs, des interprètes et des enseignants confrontés dans leur pratique aux difficultés des parents à maintenir leurs rôles dans l'exil. A chaque séance mensuelle, une thématique est développée. Les difficultés et limites, les ressources et les initiatives locales sont partagées. Deux chercheurs anthropologues spécialisés sur les problématiques migratoires et les relations interculturelles se sont proposés pour superviser cette recherche-action et contribuer à l'élaboration du matériau apporté par les professionnels. A l'issue de ce travail, un colloque sera organisé en fin d'année 2010 à Lyon. Par ailleurs, grâce à un financement de la Fondation de France, un document synthétique reprendra les échanges et réflexions élaborés tout au long de ce travail.

Répertoire Rhône-Alpes du guide du Comede sur la prise en charge des migrants/létrangers en situation précaire

Pour une meilleure lisibilité des ressources et dispositifs régionaux, un annuaire est en cours de rédaction. Il sera intégré au guide pratique du Comede sur la prise en charge psycho-médico-sociale des exilés, édité par l'Institut National de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes).

La rédaction d'une charte éthique

Le Réseau Samdarra s'est attaché à engager, en février 2009, un travail d'élaboration d'une charte qui tente d'amorcer une réflexion et de définir un cadre de principes permettant à chacun d'exercer ses responsabilités et d'arbitrer en cas de décision complexe. Ceci en cohérence avec des principes collectivement énoncés. Ce travail répond notamment à cette nécessité de construire ensemble une culture et des valeurs communes au-delà des particularités propres à chacun des champs professionnels constituant le Réseau. Ce travail d'une année a donné lieu à une journée de restitution et à l'élaboration d'un document de synthèse.

► **Fonctionnement**

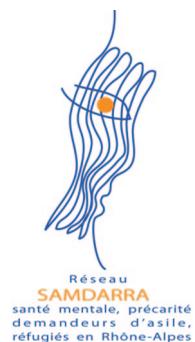
Une coordinatrice, Gwen Le Goff

► **Financement**

Le Réseau Samdarra a été financé dans un premier temps par la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales Rhône-Alpes (DRASS). Il bénéficie aujourd'hui d'un financement pérenne de l'Agence Régionale de la Santé (ARS).

► **Contact**

reseau.samdarra@ch-le-vinatier.fr



Radio citron « la radio qui n'a pas peur des pépins »

► Naissance de l'initiative

L'initiative du projet s'inscrit dans les finalités et les valeurs de l'association ELAN. Elle est née du besoin du Service d'Accompagnement à la Vie Sociale de permettre à ses usagers d'être à chaque fois que c'est possible en contact avec leur environnement social, rompre l'isolement dans lequel ils se trouvent. La rencontre des personnes en souffrance psychique et le monde ordinaire est souvent difficile. La représentation sociale de la folie est marquée par des préjugés et peurs qui ne facilitent pas la communication. A l'inverse les personnes en souffrance ont des difficultés pour entrer en contact avec les autres, vivant leur maladie comme une « tare ».

Peut-on en même temps être malade, différent et avoir le sentiment de faire partie intégrante de la société ? Cette question est au cœur de notre pratique : construire ce lien manquant entre les deux aspects de la personne handicapée psychique, en l'aidant à pouvoir être différent de l'entourage tout en étant intégrée dans la cité. La radio constitue un média approprié pour développer ce lien car il favorise la rencontre de l'autre, quel qu'il soit.

Radio citron s'est inspiré de « La Colifata », une émission animée depuis 15 ans par des patients de l'hôpital psychiatrique de Buenos Aires, qui jouit d'une notoriété très forte dans le pays et à l'origine de différents projets en Europe: en Italie, en Espagne, en Angleterre, et en France à Roubaix et Toulouse. Son fondateur et animateur principal, Alfredo Olivera, transmet son expérience au-delà des frontières de l'Argentine. L'équipe l'a rencontré lors de ses passages à Paris et a suivi une formation sur les processus en cours lors d'une création de ce type.

► Présentation de la démarche

Pourquoi une émission radio ?

La constitution d'une émission de radio crée un espace de parole, favorisant le lien entre ceux qui font la radio et ceux qui l'écoutent. La radio ouvre une nouvelle médiation, permettant de :

- Faciliter les passerelles entre patients-usagers et le monde ordinaire ;
- Changer l'image que l'opinion publique a des personnes souffrant de troubles psychiques et à l'inverse aider les usagers à revaloriser l'image qu'ils ont d'eux-mêmes
- Partager la « différence » à travers ce que les personnes atteintes de troubles psychiques ont à nous dire ;
- Légitimer la place des personnes souffrant de troubles psychiques dans l'espace collectif qu'est la cité. Ne pas réduire les personnes à leur seul trouble psychique.

Cet espace de parole et d'échange que fournit la radio constitue un levier pour rejoindre les autres, la communauté des pairs et favoriser l'être ensemble, dans une relation de reconnaissance mutuelle. Les usagers ont des capacités intellectuelles et émotionnelles, une culture de l'actualité, un esprit critique des événements et des comportements sociaux pour soutenir un projet de ce type, qu'un accompagnement par l'équipe permet de valoriser et révéler.

► Actions menées sur la précarité et santé mentale

L'émission, elle comprend :

- des rubriques de chaque service, préparées lors d'ateliers radio, qui ont lieu toutes les semaines pour chaque service. Les rubriques se composent de textes poétiques, drôles, informatifs, écrits par les patients usagers, de témoignages de vie, de billets d'humeur, de musique, d'évocations littéraires, de micros-trottoirs, de débats philosophiques...
- un direct avec les débats qui ont lieu sur des sujets divers.

Montage et diffusion

- Tous les mois, le samedi, l'équipe enregistre 2 à 3 heures d'émission. L'organisation de l'enregistrement, ouvert au public est agencée par un tableau de programmation, où chacun peut inscrire sa chronique au début de l'émission. Ensuite pour la diffusion sur internet, l'émission est montée pour permettre une meilleure écoute, tous les thèmes traités sont maintenus.
- Une grande exigence est portée à l'esthétique de l'émission et à sa qualité d'écoute. Le ton qui est donné, le rythme des rubriques, tous les ingrédients utiles à une radio vivante et innovante sont assurés par les animateurs de chaque équipe de l'Elan, et l'ingénieur du son.
- Pour maintenir l'éthique de l'émission, il a semblé nécessaire que ce soit les équipes travaillant habituellement avec cette population qui s'occupe de l'animation de cette émission.

► Fonctionnement

Une équipe de soignants des différents services de l'association Elan participant à cette radio. Cette équipe de psychiatres, de psychologues, d'animateurs encadre cette activité qui fait partie intégrante des différentes activités réalisées au sein de l'Institution. Nous faisons appel à l'extérieur pour un ingénieur du son qui nous apprend l'aspect plus technique de ce média et surtout le montage.

Le matériel est financé par des entreprises à la suite de la présentation de dossier de mécénat. L'ingénieur du son et l'animateur radio sont financés par des subventions de la Mairie de Paris qui soutient dans le projet.

► Contact

www.radiocitron.com

Colette LAURY, 01 47 70 85 23



Santé mentale, socialité et culture : les dispositifs d'ASAIS

► Naissance de l'initiative et présentation de la démarche

Depuis 1982, ASAIS (Association d'Aide à l'insertion Sociale) est fortement impliquée dans l'accueil, le soutien et l'accompagnement des personnes en situation de précarité, d'isolement et de souffrance psychique. L'association a développé son projet dans une logique multidimensionnelle en associant la santé, la socialité et à la culture dans un abord global coordonné inscrit dans la durée.

La réflexion menée par des professionnels volontaires du monde médico-social en particulier, a conduit :

- en 1988 à l'ouverture du Bistrot, lieu d'accueil et de vie associative, répondant à la question de l'isolement.
- en 1994, à la création d'Artisse, espace d'ateliers, de créations et de productions artistiques : théâtre, musique, danse, écriture, arts plastiques...
- en 1995, ASAIS a pu ouvrir la Résidence Maucoudinat dans le même quartier central de Bordeaux, structure d'hébergement temporaire permettant à des personnes en difficulté de commencer à concrétiser un projet de vie stable.

► Les actions menées sur la précarité et la santé mentale

Le Bistrot Associatif

Au numéro 6 de la rue Ausone, dans le quartier Saint-Pierre, à Bordeaux, le Bistrot associatif est ouvert à tous et l'on fait bien plus « qu'y boire un coup » : On vient se remettre de ceux que l'on a encaissés. Le Bistrot, est une structure alternative de prise en charge et d'accompagnement basé sur la mixité sociale. S'y retrouvent toute personnes, voisins, étudiants, salariés et notamment celles qui sont « en rupture » : personnes en situation de handicap psychique, personnes « seniors » en situation d'isolement, migrants âgés, personnes fragilisées en rupture d'insertion, etc.

L'association propose aux personnes un accompagnement discret mais disponible leur permettant de se rassurer sur leurs capacités à prendre des responsabilités et à exprimer des compétences. Animé par une équipe professionnelle pluridisciplinaire (travailleurs sociaux, animateurs, bénévoles ...) et par les usagers eux-mêmes, cet espace « neutre » permet d'accueillir une population non captée par les dispositifs traditionnels et de favoriser un repérage précoce des manifestations de souffrance psychique. Articulé avec les dispositifs existants, des réponses adaptées peuvent être rapidement déployées (orientation, soutien et apaisement) dans les différentes phases par lesquelles passent les personnes en

situation d'isolement. Espace d'étayage, le Bistrot vise à favoriser une première accroche vers une démarche de soin.

Dans un souci de non-stigmatisation, l'accueil n'est pas formalisé de prime abord: la maladie mentale, l'exclusion ou la précarité n'y sont pas des repères d'identité. Les relations soignant soigné n'y ont pas cours. Il s'agit de laisser composer et développer une série de liens qui ne se fondent que sur des affinités électives. La position de l'équipe permanente s'appuie sur le partage et la non connaissance de l'intimité de l'autre, le respect des capacités et limites de la personne, de ses goûts, la reconstruction de ses incomplétudes narcissiques. Rien n'y est prescrit. L'objectif est de laisser se développer la capacité à désirer et à entreprendre.

Ce travail prend corps dans une dynamique collective ancrée dans la vie associative. L'utilisation du travail en groupe réintroduit l'usager et le valorise comme sujet en capacité d'apporter quelque chose aux autres, de participer à une production collective. Pour lui, parler, s'exprimer, se décentrer de ses symptômes, sont les moyens de s'éloigner de sa seule position de consommateur, d'exclu, d'assisté, d'handicapé, ... Négocier, décider et agir sont les facteurs d'une possible reconstruction identitaire, qui peut alors s'inscrire dans une réalité partagée et le respect des règles de base de la vie en collectivité.

