

**Elaboration du CLS ARS Pays de la Loire – Ville d'ANGERS
Diagnostic partagé en santé mentale**

Annexes au rapport
octobre 2012

| | | |
|---|---|-------|
| • | Marché ARS Pays-de-la-Loire | p 2 |
| • | Proposition Francis Nock Consultants | p 9 |
| • | Note de préparation de la réunion de cadrage du 12 décembre 2011 avec le groupe technique | p 21 |
| • | Compte rendu de la réunion du 12 décembre 2012 | p 23 |
| • | Compte rendu du Comité Technique du 19 janvier 2012 | p 24 |
| • | Diaporama présenté au Comité Technique du 19 janvier 2012 | p 28 |
| • | Liste des structures clés interrogées | p 30 |
| • | Questionnaires utilisés pour les entretiens en face à face | p 31 |
| • | Note de préparation du Comité de pilotage et comité technique du 9 février 2012 | p 33 |
| • | Compte rendu du Comité technique du 9 février 2012 | p 35 |
| • | Tableau des thématiques possibles du contrat local de santé | p 37 |
| • | Compte rendu du Comité technique du 12 Mars 2012 | p 38 |
| • | Représentation schématique du champ de la santé mentale | p 40 |
| • | Liste des structures invitées à renvoyer le questionnaire en ligne | p 41 |
| • | Liste des structures ayant répondu au 9 juin 2012 | p 45 |
| • | Questionnaire "structures spécialisées" | p 47 |
| • | Questionnaire "structures non spécialisées" | p 55 |
| • | Tableau présentant les "histoires qui se sont bien passées" – structures spécialisées | p 57 |
| • | Tableau présentant les "histoires qui se sont mal passées" – structures spécialisées | p 58 |
| • | Tableau présentant les "histoires qui se sont bien passées" – structures non spécialisées | p 59 |
| • | Tableau présentant les "histoires qui se sont mal passées" – structures non spécialisées | p 62 |
| • | Diaporama présenté à l'Assemblée plénière de juin 2012 | p 64 |
| • | Feuilles de route distribuées aux participants de chacun des 4 ateliers réunions de juin 2012 | p 75 |
| • | Comptes rendus des 4 ateliers - réunions de juin 2012 | p 83 |
| • | Comptes rendus des 4 ateliers - réunions de septembre 2012 | p 100 |



MARCHE PUBLIC

**CAHIER DES CLAUSES PARTICULIERES
Valant acte d'engagement**

Marché n° ARS-PDL/DPPS/CAMI-2011-01

**Réalisation d'un diagnostic partagé en
santé mentale.**

**Marché passé selon la procédure adaptée en application de l'art. 28
du code des marchés publics.**

SOMMAIRE

| | |
|---|------------|
| ARTICLE 1^{ER} - LES CO-CONTRACTANTS: | 4 |
| ARTICLE 2 - OBJET ET FORME DU MARCHÉ | 4 |
| ARTICLE 3 - DOCUMENTS CONTRACTUELS | 4 |
| ARTICLE 4 - PRIX DU MARCHÉ | 4 |
| ARTICLE 5 – DURÉE DU MARCHÉ: | 4 |
| ARTICLE 6 - FACTURATION | 5 |
| ARTICLE 7 – PRESTATIONS TECHNIQUES (DÉTAIL DES PRESTATIONS DEMANDÉES): | 5 |
| 7-1 INTRODUCTION : UN CONTRAT LOCAL DE SANTÉ, POURQUOI ? | 5 |
| 7-2 OBJECTIF : AMÉLIORER LA SANTÉ MENTALE DE LA POPULATION DE TOUS ÂGES SUR LE TERRITOIRE DE LA VILLE D'ANGERS. | 5 |
| 7-3 LA MISSION : | 6 |
| 7-4 LES ÉTAPES : | 6 |
| 7-5 LA MÉTHODOLOGIE : | 6 |
| 7-6 LE SUIVI DE LA DÉMARCHE : | 7 |
| 7-7 LES LIVRABLES ATTENDUS : | 7 |
| 7-8 ÉLÉMENTS ET MOYENS MIS À DISPOSITION DU PRESTATAIRE POUR LA MISSION : | 7 |
| 7-9 ÉLÉMENTS INDICATIFS CONCERNANT LES THÈMES À ABORDER (SANS EXCLUSIVITÉ): | 7 |
| 7-10 PROPRIÉTÉ DES ÉLÉMENTS DE L'ENQUÊTE | 8 |
| ARTICLE 8 - CONDITIONS DE RÉCEPTION: | 8 |
| ARTICLE 9 - LITIGES | 8 |
| ARTICLE 10 – SIGNATURES | 8 |
| ANNEXE 1 BORDEREAU DES PRIX | ERR |
| EUR ! SIGNET NON DÉFINI. | |
| ANNEXE 2 LISTE DES PARTENAIRES DU CLS D'ANGERS | |

Article 1^{er} - Les co-contractants:

Le présent marché est conclu entre :

L'Agence Régionale de Santé (ARS) des Pays de la Loire représentée par sa Directrice Générale

et

La société prestataire de ce marché dénommé "le titulaire".