Les projets développés articulent différentes actions dans une perspective de la santé et de la citoyenneté à la fois positive (bien-être et pas seulement absence de maladie ; acteur et pas uniquement exclu) et globale (incluant les conditions préalables telles que l'habitat, l'insertion économique, la responsabilisation, etc.), visant l'autonomie de l'individu et sa participation à toutes les étapes de l'action, en valorisant ses compétences et capacités. Type d'actions : soirée débat autour de thématiques proches de la préoccupation des bénéficiaires, Formation PSC I (Prévention et secours civiques) pour les personnes sans-domiciles...

Le Théâtre Artisse

La salle Artisse est un théâtre d'une capacité de cinquante places. L'association y propose des ateliers, des stages de création et des résidences d'artistes. Les ateliers et stages sont encadrés par intervenants artistiques professionnels. Par leurs exigences, de régularité, de ponctualité mais aussi d'implication et d'engagement non seulement vis à vis d'un groupe mais aussi vis à vis d'une discipline et d'un projet, ils proposent un cadre structuré et étayant et contribuent à (re)nouer avec les exigences d'une vie sociale. L'ensemble de ces créations donne lieu à une présentation publique.

Les projets avec les compagnies accueillies sont formalisés par des conventions de partenariats. Les usagers participent aux différentes étapes de ceux-ci : rencontres préalables avec les compagnies, présentation de l'association, organisation des rencontres avec le public (représentations didactiques, débats, ... etc.), bilans.

La Résidence Maucoudinat

En 1995, ASAIS a pu ouvrir la Résidence Maucoudinat dans le même quartier central de Bordeaux. Conventionnée dans le cadre de l'Allocation Logement Temporaire (ALT), la Résidence s'adresse plus particulièrement aux personnes ne pouvant d'emblée accéder en raison de leurs difficultés à un logement autonome : personnes adultes isolées en situation de souffrance psychologiques et confrontées à des difficultés sociales, pouvant aussi présenter des pathologies psychiatriques : troubles anxio-dépressifs, addictions, pathologies chroniques.

Plus que la pathologie, la situation sociale ou l'état psychologique en eux-mêmes, c'est la capacité de la personne à investir un projet personnel, dans un cadre de vie en partie autonome et en partie collective qui est recherchée : La Résidence doit permettre à la personne de s'interroger sur sa situation présente, son parcours réalisé et ses désirs et projets pour son futur.

Avec des séjours de durée variable (six mois, renouvelable une fois), La Résidence est un lieu permettant le réapprentissage de la vie quotidienne et la responsabilisation dans un projet de groupe étayant. Il s'agit donc de mener conjointement avec la personne et le groupe des résidents un travail de reconquête d'autonomie et de réflexion visant au mieux-être via entre autre, un travail sur la santé au sens de l'OMS : bien être physique, mental et social. Au-delà de la réponse aux besoins d'hébergement des personnes, ce projet vise à l'amélioration de leur situation médico-psycho-sociale et leur accès à un logement durable. Cet objectif requiert tant la participation active du résident que la collaboration des différents intervenants médicaux et sociaux dans le cadre du projet d'accompagnement personnalisé et concerté.

► Fonctionnement

Equipe Un coordinateur, une éducatrice spécialisée, une assistante de service sociale, un animateur, une médiatrice culturelle, quatre intermittents du spectacle, deux agents de service, une secrétaire comptable, vacations de médecin psychiatre (EMPP)

Partenaires Avec le soutien des services de l'Etat : DGCS - DRAC Aquitaine - Politique de la Ville, CPAM Gironde, Conseil Régional d'Aquitaine, Conseil Général de la Gironde, Ville de Bordeaux, Ville de Talence, Caisse des dépôts et consignations, Fondation de France Centre Hospitalier Charles Perrens, Centre Hospitalier Cadillac, Caio,...

► Contact

6 rue ausone 33000 Bordeaux

09.54.22.26.68

asais.icare@free.fr

<http://www.asais-icare.org>

La maison des usagers du centre hospitalier Sainte-Anne

► Naissance de l'initiative

Créée en 2003 à l'initiative du Conseil d'administration du Centre hospitalier Ste-Anne, la Maison des usagers fait suite à la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, qui met notamment l'accent sur les droits et devoirs des usagers (dont le droit à l'information sur sa santé), ainsi que sur la participation des associations au fonctionnement du système de santé.

Il s'agit de l'un des premiers dispositifs de participation des usagers au système de santé à avoir été créé au niveau national, et le premier dans le champ de la santé mentale. Cet exemple a servi de base à la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) pour l'élaboration de la circulaire du 28 décembre 2006 relative à la mise en place de maisons des usagers au sein des établissements de santé.

► Présentation de la démarche

La Maison des usagers est un lieu d'accueil, d'information santé, d'entraide et de soutien entre pairs. Les bénévoles (entourage ou personne directement concernée par une pathologie) accueillent toute personne (patient, proche ou professionnel) qui souhaite être informée sur une question de santé.

Les permanences de la Maison des usagers offrent un accueil complémentaire à la prise en charge médicale et thérapeutique. Les associations apportent une écoute ainsi qu'une information qui s'appuie sur l'expérience vécue des bénévoles en tant que patient ou proche. Une coordinatrice salariée du centre hospitalier assure également des permanences d'accueil et se charge de l'organisation de temps d'échanges inter-associatifs. Enfin, une riche documentation est à la disposition du public (brochures, livres, borne internet).

La Maison des usagers offre aux personnes hospitalisées ou suivies en ambulatoire par les services de soins et à leurs proches un espace neutre, qui constitue un trait d'union entre eux et les professionnels de santé.

► Actions menées sur la précarité et la santé mentale

Les bénévoles des associations d'usagers sont sollicités par les patients et leurs proches tout au long du parcours de soin :

→ **en amont d'une prise en charge**, pour soutenir les usagers dans la démarche de soin qu'ils souhaitent entreprendre et leur procurer **des informations** concernant les thérapies. En faisant part de leur expérience personnelle des soins, les bénévoles apportent **un soutien** et rassurent les visiteurs qui s'interrogent sur l'accompagnement dont ils pourraient bénéficier.

→ **au cours d'une prise en charge** qu'elle soit en ambulatoire ou hospitalière ; les usagers recherchent auprès des bénévoles **une écoute** et **une information** sur les troubles psychiques/neurologiques, les traitements, ou encore le droit des patients. Les usagers s'entretiennent avec les bénévoles sur des sujets qu'ils n'osent ou ne peuvent aborder avec l'équipe soignante. Le rôle des bénévoles est alors de répondre à la demande d'information et d'écoute, mais également d'inciter l'usager à évoquer ces questions avec les professionnels qui l'accompagnent, en particulier celles sur l'observance du traitement.

→ enfin **pour préparer une sortie d'hospitalisation**, les usagers recherchent un appui auprès des associations d'usagers pour consolider les acquis d'une hospitalisation et éviter de tomber dans toute forme d'isolement. Dans ce cadre les bénévoles orientent vers les groupes de paroles ou vers des Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM).

→ Enfin, les bénévoles participent régulièrement à des actions de **sensibilisation** sur des thématiques de santé mentale et santé de manière plus large (Journée Mondiale contre le Sida, Semaine de la santé mentale, Journée européenne de la dépression...).

► Fonctionnement

Ouverture

Les permanences sont assurées les lundis, mardis et jeudis de 12h30 à 17h et les mercredis de 11h à 17h, au sein du Centre hospitalier Ste-Anne au Centre de vie.

Equipe

la Maison des usagers est animée par une cinquantaine de bénévoles issus de 14 associations d'usagers et une coordinatrice.

Financement

Le local de la MDU, les frais de fonctionnement et le salaire de la coordinatrice (75% ETP) sont financés par l'hôpital. Les permanences sont assurées à titre bénévole.

Partenaires

- des partenariats sont mis en place entre la Maison des usagers et les services de soin du Centre hospitalier. Ainsi l'association France AVC assure-t-elle des permanences dans un service de rééducation fonctionnelle afin d'être au plus près des patients qui auraient besoin d'information et de soutien.
- Un partenariat s'est également instauré avec une unité d'alcoologie dans laquelle les associations Vie Libre et Alcoologiques Anonymes vont à la rencontre des patients qui le souhaitent.
- La Maison des usagers entretient depuis 2003 un partenariat privilégié avec la Cité de la santé (Cité des sciences et de l'industrie) qui se traduit par de nombreuses actions de sensibilisation sur la santé mentale. Elle a également développé des partenariats avec des dispositifs tels que les Conseils locaux de santé mentale et les Ateliers SantéVille de divers arrondissements de Paris.

► Pour aller plus loin

- La mise en place d'une Maison des usagers Ghadi V., Caria A. et Wils J. Gestions hospitalières, n°494, mars 2010, pp 152-155.
- Les associations de patients à l'hôpital. La maison des usagers du centre hospitalier Sainte-Anne Caria A., Mierzejewski C., Finkelstein C. et al. Gestions hospitalières, juin-juillet 2007, 187-191
- Quelle place pour les associations de patients ? Un exemple à la Maison des usagers du centre hospitalier Sainte-Anne Caria A. et Mierzejewski C.. Revue Santé de l'homme n° 381 - Janvier-février 2006

► Contact

Centre Hospitalier Sainte-Anne
1, rue Cabanis - 75674 Paris Cedex 14
01 45 65 74 79

maison-des-usagers@ch-sainte-anne.fr

Informations complémentaires

et liste des associations disponibles : www.ch-sainte-anne.fr



Groupement d'entraide mutuel (GEM)

► Présentation

Les GEM constituent un outil d'insertion dans la cité, de lutte contre l'isolement et de prévention de l'exclusion sociale de personnes en situation de grande fragilité psychique. Structures associatives souples et innovantes, les GEM sont fondées sur un projet d'entraide mis en œuvre par les usagers eux-mêmes avec le parrainage d'une autre association (de familles, de patients et d'ex-patients, ou œuvrant dans le champ de la santé mentale) ou tout autre organisme reconnu, en capacité d'apporter un appui aux usagers adhérents en particulier dans la gestion de la structure et l'accompagnement de son évolution.

► Objectifs

Les GEM sont un lieu convivial d'accueil, d'échange, d'écoute et d'activités culturelles et de loisirs sans être des lieux de soins. L'objectif principal est d'aider les personnes à rompre l'isolement par le maintien de liens sociaux. Les animations culturelles voir festives permettent aux personnes d'acquérir une meilleure autonomie leur permettant de mieux accéder à la citoyenneté

► Fonctionnement et organisation

La circulaire du 29 août 2005 signale, à titre indicatif et dans l'attente d'une meilleure connaissance des coûts réels de fonctionnement de structures encore récentes, que le montant de l'aide apportée par l'Etat, sous forme de subvention, peut atteindre en moyenne 75 000 € en année pleine par groupe d'entraide. Ce montant ne constitue pas un minimum de subvention garanti à chaque GEM, l'enveloppe étant déterminée par l'étude des besoins et les réponses proposées en termes d'animation (nombre d'animateurs), de conditions d'accueil (qualité, emplacement et superficie des locaux), voire d'organisation sur un territoire (par exemple un GEM « centre » complété par une ou deux antennes de proximité). Sont pris en compte également les cofinancements éventuels, ainsi que les moyens humains ou logistiques apportés dans le cadre des partenariats noués. La file active de ces GEM se situe entre quarante et cinquante personnes

Depuis 2005, plus de 300 GEM ont été créés. Ils ont été promus principalement par les associations, sous l'impulsion notamment de la fédération d'aide à la santé mentale Croix-Marine, la FNAP-PSY et l'UNAFAM.

► Cadre légal

Les GEM (groupe d'entraide mutuelle) ont été créés par la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances des personnes handicapées, la circulaire DGAS /3B N° 2005-418 du 29 août 2005 définit leurs modalités de fonctionnement et de financement

FOCUS : L'ESPACE CONVIVAL CITOYEN DE ROUEN, ADVOCACY

→ Naissance de l'initiative

• L'Espace Convivial Citoyen (ECC) de Rouen a ouvert ses portes en avril 2007 parrainé par l'association Advocacy France, devenant ainsi une délégation régionale. Le lieu s'est créé grâce à l'association de l'AFTOC, France dépression et Le Nouveau Monde, et la loi de 2005 qui prévoit le financement des GEM.

→ Présentation du GEM

• L'ECC de Rouen est à l'image des autres groupes d'entraide mutuelle (GEM): un lieu de rencontre, d'échange, d'entraide, de promotion et d'activités à destination des usagers de la santé mentale isolés et/ou handicapés, dans le but de lutter contre l'isolement et de reprendre du pouvoir sur leur vie. Situé en centre ville, le lieu est ouvert sur la cité et pleinement intégré aux activités de la ville et à la vie associative locale (nombreux partenariats).

→ Fonctionnement et activités

- Autogéré et animé par les adhérents eux-mêmes, le lieu a pour objectif de renforcer les liens de solidarité entre les adhérents afin qu'ils puissent remplacer les logiques d'assistance.
- Les adhérents sont soutenus dans ce projet par une ou deux animatrices qui se positionne(nt) comme soutien à la mise en place des projets, envies et besoins des adhérents en matière d'activités et d'actions.
- L'ECC de Rouen est ouvert du lundi au vendredi de 10 heures à 18 heures avec des permanences les weekends assurées par les adhérents. Les semaines sont organisées chaque lundi à 14 heures lors d'une réunion où les adhérents mettent en place le planning. Cette réunion est un moment de dialogue, d'information, et d'échange.
- Ses activités sont variées et répondent au mieux aux attentes des adhérents: le chant, l'anglais, l'art plastique, la cuisine, le bricolage, l'écriture, l'informatique, le jardin potager, la gym, les jeux, les séjours vacances, les balades et visites culturelles, les rencontres entre GEM.

→ Advocacy Rouen Haute Normandie

est une association d'usagers, qui administre l'ECC. Le conseil d'administration de l'association Advocacy Rouen Haute-Normandie est composé dans sa quasi-totalité par les membres actifs qui s'investissent ainsi totalement dans sa gestion.

FOCUS : GEM LE CLUB, ŒUVRE FALRET

→ Présentation du GEM

• GEM LE CLUB est un lieu d'accueil, de socialisation et de loisirs pour les adultes en situation de fragilité psychique. C'est aussi depuis trois ans une association d'adhérents où chacun peut apporter et partager ses compétences et ses qualités. Le GEM se revendique différent d'un lieu de soins et donc complémentaire aux structures médicales. Son but est l'entraide et l'autonomie. Les adhérents viennent rompre l'isolement, avec l'appui d'une animatrice, de bénévoles et de stagiaires.

→ Fonctionnement et activités

• Les adhérents sont de plus en plus acteurs dans l'organisation et le fonctionnement du club. Ainsi ils peuvent ouvrir seuls le club en l'absence de l'animatrice pour ce que nous appelons les journées autogérées. Le nombre de ces journées a augmenté cette année grâce à des adhérents particulièrement investis dans le fonctionnement du GEM. Adhérents, équipe et bénévoles organisent ensemble des activités de toutes sortes (chant, arts plastiques, peinture, sport, bowling, sorties, théâtre, restaurants, pause café...). Le but est que les adhérents se sentent à l'aise, participent à l'organisation et prennent progressivement des responsabilités, chacun selon ses possibilités.

→ Contact

9 Rue Etienne Marcel 92250 La Garenne Colombes,
Tél. : 01 57 67 77 70
e mail : gemleclub@hotmail.fr

FOCUS : LA PORTE OUVERTE, GEM DE CLICHY LEVALLOIS, UNAFAM

→ Naissance de l'initiative

• Le GEM a ouvert ses portes en décembre 2006, créé à l'initiative de quelques parents d'adultes souffrant de troubles psychiques et membres de l'UNAFAM. L'appui du « Parrain », l'association Espérance Hauts de Seine, ayant déjà l'expérience de deux GEM, fut déterminante pour une mise en œuvre très rapide du GEM. La reconnaissance immédiate du projet par la municipalité de Levallois a permis de bénéficier aussitôt de locaux, certes partagés, d'abord une après-midi puis en moins d'un an trois fois par semaine dont le dimanche. Ce dernier point était une demande très précise des équipes soignantes conscientes de la fermeture de leurs structures les fins de semaine.

→ Présentation du GEM : fonctionnement et activités

• Simultanément furent développées des **activités diverses** (Visites, sport, photos, etc) hors du local tous les autres jours sauf le lundi. Les adhérents ont donc des possibilités d'activités 6 jours sur 7. Toutes les activités au local et hors du local sont choisies par les adhérents lors de réunions régulières de programmation.

• **L'effectif** est d'une bonne cinquantaine de personnes dont la moitié est très fidèles et l'autre moitié est soit moins fidèles soit l'objet d'un certain renouvellement.

Avec le recul, force est de constater le changement de comportement d'un grand nombre d'adhérents retissant des liens entre eux, prenant des initiatives qu'ils ne pouvaient plus prendre lors de leur arrivée. Les actes concrets d'entraide justifient bien l'appellation de groupe d'entraide mutuelle et ceci en dehors de la sphère médicale mais en complémentarité avec elle.

Actuellement la difficulté rencontrée est d'arriver à faire prendre de plus en plus de responsabilité dans le fonctionnement de l'association par les adhérents bénéficiaires. Indiscutablement, le GEM a répondu à un besoin. Les adhérents envoyés par les équipes soignantes le démontrent.

→ Contact

<http://lp092.blogspot.com/> gem.laporteeouverte@voila.fr

Les Z'entonnoirs, une émission radiophonique communautaire

L'association Autres-M-Ondes réalise depuis 2004 des radios éphémères (Radio Esperanzah, Radioxfam,...) et des ateliers radiophoniques. Elle a ainsi travaillé en milieu psychiatrique et pénitentiaire, mais aussi en secteur jeunesse et socio-éducatif.

► Naissance de l'initiative

Le projet s'est largement inspiré de l'expérience de l'hôpital psychiatrique Borda (Buenos Aires, Argentine), qui fut la première expérience du genre dans le monde. En effet, depuis 1992, les patient-e-s de cet hôpital diffusent leurs paroles via les ondes sur « Radio La Colifata » (la « folle dingue » en argot argentin), installée en plein cœur de l'hôpital.

2004

Lors d'un festival, Extramundi, à Roubaix une radio éphémère est mise en place par l'association Autres-M-Ondes. Au mois d'août 2004, et afin de construire une "utopie" radiophonique, l'équipe d'Autres-M-Ondes propose à la Condition Publique (structure organisatrice du festival), de réaliser des émissions en milieu psychiatrique. Contact est pris avec le Centre Médico-psychologique de Roubaix centre, intéressée par le projet. Les premiers enregistrements ont été effectués dans le cadre du club thérapeutique. Les patient-e-s demandent très vite la continuation du projet. Cinq partenaires l'établissement Public de Santé Mentale de Lille (EPSM), la Condition Publique, Archipel, Radio Boomerang et Autres-M-Ondes) se réunissent pour réfléchir à la mise en marche d'un atelier radiophonique visant à construire une émission radio pérenne.

2005

La création d'un atelier radiophonique est validée par l'hôpital. Le projet ne débutant avec aucun budget (sauf le temps infirmier accordé par l'hôpital), et afin de pouvoir démarrer l'atelier au plus vite, l'association Autres-M-Ondes et la Condition Publique organisent des sessions d'apprentissage de l'outil radiophonique. La formation a pour but l'autonomie complète de cet atelier. Il s'agit de donner aux patients et aux soignants les outils nécessaires à la réalisation rédactionnelle et technique d'émissions radiophoniques hebdomadaires. Ces ateliers ont rencontré un succès immédiat tant du point de vue des patients que des soignants même s'il est très vite apparu à cette époque que le projet ne pourrait se passer d'un intervenant extérieur qui apporterait son aide à la préparation des émissions.

► Présentation de la démarche

Cette étroite collaboration aboutit à une rapide attribution de subvention nécessaire au démarrage du projet (financement de l'intervenant d'Autres-M-Ondes, achat de matériel...). Autres-M-Ondes assure la finalisation de l'apprentissage et de la familiarisation avec l'outil radiophonique. Elle assure également un accompagnement rédactionnel et technique des émissions. De plus, elle réalise le montage et la réalisation de la post-production des émissions. A partir du dernier trimestre 2005, l'atelier radiophonique des Z'entonnoirs accueille les animateurs et animatrices tous les lundis.

Objectifs

• Une expression

Pour Autres-M-Ondes, il s'agit de la base de ce projet. Il illustre avant tout le droit à la parole de ces "oubliés" médiatiques, loin des clichés et raccourcis trop souvent vus ou entendus sur le secteur psychiatrique. A travers la radio, les patient-e-s discutent, exposent, débattent, interrogent, sans intermédiaire, librement sur les ondes. La radio sert alors de vecteur pour un dialogue avec les « autres », les "normaux".