Article 2 - Objet et forme du marché

Réalisation d'un diagnostic partagé en santé mentale dans le cadre des travaux préparatoires au Contrat Local de Santé (CLS) « Ville d'Angers » sur la santé mentale.

Ce marché est passé selon la procédure adaptée en application de l'art. 28 du code des marchés publics.

Article 3 - Documents contractuels

Le marché est constitué par les documents contractuels énumérés ci-dessous, par ordre de priorité décroissant :

- Le cahier des clauses particulières valant acte d'engagement et ses annexes
- Le mémoire du candidat

Toute clause figurant aux conditions générales du titulaire, sur ses tarifs ou au dos des factures, et contraire aux documents contractuels indiqués ci-dessus, est réputée non écrite.

Tous les documents relatifs au marché sont rédigés en langue française.

Les exemplaires de ces documents conservés dans les archives de l'Administration font seuls foi en cas de litige.

Article 4 - Prix du marché

Les prix des prestations figurant au bordereau de prix en annexe du Cahier des Clauses Particulières valant Acte d'Engagement sont fermes et définitifs sur la durée du marché.

Ils sont exprimés en euros hors taxes, la TVA étant calculée selon le taux légal en vigueur. Les prix TTC comprennent toutes les charges fiscales, parafiscales ou autres frappant obligatoirement la prestation.

Article 5 – Durée du marché:

Le marché est conclu pour la période nécessaire à l'accomplissement de la mission dans une durée de six mois, il prendra effet à sa date de notification.

Article 6 - Facturation

Les factures sont établies au nom de l'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire.
Elles comportent les éléments suivants :

La référence au présent marché
Date d'émission de la facture
Identification du titulaire, le N° SIRET
Le compte bancaire,
Les montants hors taxes et TTC.

Elles sont adressées à :

| |
|--|
| ARS des Pays de la Loire CS 56233 44262 NANTES Cedex 2 |
|--|

Les factures sont établies après service fait.

Article 7 – Prestations techniques (détail des prestations demandées):

7-1 Introduction : Un Contrat Local de Santé, pourquoi ?

Il est l'un des dispositifs prévu par la loi HPST : **Loi 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires**. Les Contrats Locaux de Santé sont évoqués dans deux sections de la loi : celle concernant le projet régional de santé et celle relative aux territoires de santé.

- « Art.1434-1. Le projet régional de santé définit les objectifs pluriannuels des actions que mène l'agence régionale de santé dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre. Il s'inscrit dans les orientations de la politique nationale de santé et se conforme aux dispositions financières prévues par les lois de finances et les lois de financement de la sécurité sociale. »

Ainsi l'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire envisage de signer avec les collectivités territoriales des contrats locaux de santé. Au début 2010, la Ville d'Angers a exprimé le souhait de signer avec l'ARS des Pays de la Loire un contrat local de santé sur le thème de la santé mentale. Cette demande a été reçue positivement par l'ARS.

7-2 Objectif : Améliorer la santé mentale de la population de tous âges sur le territoire de la ville d'Angers.

Contexte :

Les objectifs de l'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire :

- Améliorer l'état de santé de la population
- Réduire les inégalités territoriales, sociales et environnementales
- Accroître l'efficacité de notre système de santé

Les orientations stratégiques du Projet Régional de Santé :

- Un système centré sur la personne : « la personne au centre du système de santé »
- La proximité organisée
- La maîtrise des risques en santé

Depuis plus de 10 ans, la Ville d'Angers s'investit dans le champ de la santé mentale dans un partenariat large sanitaire, social et médico-social. Le contrat local de santé est tant pour la Ville d'Angers que l'ARS des Pays de la Loire un outil de mobilisation des partenaires pour contribuer à une amélioration de la santé dans ce champ.

Pour cela, il convient dans un premier temps de partager ensemble un diagnostic sur le territoire de la ville d'Angers par un état des lieux de la problématique en abordant tous les champs de la santé mentale : social, sanitaire, médico-social, emploi, logement, insertion, éducation et prévention

Cette étape doit permettre de déterminer ensemble des **objectifs opérationnels** et un **plan d'actions**.

7-3 La mission :

L'objectif de ce diagnostic est de mettre en lumière les réalités vécues par les usagers et les différents partenaires parmi lesquels les acteurs des champs: social, médico-social, sanitaire, éducatif et de prévention, lorsqu'ils sont confrontés à des situations de souffrance psychique ou en difficulté liées à la santé mentale, d'en dégager les axes principaux de travail qui se traduiront en objectifs opérationnels et en plans d'actions.