→ **Une expression vers les autres** : si l'émission était simplement diffusée dans l'intra hospitalier, elle n'aurait peut-être pas la même valeur. En effet, le principe de diffusion vers un public le plus large possible permet aux auteurs de l'émission de sortir un tant soit peu du circuit psychiatrique, et par là même de se sentir écoutés.

→ **Une expression pour les autres** : La possibilité qui leur est offerte de pouvoir partager, s'exprimer sur de nombreux sujets dont celui de la santé mentale, permet aussi de dé-stigmatiser les « fous » ou autres « dingos ».

→ **Un travail collectif** : la dynamique de groupe, bien que très précaire au vu des différences de chacun-e et des difficultés des uns envers les autres, reste un point essentiel. Elle renforce l'idée d'acceptation d'autrui quand on a souvent du mal à s'accepter soi-même.

• Un soin

L'association Autres-M-Ondes n'étant pas experte en la matière, cet aspect est laissé à la compétence du personnel soignant. Différents points ont pu cependant être relevés :

→ **La prise de parole donne une responsabilité** aux animateurs, devant un micro, avec la prise de conscience que constitue la gestion d'une émission qui sera entendue.

→ **les relations entre les patients et les soignants** vont au-delà de celles du cadre « normal » des soins. D'un côté, les patients ont besoin de la présence des soignants, elle les rassure. D'un autre côté, le fait que les soignants participent activement à la prise de parole, met les participant-e-s en situation de « semi égalité ». Dans les moments d'enregistrement, la maladie ne semble plus constituer de barrière.

→ **la reprise de confiance en soi** que procure l'expression radiophonique dans ces cas, peut leur apporter des outils nécessaires dans la recherche d'une activité professionnelle.

► Fonctionnement

• Moyens financiers

Différentes subventions ont été allouées au projet des Z'entonnoirs dès 2005 par l'Association Archipel (association intra-hospitalière), le Fonds de Participation des Habitants de la ville de Roubaix, le prix Balthazar (interne à l'hôpital, qui récompense des projets au sein de l'EPSM), la fondation Solidarité (mécénat du groupe Pinault Printemps Redoute : «promouvoir, soutenir et accompagner des actions d'intérêt général et d'utilité sociale, notamment dans les domaines de l'éducation et de la cohésion sociale »), la DRAC-ARH : financement substantiel dans le cadre de la politique « culture à l'hôpital ».

• Moyens techniques

Très vite dans la construction du projet, il est apparu fondamental que l'atelier dispose de moyens techniques autonomes afin de pouvoir réaliser l'enregistrement des émissions. L'association Archipel a pu dégager une dotation pour acheter une table de mixage, des micros et un ordinateur, matériel nécessaire à la réalisation technique des émissions. La diffusion des émissions est assurée par une radio associative locale : Radio Boomerang. Depuis 2008, grâce au réseau avec lequel travaille Autres-M-Ondes, d'autres radios diffusent l'émission, telle Radio Campus à Lille. Chaque année, l'association Archipel a alloué une dotation au projet des Z'entonnoirs. Autres-M-Ondes a également assuré la mise en ligne des émissions sur le site internet : les-z-entonnoirs.bonnes-ondes.fr

• Moyens humains

→ **Le personnel soignant** : depuis le départ, l'hôpital a mis à disposition un certain nombre d'heures de détachement sur l'atelier. Ce qui a permis aux infirmier-e-s de se former aux outils radiophoniques mais aussi d'accompagner les patient-e-s dès le démarrage de l'atelier.

→ **Un intervenant professionnel extérieur** : l'intervenant d'Autres(M)Ondes, est intervenu chaque semaine dans la réalisation de l'atelier. Il a accompagné les patient-e-s dans la préparation de l'émission et les choix rédactionnels. Il a également mixé et réalisé les différentes émissions.

→ **La mise à disposition de compétences et de réseau** dans la recherche de subvention par le partenaire Condition Publique.

Suite à un changement dans la gestion du projet des Z'entonnoirs, touchant aux valeurs fondamentales de l'atelier, Autres-M-Ondes n'a pas souhaité continuer l'aventure. Le projet tel que décrit ci-dessus est donc celui que nous avons mis en place et soutenu cinq ans durant, jusque 2009. Fort de cette expérience, Autres-M-Ondes a notamment pour but de multiplier ce genre de projet en les autonomisant un maximum. Par la création et l'accompagnement de ces espaces d'expression inédits, notre structure répond à un besoin de décroisement entre les personnes dite saine d'esprit et les autres.

► Contact

<http://www.autres-mondes.org/>
contact@autres-mondes.org

Équipe Mobile Psychiatrie Précarité : EMPP

► Présentation

Les équipes mobiles psychiatrie précarité sont chargées de favoriser l'accès aux soins et la prise en charge des personnes en situation de précarité et d'exclusion souffrant de troubles psychiques. Les EMPP constituent un dispositif complémentaire intersectoriel situé à l'interface du dispositif de soins psychiatrique et du dispositif social afin de mieux appréhender les besoins des personnes non pris en charge afin d'envisager l'orientation, les modalités d'accueil et l'aménagement de compétences spécifiques en faveur de ces publics.

► Les objectifs des EMPP

→ **Aller au-devant des personnes** en situation de précarité souffrant d'une pathologie psychiatrique ou d'une souffrance psychique quelque soit le lieu où elles sont repérées. L'évaluation des besoins en santé mentale des personnes se heurte souvent à l'absence de besoin de demande de soin manifeste, cette dernière étant le plus souvent exprimée par le ressenti des intervenants de première ligne. Pour ce faire les EMPP assurent des permanences dans des lieux sociaux et/ou participent à des interventions mobiles dans la rue pour évaluer les besoins, orienter et accompagner les personnes vers des prises en charge adaptées.

→ **Soutenir les intervenants de première ligne**, confrontés à des situations de vulnérabilité sociale et psychiques et insuffisamment formés, pour leurs permettre de se repérer face aux problèmes concernés, de décoder et analyser les demandes, de mettre en œuvre les premiers stades d'écoute et de soutien. Des actions de formation, d'information et de sensibilisation sont menées par les EMPP pour favoriser l'échange de pratiques et de savoirs, la supervision de situations cliniques.

→ **Constituer une interface au sein du partenariat** pour permettre aux personnes d'accéder aux soins et de bénéficier de prise en charge globales et continues, et éviter les ruptures préjudiciables à la qualité de leur projet de vie et de réinsertion.

► Organisation et fonctionnement

Pour prendre en charge ces missions, les EMPP sont intégrées dans un partenariat dense et formalisé, associant les acteurs des établissements sanitaires, de la psychiatrie, les praticiens libéraux et les intervenants sociaux et médico-sociaux. Les EMPP sont coordonnées par un référent médical chargé d'organiser et de structurer les liens avec les autres services de l'hôpital, en particulier pour assurer les relais utiles vers les le dispositif ambulatoire, extra hospitalier et d'hospitalisation à temps complet.

Les formes de collaboration et les intervenants sanitaires ou sociaux sont formalisées dans le cadre de convention précisant les modalités d'intervention et les actions développées. En 2008, on comptait en France 92 EMPP.

► Textes de référence

- Circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/IA/IB n° 2005-521 du 23 novembre 2005.
- Circulaire no DHOS/O2/DGAS/3SD/DGS/MC4CNSA/2009/97 du 8 avril 2009 relative aux modalités concertées de mise en oeuvre de l'allocation de ressources 2009 dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale

FOCUS : L'EQUIPE MOBILE SPÉCIALISÉ EN PSYCHIATRIE DE LA RÉUNION

→ **Naissance de l'initiative** L'Equipe Mobile Spécialisée en Psychiatrie (EMSP) de La Réunion existe depuis Janvier 2009 avec comme mission de faciliter l'accès aux soins pour les personnes souffrant de troubles psychiques ou de souffrance psychique cliniquement significative et en situation de grande précarité. Elle propose également, par des actions de proximité, de participer à un meilleur repérage des situations de souffrance psychique ou de troubles psychiques par les professionnels de première ligne, et à la lutte contre la stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiques.

→ **Présentation de la démarche** L'EMSP est une Unité Fonctionnelle de la Fédération de Réhabilitation et de Réinsertion (F2R) elle-même rattachée au Pôle Intersectoriel de l'Etablissement Public de Santé Mentale de La Réunion (EPSMR). Sa zone d'intervention est ainsi représentée par les secteurs Ouest, Nord et Est de l'île de La Réunion. L'EMSP se fonde sur la mise en œuvre d'actions cohérentes et complémentaires entre les champs sanitaire et social. Le personnel sanitaire de l'EMSP intervient auprès de structures sociales (CHRS, Boutique Solidarité, Centres Communaux d'Actions Sociales...) selon un cadre défini par voie de convention. En 2010, 17 conventions ont été signées.

→ **Les actions développées par l'EMSP sont soit directes, soit indirectes.**

Les actions directes menées auprès des personnes en situation d'exclusion pour faciliter l'accès aux soins :

- **des rencontres** de proximité par les infirmières sous forme entretiens pré-thérapeutiques pouvant être répétés, permettant une première évaluation psychosociale et la construction d'un lien pouvant faire émerger une demande de soins si besoin. Les modalités de rencontre peuvent être soit spontanées lors des permanences assurées de façon régulière par les IDE de l'EMSP sur les structures partenaires, soit médiées par des demandes émanant des professionnels de première ligne. Par ailleurs, des interventions mobiles sont proposées afin de répondre rapidement aux situations perçues comme problématiques par les partenaires. La rencontre de coordination hebdomadaire avec le psychiatre référent de l'EMSP permet un échange autour des situations et l'élaboration des stratégies individualisées.

Programme "accès aux droits et santé mentale", Association Droits d'urgence

► Naissance de l'initiative

L'association Droits d'Urgence

• Fondé en 1995, l'association a pour objet de lutter contre l'exclusion et la grande précarité en développant et en favorisant l'accès au droit des personnes démunies. Parce que les difficultés sociales, médicales, administratives et juridiques sont nombreuses, complexes et interdépendantes, la conscience de devoir construire ensemble un accompagnement juridique adapté et concerté afin que ces personnes puissent progressivement se sortir de cette désaffiliation a présidé à la création de l'association.

• Elle a permis de générer une méthodologie d'intervention originale : proposer, à travers l'organisation de permanences, une prise en charge juridique généraliste et globale, inscrite dans la durée et intégrée au sein des structures fréquentées par les publics exclus : associations humanitaires ou caritatives (telles Médecins du Monde, Emmaüs...), permanences d'accès aux soins des hôpitaux publics de Paris (Saint-Antoine, Lariboisière...). Forte de son expérience, Droits d'Urgence a participé, aux côtés d'autres partenaires, au développement de dispositifs d'accès au droit parisiens variés. Points d'accès au droit Ville de Paris, Points d'accès au droit pénitentiaires, Bus Barreau de Paris Solidarité...

• Or il nous est apparu qu'en dépit de cette diversification de l'offre d'accès au droit, aucune de ces structures n'était capable de répondre, de manière appropriée, aux besoins d'information et d'accompagnement juridique des personnes démunies, souffrant de troubles mentaux. Nous avons ainsi entrepris de repérer ce qui, dans nos pratiques, pouvait à nouveau faire barrage et interroger parallèlement les besoins des professionnels essentiellement mobilisés à ce jour sur le champ de la santé mentale : les soignants et les travailleurs sociaux. De véritables besoins ont pu être mis en évidence, qui ont présidé à la mise en place de l'expérimentation « Accès au droit et santé mentale ».

Cadre du dispositif : une expérimentation sociale sur trois années

• Soutenue et accompagnée dans notre réflexion visant à améliorer l'accès au droit des personnes démunies et vulnérables par les trois structures hospitalières suivantes le Centre hospitalier de Sainte-Anne ; le Groupe public de santé de Perray Vacluse et l'unité de psychiatrie « urgence-psychotraumatologie-addictologie » de l'Hôpital Tenon (AP-HP).

• une stratégie individualisée d'orientation vers les dispositifs sanitaires de droit commun.

L'EMSP attache une importance toute particulière à ne pas renforcer l'exclusion, c'est pourquoi elle ne se substitue pas aux dispositifs thérapeutiques de droit commun mais en facilite l'accès. Les relais sont ainsi assurés, et selon les situations, vers les équipes de psychiatrie de secteurs, les dispositifs de prise en charge des troubles addictifs, et vers le réseau de médecins traitants.

Les actions indirectes prennent la forme de **supervision et de formations thématiques** adaptées aux différents publics et assurées par la psychologue de l'EMSP. Elles participent à la prévention secondaire en favorisant le repérage par les professionnels de première ligne des troubles psychiques et de la souffrance psychique chez le public précarisé. Elles favorisent la lutte contre la stigmatisation et l'exclusion en permettant de corriger et modifier les représentations sur les personnes souffrant de troubles psychiques. Une co-réflexion autour de situations parfois anxiogènes permet de participer à l'amélioration de l'accueil de personnes souffrant de troubles psychiques. Une rencontre annuelle avec l'ensemble des responsables des structures partenaires permet de maintenir une dynamique constructive et d'améliorer ce dispositif encore expérimental.

→ **Fonctionnement** L'EMSP est composée de 0.30 ETP Psychiatre Coordonnateur, de 0.50 ETP Psychologue, de 0.50 ETP Animatrice Réseau, de 2 ETP IDE et de 0.20 ETP Secrétaire.

→ Contact

Référent de l'EMSP : Dr Benjamin BRYDEN

Mail : b.bryden@epsmr.org

Tél. secrétariat : 02.62.45.35.26

GSM EMSP : 06.92.66.64.75

→ Adresse

Fédération de réhabilitation et de réinsertion/Equipe Mobile Spécialisée en Psychiatrie,
42 chemin du grand pourpier,
97460 Saint-Paul.



• L'association Droits d'Urgence a entrepris de répondre en octobre 2007 à l'appel à projet à expérimentation sociale du Haut commissariat aux solidarités actives contre la pauvreté. Le dispositif présenté « Accès au droit et santé mentale » a finalement été retenu et obtenu un financement du Ministère de la jeunesse et des solidarités actives pour trois années. Il a démarré au mois de mai 2009. Cette expérimentation fait l'objet, tout au long de sa mise en œuvre, d'une évaluation assurée par deux consultants indépendants qui concluront in fine aux conditions d'une possible généralisation de ce dispositif.

► Description de la démarche

Les objectifs à court et moyen termes de ce projet sont triples

- Réaliser et développer l'accès au droit des personnes souffrant de troubles psychiatriques en situation de précarité ;
- Nourrir et développer le partenariat entre professionnels du droit et professionnels santé-sociaux, venir en soutien des équipes sur place ;
- Sensibiliser les professionnels du droit et de l'accès au droit parisiens aux problématiques de santé mentale et d'exclusion et contribuer ainsi au développement de bonnes pratiques.

Un pôle juridique spécifique a été constitué, composé de deux juristes salariées de l'association Droits d'Urgence, sensibilisées aux problématiques et enjeux de santé mentale : une responsable de permanences et une coordinatrice. Ce pôle intervient au sein des trois établissements hospitaliers suivants, partenaires à l'expérimentation par voie de conventionnement :

- Le Centre hospitalier de Sainte-Anne (dont le SMES, le SAVS, les CMP, l'IMPEC, le CPOA...);
- Le Groupe public de santé de Perray Vacluse (dont le Centre Marmottan, les CMP, Henri Ey...);
- L'unité de psychiatrie « urgence-psychotraumatologie-addictologie » de l'Hôpital Tenon (AP-HP).

Il agit à différents niveaux, tant auprès des personnes suivies par ces structures que des professionnels sociaux et de santé qui y travaillent.

► Actions menées sur la précarité et santé mentale

A destination des patients

Le pôle juridique organise dans chacun des trois établissements partenaires une commission technique et deux permanences juridiques.

• **La commission technique** réunit, chaque début de mois un/de(s) représentant(s) de l'ordre social (responsable du pôle médico-social et/ou travailleur social), un représentant de l'ordre médical (un médecin, un infirmier référent) et les deux juristes. Elle a pour fonction principale de concentrer et d'évaluer les difficultés juridiques et demandes de prise en charge rencontrées par les personnes et/ou les travailleurs sociaux. Partant, en tenant compte de la situation globale et spécifique des personnes concernées, elle les oriente :

- soit vers les dispositifs d'accès au droit communs, quand la situation le permet. Dans ce cas, l'orientation sera renforcée, afin d'éviter les allers-retours et une coordination des diverses interventions juridiques sera assurée ;
- soit vers les permanences organisées au sein des hôpitaux, toutes les fois où les patients ne sont pas en mesure de sortir de l'établissement ou lorsque la situation médicale et sociale interfèrent trop lourdement sur son autonomie et/ou appellent à un resserrement des compétences.

• **Les permanences juridiques** sont organisées dans les trois établissements deux fois par mois (une fois tous les 15 jours). Elles permettent de recevoir les personnes vulnérables, accompagnées ou non de leur travailleur social afin de :

- les informer sur leurs droits et devoirs, les démarches à entreprendre, les conditions à remplir ;
- les accompagner dans leurs démarches chaque fois que nécessaire (aide à la rédaction de courriers, de requêtes, de recours administratifs, constitution de dossiers, accompagnements physiques auprès de toute administration ou juridiction compétente...)
- fournir un suivi des démarches opérées dans le temps.
- Ne sont pas traitées dans le cadre de ces permanences les conflits entre les patients et l'hôpital.

A destination des professionnels

Afin de garantir un travail en cohésion et coordination, diverses actions de sensibilisation sont proposées dans le cadre de cette expérimentation. Tant auprès des professionnels sociaux et médicaux des structures hospitalières partenaires que de l'ensemble des professionnels du droit, investis dans des missions d'accès au droit sur le territoire parisien.

Au-delà de ces **actions de sensibilisation**, le pôle juridique vient en soutien des professionnels des établissements liés à l'expérimentation en apportant **une information juridique** ponctuelle par téléphone, en mutualisant certains outils tels que la veille juridique, la documentation ou encore en assurant une interface entre professionnels à travers l'animation d'un site internet spécifique.

► Fonctionnement

Equipe 2 ETP, une juriste responsable des permanences, une coordinatrice de projet

Un comité de pilotage réunissant l'ensemble des représentants institutionnels concernés et intéressés par le projet a été institué afin de suivre cette expérimentation tout au long de sa mise en œuvre.

► Contact

<http://www.droitsurgence.org/>

Marianne Yvon, Coordinatrice du projet "Accès au droit - Santé mentale"

myvon@droitsurgence.org

Marion Casanova, Juriste - projet "accès au droit et santé mentale"

mcasanova@droitsurgence.org

Association OGFA et Centre hospitalier de Pau : démarches de coopérations

► Naissance de l'initiative

En 2003, le Centre Hospitalier psychiatrique de Pau et notre Association l'Organisme de Gestion des Foyers Amitié (OGFA), gestionnaire de plusieurs établissements sociaux et médicaux sociaux, partenaires de longue date, font le constat des limites de leur cadre d'intervention respectif et des carences de prise en charge (ou besoins non-couverts) concernant la population locale. Après un recensement des besoins, nous imaginons des coopérations et des mutualisations de moyens. En partant des compétences, savoir-faire, plateaux techniques et logistiques de chacun, nous construisons des réponses inexistantes au plan local, et encore peu répandues à ce jour semble-t-il.

► Présentation de la démarche

La démarche de coopération avec les services de psychiatrie comporte 2 volets essentiels :

- la réinsertion de patients psychiatriques chroniques, stabilisés,
- la prise en charge de la souffrance psychique chez des personnes en situation de précarité.

Elle nécessite une forte coopération et des apprentissages communs entre les équipes soignantes de l'hôpital psychiatrique et les équipes sociales de notre Association, au bénéfice des personnes que nous accompagnons.

Par convention, nos deux institutions prévoient :

Que l'O.G.F.A., dans le cadre de ses missions, contribue à :

→ **faciliter la sortie de patients** ne nécessitant pas ou plus d'hospitalisation en continu par des solutions d'hébergement adaptées (Maison relai, résidence accueil, CHRS, LHSS, ...).

→ **la réalisation du projet de vie** de ces patients hors les murs du centre hospitalier des Pyrénées. La mise à disposition de solutions d'hébergement en aval de l'hospitalisation contribue à la continuité de la prise en charge des usagers. Dans ce cadre, le projet d'hébergement fait partie intégrante du projet de soins.

Que Le C.H.P., dans le cadre de ses missions, s'engage à :

→ **assurer les soins nécessaires** aux personnes présentant des troubles psychiques et réinsérées dans les structures d'accueil gérées par l'O.G.F.A. Les soins doivent permettre la poursuite du processus de réinsertion, la prévention des crises et la mise en œuvre rapide de réponses adaptées à la situation clinique des patients. Le C.H.P. participe au suivi de ses anciens patients par l'intervention du personnel

hospitalier sur les lieux de vie des usagers.