7-4 Les étapes :

- ☒1 - Le recueil des réalités : le prestataire devra aller à la rencontre des associations d'usagers et des partenaires avec comme base un questionnaire qu'il devra construire et qui sera préalablement validé par le comité technique. Le questionnaire devra permettre d'aborder notamment les points suivants :
 - Comment les usagers et les partenaires sont-ils confrontés à la souffrance psychique, à la maladie mentale ?
 - Quels leviers utilisent-ils ou quels freins rencontrent-ils dans la compréhension des situations rencontrées, et dans la construction de réponses ?
 - Quels leviers et quels freins voient-ils dans la possibilité pour les personnes en souffrance de vivre dans la cité ?
- ☒2 - L'établissement d'un bilan permettant de dégager les axes principaux des problématiques qui pourraient donner lieu à des groupes de travail ;
- ☒3 - L'accompagnement du comité de suivi technique dans l'écriture d'objectifs opérationnels et du plan d'action et dans l'évaluation tout au long de la démarche.

7-5 La méthodologie :

Nous avons la conviction qu'aujourd'hui les acteurs de la santé mentale s'étendent au-delà des acteurs du soin et que chaque acteur du quotidien (logement, insertion, emploi,

éducation, loisirs, organismes de tutelle, usagers et familles, soin, associations spécialisées, police, justice, élus) peut croiser des situations de personnes en souffrance psychique ou malades psychiques. Chaque acteur est ainsi détenteur d'une partie de la connaissance des réalités et des besoins dans le champ de la santé mentale. Il ne peut donc s'agir de réaliser un Contrat Local de Santé sur la Santé mentale sans partager cet état de connaissance avec eux ni sans les associer à chaque étape de la démarche.

Le diagnostic partagé doit se faire dans le cadre d'une démarche participative (groupes de travail pour établir le bilan des étapes : 1, 2, 3.

7-6 Le suivi de la démarche :

Un comité technique garantira la méthode et soutiendra l'objectif d'une démarche participative autour des commanditaires. Il veillera à ce qu'une évaluation soit prévue à chaque étape de travail.

7-7 Les livrables attendus :

- Les résultats des questionnements des différents usagers et partenaires sous une forme exhaustive et synthétique ;
- L'écriture d'objectifs opérationnels et du plan d'action et la proposition d'indicateurs qui permettront d'évaluer la pertinence du plan d'actions.

7-8 Eléments et moyens mis à disposition du prestataire pour la mission :

- La liste des partenaires qui devront être rencontrés dans le cadre du diagnostic ;
- Un comité technique qui sera rencontré à plusieurs reprises durant la phase de diagnostic et d'élaboration des objectifs opérationnels et du plan d'actions ;
- Un groupe plénier constitué de la totalité des partenaires qui validera les objectifs opérationnels et le plan d'actions ;
- Un comité de pilotage constitué de l'ARS et de la Ville d'Angers, référents de la bonne exécution de la mission.

7-9 Eléments indicatifs concernant les thèmes à aborder (sans exclusivité):

Les avis à recueillir - Aborder les points forts/points faibles :

- La coordination des acteurs
- L'accès aux soins (l'intervention en urgence, la réponse en consultation, l'hospitalisation),
- L'accès et le maintien aux droits et dispositifs d'aide,
- L'évaluation des risques ou dangerosité,
- La régulation libérale, la connaissance de la sectorisation sur la ville d'Angers,

- Les structures de prises en charge sanitaire, sociale, médico-sociale, éducative ou associative : mode d'accès, difficultés, mode d'entrée, besoins non couverts.
- La continuité de la vie dans la cité avec des troubles psychiques,
- L'accès à l'hébergement en urgence,
- L'accès et le maintien à l'emploi,
- L'accès aux loisirs,
- L'accès à l'éducation,
- L'accès et le maintien au logement, les difficultés,
- La relation police, justice et santé mentale.

7-10 Propriété des éléments de l'enquête

L'ARS Pays de la Loire et la ville d'Angers seront co-proprétaires de tous les éléments de l'étude.

Article 8 - Conditions de réception:

Les prestations feront l'objet d'une réception par le Comité Technique. Cette réception pourra être globale ou avoir lieu à la fin de chacune des étapes, autorisant ainsi un paiement échelonné.

Article 9 - Litiges

En vue de trouver une solution amiable à tout litige qui surviendrait dans l'exécution du présent marché, l'ARS des Pays de la Loire et le Titulaire conviennent de se réunir dans les cinq jours à compter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception, notifiée par l'une des deux parties.

En cas de litige, il pourra être fait appel au comité consultatif de règlement amiable, conformément aux articles 127 et 128 du code des marchés publics.

Les litiges qui ne reçoivent pas de solution amiable relèvent du Tribunal Administratif de NANTES.