→ **prévenir, par ses actions, les ré hospitalisations** en urgence et à faciliter l'accès au dispositif sectorisé de soins mis en place sur la ville de Pau ainsi que l'accès aux soins dispensés notamment sur le site du C.H.P.

► Actions menées

La démarche ne porte pas sur des relais organisés entre acteurs à destination des publics, mais sur l'organisation et l'élaboration de prises en charges communes, induisant la construction d'une pratique partagée d'intervention, décloisonnée entre sanitaire et social et fondée sur des mutualisations de moyens et de compétences.

Quel que soit le domaine d'intervention des professionnels soignants et sociaux, ceux-ci sont amenés dans leur pratique quotidienne à collaborer étroitement, autour de la prise en charge des personnes.

→ **Sur la Maison Relais, la Résidence Accueil et le SAMSAH :**

Les interventions sociales et soignantes doivent être coordonnées au bénéfice de l'utilisateur. Des temps de concertation, de régulation et de définition de la prise en charge commune sont mis en place.

→ **Sur les dispositifs de veille sociale et d'hébergement CHRS,**

Les équipes mixtes articulent là aussi, leurs interventions. Les observations, analyses, hypothèses de travail de chaque champ de compétence doivent être rendus opérationnels à la faveur de temps de réunion d'élaboration de la pratique commune. Celle-ci est complexifiée par l'évolution des comportements des personnes rencontrées dans les structures sociales et par la gravité des souffrances qu'elles présentent. C'est la raison pour laquelle, un mi-temps de médecin psychiatre vient de venir compléter les moyens dévolus à l'action, à la faveur de la création d'une Pass en psychiatrie par le CHP, positionnée sur le dispositif de veille sociale.

→ **Sur le territoire :**

La mise en place de la Pass en psychiatrie va nous permettre de mettre l'accent sur la « formation » des professionnels de divers horizons (sociaux, soignants...). Des temps de partage de « clinique psycho-sociale » sont proposés aux professionnels des CCAS, des Centres d'Hébergement, des CMP, des équipes mobiles (sociales et psychiatriques), des bénévoles des Associations oeuvrant auprès des personnes en situations de grande précarité... Ces temps, à raison d'une session tout les deux mois, doivent permettre une meilleure connaissance des cultures professionnelles, des logiques et organisations des différents services ou institutions. Ils devraient renforcer les coopérations et les optimiser par un gain de confiance et de reconnaissance des différents acteurs.

► Fonctionnement

Moyens techniques

Développement d'une offre de logements adaptés : 15 places en Maison Relais, « villa Phoebus » et 30 places en Résidence Accueil « Les vallées ».

Moyens humains

Intervention de 4 infirmiers psychiatriques et d'un travailleur social de l'Hôpital psychiatrique, positionnés au sein des équipes sociales à raison de 2 infirmiers et une éducatrice spécialisée sur le dispositif de veille sociale et de deux infirmiers sur les structures CHRS. Enfin, depuis peu, l'intervention d'un médecin psychiatre à mi-temps, à la faveur de la création d'une Pass en Psychiatrie, positionnée sur le dispositif de Veille Sociale géré par notre Association.

► Contact

ogfa@ogfa.net

Denis Dupont, Directeur

Santé mentale et emploi : l'Expérimentation de la FNARS Ile de France

► Naissance de l'initiative

En 2007, la Commission « Jeunes » de la Fnars IdF fait le constat après une enquête que :

- les troubles regroupés sous le terme générique de « santé mentale » peuvent constituer un frein majeur à l'emploi, les acteurs de l'emploi étant régulièrement confrontés à ces problématiques où la souffrance psychique accroît la vulnérabilité sociale et professionnelle des publics accompagnés.
- les acteurs de l'emploi sont souvent démunis face à un public dont les modalités de prise en charge dépassent leur champ initial de compétences et se heurtent aux carences de réponses spécifiques.

► Descriptif de la démarche

Depuis 2008, la Fnars IdF, au travers du Pôle IAEFet dans le cadre du développement de la Mission Santé-Emploi et de son service formation/professionnalisation des acteurs :

- Accompagne des territoires pour améliorer la prise en charge et l'accompagnement à l'emploi des publics relevant d'une problématique attribuée à un trouble de la Santé Mentale, ainsi que des professionnels de l'emploi tels que les conseillers, les référents RSA, les accompagnateurs socioprofessionnels, les travailleurs sociaux, les encadrant techniques, etc.
- Soutient le développement d'actions territorialisées et partenariales pour mieux accompagner les publics fragilisés, la mise en réseau des acteurs, la reprise du portage de la dynamique et des actions par les territoires.

► Actions menées

2008 : EXPÉRIMENTATION I

Trois départements pilotes les Yvelines, les Hauts-de-Seine et le Val de Marne.

Des instances de pilotage opérationnel sur chaque territoire

- Composition : acteurs de l'emploi, professionnels de la santé mentale du territoire, adhérents Fnars Idf.
- Missions : Diagnostic des besoins, expertise sur le territoire, préparation des actions, recherche des ressources à mobiliser (formateurs, outils, etc.), suivi de la mise en œuvre de l'action sur le territoire, participation à l'évaluation des résultats.
- Elaboration et mise en place d'une formation-action de 5 jours sur chacun des

territoires, trois sessions de formation (une session par département) entre octobre 2008 et janvier 2009.

→ Un programme de formation « sur mesure » a été proposé, correspondant aux besoins des acteurs concernés, selon des intersessions spécifiques et des méthodologies personnalisées. 28 intervenants ont animé ces formations pour une quarantaine de professionnels bénéficiaires

→ Une journée d'échanges à l'issue des formations dans chaque département (participants à la formation, intervenants, membres de l'instance de pilotage) : évaluation de la pertinence de la formation, de l'adéquation de cette réponse face aux besoins du territoire et de la plus-value de la dynamique partenariale créée au fil de l'expérimentation ; construction des suites à donner à l'expérimentation.

Une restitution régionale de cette « expérimentation 1 » en février 2009 rassemblant les 150 acteurs (financeurs, acteurs et structures ressources qui ont rejoint l'action en cours ou restant à associer, partenaires stratégiques des territoires) :

Constat que la dynamique qui avait pu être observée dès le démarrage de l'expérimentation avait pris de plus amples proportions, chacun des acteurs s'étant approprié le projet et souhaitant y contribuer.

Souhait de donner une suite immédiate à la formation-action en choisissant deux à trois actions prioritaires à mener sur 2009 et 2010.

2009-2010 : EXPÉRIMENTATION 2

80 structures ou institutions représentées dans les instances de pilotage,

Plus de 150 professionnels bénéficiaires des actions.

• 1) Yvelines, Hauts-de-Seine, Val de Marne : développement des actions

→ Stabilisation des instances de pilotage départementales animées par la Fnars IdF
→ 8 à 10 actions de professionnalisation, de mutualisation et/ou de mise en réseau des acteurs ont eu lieu ou sont programmées :

→ Yvelines (78) : formations-action thématiques, Groupe d'échanges Santé Mentale-Emploi Yvelines Sud, Groupe de travail Santé Mentale-Emploi Yvelines Nord.

→ Hauts-de-Seine (92) : « Ateliers Pratiques et Réseau Santé Mentale-Emploi », Forum Santé Mentale-Emploi, Recherche et Formations-Action

→ Val de Marne (94) : Groupes analyse de pratiques, formations-action.

→ Transfert par la Fnars IdF du portage et du pilotage des actions aux acteurs des territoires, accompagnement en termes d'ingénierie de projet et de recherche de financements.

• 2) Paris : essai de l'expérimentation.

→ Mise en place de l'instance de pilotage opérationnel : le groupe projet parisien

→ Synthèse de l'évaluation 2008 et préparation de l'action de formation.

→ Expérimentation d'une formation-action modulaire (3 modules indépendants mais complémentaires) : "Améliorer la prise en charge et l'accompagnement à l'emploi des publics relevant d'une problématique attribuée à un trouble de la Santé Mentale."

→ Animation d'un temps d'échanges interprofessionnel (bilan de l'action, perspectives).

► Fonctionnement

Financement

Depuis l'origine, l'ensemble des actions menées dans le cadre des deux expérimentations fait l'objet d'un suivi stratégique par un Comité de Pilotage Régional animé par la Fnars IdF et composé des partenaires financiers et stratégiques impliqués dans la démarche.

Partenaires

la Région IdF (présente sur les expérimentations 1 et 2, sollicitée pour 2011), la Fondation de France (pour l'expérimentation 1), la Préfecture de Paris (présente sur les expérimentations 1 et 2), le Département de Paris (pour l'expérimentation 2), le Conseil Général des Yvelines et des Hauts-de-Seine (pour l'expérimentation 2), la DDTEFP du Val de Marne (pour l'expérimentation 2)

Perspectives

La FNARS IDF a répondu à l'appel à projet de la Région Ile-de-France « Appui au développement de réseaux d'acteurs de l'emploi, de l'insertion et du développement économique » (ateliers de construction d'outils, formations-actions, etc.) pour renforcer les compétences et la coordination des professionnels de l'emploi, de l'IAE et des travailleurs sociaux en matière d'orientation des publics souffrant de troubles psychosociaux ou en situation de handicap.

► Contact

Erell HAMROUNI-CLAIN, Chargée de mission Santé-Emploi

LD : 01 43 15 13 91 / Fax : 01 43 15 80 19

fnarsidf.sante-emploi@orange.fr

Un espace psychanalytique d'orientation et de consultations, L'ÉPOC

► Naissance de l'initiative

- L'association L'ÉPOC est née, en janvier 2005, de l'apport conjoint de plusieurs éléments et de l'expérience de professionnels du champ de la santé (psychologues ou psychiatres). Elle est issue d'une réflexion ancienne et de constats établis lors des pratiques cliniques en institution, de l'écoute des patients et des différents groupes de travail et rencontres avec les acteurs de terrain :
- Des carences dans l'organisation, l'accès à la prévention et aux soins, de la prise en charge la souffrance psychique et sociale des personnes en difficulté
- La difficulté d'assurer la continuité de ceux-ci et la difficile coordination entre les différents acteurs des champs du sanitaire et du social, la fragmentation des compétences et des dispositifs, entraînant pour les jeunes et les adultes des ruptures supplémentaires, une stigmatisation accentuée pour certains par leur désinsertion, leur exclusion encore accrue. Il en a résulté une volonté de proposer des actions innovantes, dans un espace d'accueil rapide et de suivi thérapeutique, ouvert sur la Cité la semaine et le week-end.

► Présentation de la démarche

L'espace psychanalytique d'orientation et de consultations a ainsi pour objet l'accueil et le suivi personnalisé de toute personne en difficulté, en souffrance psychique et sociale, en rupture de lien social, en désinsertion, en situation de précarisation, au moyen de la psychanalyse appliquée à la thérapeutique.

A ce titre, elle se propose de :

- **créer** pour cette population en souffrance psychique et sociale **des espaces d'accueil, d'orientation et de consultations**. Le mot « orientation », figurant dans le nom de l'association, souligne la mission de cet espace qui est d'orienter au plus près de la demande de chaque sujet selon des modalités et des pratiques qui s'adaptent au cas par cas.
- **favoriser le lien social et l'insertion** des personnes dans la vie de la cité ;
- **développer les échanges et recherches psychanalytiques**, à partir des pratiques cliniques et sociales, ainsi que **la formation auprès de professionnels et des acteurs sociaux**.

► Actions menées

• **Accueil orientation et suivi thérapeutique personnalisé** de toute personne - adolescents, jeunes adultes et adultes - en difficulté, en souffrance psychique et sociale par les professionnels en semaine et le weekend end **dans les espaces d'accueil, de suivi et d'accompagnement thérapeutique**. L'accueil et le suivi sont confidentiels et gratuits ; assurés par des praticiens - psychologues cliniciens, psychiatres - dont l'écoute est orientée par la psychanalyse.

Le développement d'un espace de proximité, en ville, est une réponse différente, inédite mais complémentaire de la psychiatrie de secteur et d'autres structures de soins. Il se démarque en proposant un simple « accueil » afin de déstigmatiser l'abord du « psy ». Cette nouvelle clinique nécessite un tout autre abord que celui du cabinet privé, de l'entretien à l'hôpital ou au CMP. C'est le lieu qui s'adapte à la personne et non le contraire. Il répond en temps réel et rapidement, au jour le jour. C'est aussi un partenaire qui est là pour travailler avec les référents des secteurs sociaux, de l'insertion, le réseau de proximité, le réseau de soins.

Notre action thérapeutique tend à favoriser l'avancée du parcours d'insertion de la personne en réamorçant un lien à la parole, le tissage d'une modalité nouvelle de lien social, la modification d'une position subjective. En lien avec nos partenaires - et avec l'accord et la participation de la personne accueillie - nous proposons un accompagnement thérapeutique adapté au cas par cas. Cet accompagnement peut se réaliser conjointement à un suivi social déjà engagé par ailleurs.

- **un service d'appui psychologique gratuit à domicile pour les personnes les plus isolées et les plus précarisées**.
- **Appui et lien social** : Actions d'appui innovantes, dans la durée, pour favoriser le lien social et l'insertion des personnes dans la vie de la Cité et lutter contre l'isolement et l'exclusion sociale. L'EPOC propose des ateliers ludiques et de création à visée thérapeutique.
- **Sensibilisation** des publics aux interactions entre « Santé-Vie sociale-Souffrance psychique » en menant des actions auprès des professionnels, des intervenants de la Cité, des jeunes et des adultes qui se trouvent démunis face à ces souffrances.
- **Formation et soutien des professionnels** et des acteurs sociaux pour favoriser les liens avec les partenaires et le suivi des personnes reçues. L'EPOC développe un service formation et supervisions en direction des acteurs du champ social, de l'insertion et du réseau de soins.
- **Échanges et recherches psychanalytiques**, à partir des pratiques cliniques et sociales. Nous orientons nos actions en tenant compte de la spécificité de la région Île-de-France, de sa population et des caractéristiques relevées à Paris notamment dans le nord-est de la ville. L'EPOC organise notamment une Journée d'échanges et d'étude annuelle à la Mairie du 19e, en décembre, depuis 2007

► Fonctionnement

L'équipe est composée de praticiens orientés par la psychanalyse (psychologues-psychiatres) : 1 Directrice psychologue clinicienne, 20 praticiens (psychologues cliniciens-psychiatres) orientés par la psychanalyse qui reçoivent les patients sur les 3 lieux d'accueil et qui interviennent pour la plupart bénévolement ; d'autres praticiens (psychologues cliniciens et psychanalystes) ainsi que 3 artistes qui animent les ateliers à visée thérapeutique en prestations de service (10 ateliers différents proposés), 2 chargées d'accueil - secrétaire dont une est bénévole.

Ces sites d'implantation ont pour intérêt de présenter, par leur situation géographique, une facilité d'accès (proximité des bus ou du métro.) Le lieu est central et non enclavé. Cet élément est important afin de proposer un lieu neutre, accueillant, convivial, et de « plain-pied » sur la rue. L'ÉPOC comprend 2 espaces d'accueil et de suivi thérapeutiques situés :

18, rue Georges Thill - 59 rue Riquet – 75019

et un espace dédié aux ateliers :

6-8 rue Georges Thill – 75019 Paris.

Pour prendre rendez-vous, il suffit de téléphoner au 06 84 23 52 89 du lundi au dimanche.

Partenaires

DASES (Mairie de Paris)- ACSE- ARS – FSE – Conseil régional – Politique de la ville.

Par ailleurs, nos partenaires de travail sont des structures du champ social, de l'insertion, du réseau de soins de Paris et sa banlieue.

L'ÉPOC est membre du conseil de santé du 19e – Membre de la FNARS –

► Contact

Sylvie Ullmann Tél : 06 84 23 52 89

Siège social : 18 rue Georges Thill – 75019 Paris

Site internet : www.lepoc.org

Email : contact@lepoc.org



Un Soutien à l'Accès aux Droits et Recours : PAIRADVOCACY

► Naissance de l'initiative

L'advocacy est, dans le champ de la santé mentale, un concept et des pratiques l'intervention d'un tiers qui fait entendre la voix d'une personne lésée dans ses droits ou pas suffisamment écoutée pour pouvoir les exercer. L'advocacy est donc une pratique de médiation sociale qui, du fait de l'absence de hiérarchie entre la personne en détresse et le tiers/médiateur (le pair-advocate), est considérée comme une relation entre pairs. Dès sa création en 1996 l'association Advocacy France a reçu des demandes d'interventions.

► Présentation de la démarche

- Le dispositif SADER sert d'une part à établir **une médiation entre l'utilisateur et un tiers** (voisin, bailleur, patron, etc.) **ou une institution** (La Poste, la Sécurité sociale, un hôpital, etc.), et d'autre part à donner **des « conseils » de procédure, juridiques ou administratifs**, afin de résoudre un problème avec la personne concernée (et pas à sa place). Les personnes qui demandent un soutien gardent l'entière maîtrise des démarches à entreprendre. L'intervention des pairadvocates est donc basée sur l'entraide.
- Le SADER est une voie alternative permettant d'accéder à une information et aux recours pour faire valoir ses droits. Ce ne sont ni des juristes, ni des assistants sociaux qui sont les interlocuteurs de la personne ayant besoin de soutien, mais des pair-advocates. Cette forme de faire valoir des droits peut constituer un outil de transformation sociale : elle permet à la personne soutenue d'exercer pleinement sa citoyenneté, en mettant fin à une attitude passive due à son ignorance, son habitude d'être assistée, ou sa peur, etc. Ainsi, le pair-advocate ne cherche pas à résoudre les problèmes à la place de la personne en difficulté, mais plutôt à trouver des solutions avec elle, pour la rendre autonome et consciente de ses droits.

► Actions menées

Après avoir pris l'initiative de contacter Advocacy, la personne en difficulté rencontre le pair-advocate pour que celui-ci décèle le noyau de son problème et lui explique les démarches qu'ils vont accomplir ensemble. A la fin ou au cours de ce processus, la personne soutenue peut devenir à son tour pair-advocate. Une telle démarche est motivée par la prise de conscience de l'existence d'une problématique collective et de la possibilité de trouver des solutions alternatives aux problèmes.

► Fonctionnement

• *Les pairadvocates*

sont des personnes formées qui se reconnaissent dans une expérience similaire de stigmatisation à partir de laquelle elles ont pu faire des apprentissages et développer un positionnement leur permettant de soutenir l'autonomie et l'autodétermination des personnes accompagnées.

• *Une formation théorique*

d'environ quatre week-ends permet aux pair-advocates d'approfondir leurs connaissances, notamment juridiques, dans la forme (procédure) et dans le fond (droit). Cette formation repose sur une pédagogie participative privilégiant des mises en situation (simulations, jeux de rôles) ainsi que l'échange de savoirs et de savoirs faire entre les participants. Cette formation est réalisée avec partenaire 2IRA (Institut International de Recherche-Action) et Juristes solidaires.

► Contacts

Toutes personnes peut solliciter un pairadvocate au 0613109397

mail : siege@advocacy.fr

annexes

Les principaux partenaires

Ressources et bibliographie

Index alphabétique

Remerciements

Ressources et bibliographie

LES RESSOURCES NATIONALES

RAPPORTS ET ORIENTATIONS NATIONALES

- ▶ *Guide Souffrances ou troubles psychiques : rôle et place du travailleur social* » DGS DGAS (http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/travailleur_social.pdf)
- ▶ *Prise en charge de la souffrance psychique et des troubles de la santé mentale dans les situations de précarité et d'exclusion*. Rapport DGS, annexe 6 de la circulaire du 19 février 2002 relative aux PRAPS de deuxième génération. www.sante.gouv.fr
- ▶ Samenta, *La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile de France*, janvier 2010, rapport, Samu social de Paris et Inserm, A. Laporte et P. Chauvin
- ▶ *La santé des personnes sans chez soi*, Vincent Girard, Pascale Estecahandy, Pierre Chauvin, novembre 2009
- ▶ *Précarité, santé mentale et système local de santé*, Rapport, INSERM, février 2001 Autès M., Bresson
- ▶ *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher*, Rapport du groupe de travail Ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale, DIV/DIRMI, 1995, Lazarus A.
- ▶ *La psychiatrie ouverte, une dynamique nouvelle en santé mentale*, Rapport, G. Massé, 1992

GUIDES ET REVUES

- ▶ *L'accueil et l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique*, UNAFAM
- ▶ *Rhizome*, bulletin national santé mentale et précarité, www.orspere.fr/-Rhizome-
- ▶ *Pluriels*, la lettre de la mission nationale en santé mentale, www.mnasm.com
- ▶ *La lettre Rehab*, www.rehabilite.fr

PORTAILS ET SOURCES INTERNET SANTÉ MENTALE ET PRÉCARITÉ

- ▶ Observatoire national de recherche sur pratiques en santé mentale et précarité, www.orspere.fr
- ▶ Réseau National de Ressources en Sciences Médico-Sociales, Dossier Ressources : *Souffrance psychique et précarité*, http://mrsms.ac-creteil.fr/spip/IMG/esf/bi_spsy/bi_spsy2.htm
- ▶ *Plan d'action sur la santé mentale pour l'Europe ; relever les défis, trouver des solutions*, www.euro.who.int/document/mnh/doc07.pdf
- ▶ Livre vert *Améliorer la santé mentale de la population : vers une stratégie sur la santé mentale*, ec.europa.eu
- ▶ www.marseille-sante-mentale.org
- ▶ La Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale, www.mnasm.com
- ▶ Haut Comité pour la Santé Publique, www.hcsp.fr

PORTAIL ET SITES INSTITUTIONNELS

- ▶ Ministère du logement, www.logement.gouv.fr
- ▶ Ministère de la santé et des sports : www.sante-sports.gouv.fr
- ▶ Ministère du Travail, des relations sociales, de la Famille, de la Solidarité et de la ville, www.travail-solidarite.gouv.fr
- ▶ Portail de l'administration française : www.droits.service-public.fr
- ▶ Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, INPES, www.inpes.sante.fr

PUBLICATIONS FNARS

- ▶ *Annuaire accueil, hébergement, insertion*
- ▶ *Sortir de la rue* - Livre - DVD rom de la Conférence de consensus : DVD rom - septembre 2008
- ▶ *L'exclusion n'est pas une fatalité !* - Le livre des Etats généraux : novembre 2006
- ▶ *Guide des CHRS* - Références et évolutions - 3^{ème} édition : Dominique Lallemand/Syrine Cathier Coédition FNARS / éditions ASH : septembre 2004
- ▶ *Guide pratique de la domiciliation* : juin 2010
- ▶ *Évaluations internes & externes* - Fiches pratiques : mai 2010
- ▶ *Soutien à la parentalité* - Guide de bonnes pratiques : novembre 2008
- ▶ *Les enfants et leur famille en centre d'hébergement* : octobre 2006
- ▶ *La veille sociale : face à l'urgence* - Claire Beauville - Coédité par la FNARS et ESF éditeur : septembre 2001
- ▶ *Détresse et ruptures sociales* - Recueils & documents n° 17 - OSC/FNARS - avril 2002

LES RESSOURCES LOCALES

- ▶ Guide *Pathologies mentales et précarité* DDCS Bas Rhin, groupe "santé précarité"
- ▶ Guide pratique *Santé psychique et logement* Communauté urbaine Grand Lyon, www.millenaire3.com

Index alphabétique

A

■ Appartement associatif.....	47
■ Atelier à la vie active (AVA).....	32
■ Atelier chantier d'insertion (ACI).....	30
■ Appartement de coordination thérapeutique (ACT).....	62
■ Accueil de jour	18
■ Accueil familial thérapeutique.....	46
■ Associations intermédiaires (AI)	30
■ Appartement thérapeutique et maison communautaire.....	47
■ Atelier santé-ville (ASV).....	66

C

■ Centre d'accueil permanent (CAP).....	40
■ Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARRUD).....	56
■ Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP)	48
■ Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)	57
■ Centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG).....	52
■ Centre de lutte contre la tuberculose (CLAT).....	52
■ Centre d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (Ciddist).....	53
■ Centre médico-psychologique (CMP).....	38
■ Centre médico-psycho-pédagogique (CMPP)	39
■ Centre d'accueil pour demande d'asile (CADA).....	23
■ Centre maternel.....	23
■ Centre post-cure.....	48
■ Centre provisoire d'accueil (CPH).....	24
■ Conseil local de santé mentale (CLSM).....	66

E

■ Entreprise d'insertion (EI).....	31
■ Entreprise de travail temporaire d'insertion (ETTI).....	31
■ Etablissement et service d'aide par le travail (ESAT).....	64
■ Equipes mobiles.....	19
■ Equipe mobile psychiatrie précarité (EMPP).....	67
■ Etablissement public de santé mentale (EPSM)	44

F

■ Famille gouvernante	58
■ Foyer d'accueil médicalisé.....	59
■ Foyer d'hébergement pour travailleurs handicapés.....	59
■ Foyer de vie.....	60
■ Foyer de post-cure.....	48

G

■ Groupement d'employeurs pour l'insertion et la qualification (GEIQ).....	32
■ Groupement d'entraide mutuelle (GEM).....	64

H

■ Hébergement de stabilisation : Centre de stabilisation.....	21
■ Hébergement d'insertion : Centre d'hébergement et de réinsertion sociale	20
■ Hébergement d'urgence.....	21
■ Hébergement d'urgence des demandeurs d'asile (HUDA)	24
■ Hospitalisation à domicile.....	46
■ Hospitalisation à la demande d'un tiers.....	43
■ Hospitalisation à temps plein.....	44
■ Hospitalisation d'office	43
■ Hospitalisation libre	42

I

■ Intermédiation locative.....	26
--------------------------------	----

L

■ Lit d'accueil médicalisé (LAM)	62
■ Lit Halte Soins Santé (LHSS).....	63
■ Logement conventionné du parc privé.....	27
■ Logements et chambres conventionnés à l'Aide au Logement Temporaire (ALT).....	22
■ Logement social du parc public	28

M

■ Maison d'accueil spécialisée (MAS).....	61
■ Maisons de l'emploi.....	34
■ Maison relais	26
■ Mission locale	33

P

■ Pension de famille.....	26
■ Permanence d'accès à la santé et aux soins (PASS).....	54
■ Permanence d'accès à la santé et aux soins en psychiatrie (PASS-Psy).....	39
■ Permanence d'accueil, d'information et d'orientation (PAIO).....	33
■ Plates-formes d'accueil pour demandeurs d'asile (PADA).....	18
■ Plans Locaux pour l'Insertion et l'Emploi (PLIE).....	34
■ Pôle emploi.....	33

R

■ Régie de quartiers	32
■ Résidence accueil	61
■ Résidence Hôtelière à vocation sociale (RHVS).....	22
■ Résidence sociale.....	25

S

■ Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)	56
■ Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)	55
■ Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés en psychiatrie (SAMSAH-Psy).....	55
■ Service d'accueil et d'orientation (SAO).....	17
■ Service d'accueil et d'urgence (SAU)	39
■ Service intégrés d'accueil et d'orientation (SIAO)	16
■ Service médico-psychologique régional (SMPR).....	40
■ Structures d'insertion par l'activité économique.....	30

U

■ Unité d'hospitalisation spécialement aménagée (UHSA)	44
■ Unité pour malades difficiles (UMD).....	44
■ U 15.....	17

Remerciements

☰ L'élaboration du guide "précarité et santé mentale : repères et bonnes pratiques" est à l'initiative et le résultat du travail du groupe Précarité et santé mentale FNARS, composé d'acteurs du social. Pour ce faire le groupe a organisé plusieurs séances d'échange de pratiques entre acteurs du social et de la psychiatrie, et procédé à des auditions d'acteurs de différents univers, des opérationnels et des acteurs institutionnels. Nous remercions notamment : Maryse Lépée, Henri Peltier, Julien Levy, Carole Jollain, Jean Marc Antoine, Amélie Appere De Sousa, Catherine Abeloo, Chantal Grossmann, Marie-Christine David, Laura Charrier; Lise Fender.

☰ La partie Bonnes pratiques est le résultat d'un appel à contribution national aux acteurs du social et de la psychiatrie pour présenter les modes de collaborations et dispositifs à l'œuvre sur les territoires garant d'une prise en charge de qualité des personnes en souffrance psychique et en précarité sociale. Doivent être remerciés tous ceux et celles qui, au sein des équipes et établissements de la psychiatrie et du social, ont pris le temps d'enrichir ce guide par la réalisation des fiches bonnes pratiques. Nous remercions notamment : Pilar Arcella-Giroux, Pauline Rhenter; Lydie Leroy, Helen Brice, Gwen Le Goff, Colette Laury, Carl Gaudy, Céline Loubières et Aude Caria, Carmen De Lavalloire, Michel Girard, Célia Llorens, Julien Truddaiu, Bruno Voyer, Natacha Dijoux, Marianne Yvon, Marion Casanova, Francine Gratiollet, Erell Hamrouni-Clain, Sylvie Ullmann, Martine Dutoit.

☰ Pour la réalisation du Guide : Laura Charrier, Lise Fender, Sophie Alary, Maryse Lépée, Henri Peltier et Perrine Dubois.

☰ Nous remercions les instances de la FNARS de nous avoir fait confiance pour mener ce travail à bien, ainsi que le comité de pilotage de l'Année européenne 2010 de lutte contre les exclusions pour le soutien financier qui a permis cette réalisation.

☰ conception & réalisation :

Marie Poirier / contact@mariepoirier.fr / 06 27 56 26 75

☰ impression :

Imprimerie WW-NESME/7 bis rue de Paradis - 3 & 5 cité Riverin, 75010 Paris

Les intervenants sociaux et de la psychiatrie témoignent de façon de plus en plus prégnante de leur dénuement respectif à accompagner les personnes en précarité souffrant de troubles psychiatriques. À l'origine de ces difficultés, sont identifiés la méconnaissance du public et le cloisonnement entre le secteur social et celui de la psychiatrie tant au niveau de la pratique, absence de langage commun, que de liens fonctionnels, peu de partenariats mis en place, rendant la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques délicate. Autant de difficultés que les différents acteurs ne peuvent résoudre seul. L'amélioration de la prise en charge des personnes en situation de précarité et de souffrance psychique nécessite l'ouverture d'un espace d'échange, de connaissance et de partenariat entre social et psychiatrie, clinique et politique, tant les enjeux multiples invitent à des réponses collectives et concertées. Un accompagnement global de qualité nécessite de valoriser tant la dimension santé- psychiatrie des parcours individualisés d'insertion que le volet social de manière cohérente et au plus près des besoins de ces publics.

Le présent guide "Précarité et santé mentale : repères et bonnes pratiques" se propose d'y contribuer. Il a pour objectif de favoriser l'interconnaissance des professionnels de la santé et du social en donnant **DES REPÈRES** sur les principaux dispositifs du secteur social, de la psychiatrie ainsi que ceux se situant au croisement des deux ; et de mettre en exergue **DES BONNES PRATIQUES** de collaboration des acteurs, conçus comme autant d'opérateurs de décloisonnement entre professions - institutions et associations, au service des personnes en souffrance psychique et en précarité.



Cette action est soutenue par :



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Direction générale de la cohésion sociale
Direction générale de la Santé