Article 10 – Signatures

Pour le Titulaire:

A, le

Signature

Pour le Pouvoir Adjudicateur:

A, le

Réalisation d'un diagnostic partagé en santé mentale dans le cadre des travaux préparatoires au Contrat Local de Santé (CLS) « Ville d'Angers » sur la santé mentale.

Marché ARS-PDL/DPPS/CAMI-2011-01

Proposition d'intervention

I. Le contexte

1. Les contrats locaux de santé

L'article L1434-17 de la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » du 21 juillet 2009 indique que « la mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par l'agence (régionale de santé), notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social ». Outil au croisement d'une politique descendante de déclinaison du projet régional de santé et d'une dynamique ascendante de développement local, le contrat local de santé incarne la dimension intersectorielle de la politique de santé et décline ses objectifs stratégiques dans cinq champs :

- prévention, promotion de la santé, veille, alerte et gestion des urgences sanitaires,
- santé-environnement,
- premier recours,
- hospitalier,
- médico-social.

Le projet régional de santé met en œuvre son plan stratégique régional de santé au travers de trois schémas, le schéma régional de prévention, qui englobe les deux premiers champs ci-dessus, le schéma régional d'organisation des soins, qui regroupe les deux suivants, et le schéma régional d'organisation médico-sociale. Les actions à mener sont décrites dans divers programmes, thématiques ou populationnels. Les contrats locaux de santé devront s'inscrire dans le cadre défini par les schémas et les programmes de l'ARS.

2. La politique de santé mentale

S'il est admis aujourd'hui que la santé mentale est l'affaire de tous, c'est le résultat d'une évolution des politiques, des mentalités et des pratiques au cours des deux dernières décennies.

Le terme de santé mentale apparaît dès la circulaire du 14 mars 1990, qui détermine les buts et les principes de la politique française de santé mentale. Elle incite les secteurs psychiatriques à faire « contrepoids à l'hospitalo-centrisme » en développant les liens avec les autres praticiens de santé, les acteurs sociaux, les établissements médico-sociaux et la population. Cette incitation à une collaboration plus large avec les autres acteurs de la cité s'inscrit dans l'acceptation du concept de santé tel qu'il est promu par l'Organisation mondiale de la santé au milieu des

années 1980¹. La lutte contre la maladie et la prévention spécifique qui en découle cèdent la place à une approche positive et dynamique de la santé, visant le développement de la santé mentale. Développer la santé mentale au sein d'une population demande d'agir simultanément auprès des malades, de leur entourage familial et plus largement des groupes sociaux ou communautés. La définition d'une politique de santé mentale inscrivant le soin et la réinsertion des personnes souffrant de pathologies psychiques graves dans la dimension plus large de la souffrance psychique a des répercussions importantes sur les acteurs de la psychiatrie. La santé mentale fait l'objet de programmes de santé publique, sous l'angle par exemple de la prévention du suicide ou du développement de compétences psychosociales chez les enfants. En 1999 l'Union européenne définit la santé mentale comme l'une de ses priorités, et l'Organisation mondiale de la santé en fait son thème de l'année 2001. La même année le Ministère de la santé définit un plan santé mentale, intitulé, « l'usager au centre d'un dispositif à rénover ». Ce plan s'inscrit dans une réforme plus vaste du système de santé, et liste toute une série de chantiers concernant : l'image de la maladie mentale, les droits des malades, les pratiques professionnelles des soignants, le partenariat entre tous les acteurs de la santé mentale, l'organisation de l'offre de soins, le développement de la recherche clinique et thérapeutique, la poursuite de la politique de prévention du suicide et le renforcement des programmes d'insertion sociale et professionnelle des jeunes.

Cette politique d'articulation avec la ville va de pair avec une diminution du nombre de lits : de 3 lits pour mille habitants en 1980, ce taux se rapproche de 1 pour 1000 au début des années 2000. L'hospitalisation se fait plus rare, et plus courte.

En 2004, une circulaire de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins² renforce les incitations de la circulaire de 1990. Le secteur psychiatrique, jusque là désigné comme l'acteur exclusif des missions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale dans le cadre de la lutte contre les maladies mentales, doit définir des modalités de coopération avec des organismes et des instances n'ayant pas le même découpage géographique que lui (groupement de coopération sanitaire, réseau de santé...). La circulaire cite les personnes handicapées en raison de troubles psychiques parmi les axes prioritaires au niveau national et précise que « le rôle propre du dispositif de soins spécialisés, et du secteur psychiatrique en particulier, doit être repensé en termes d'articulations avec le champ social et médico-social. À cet effet, ...(*il conviendra de*)... mener une concertation élargie avec les autorités compétentes, en particulier les élus locaux ». Quelques années plus tard, les recommandations de la commission Couty³ (2008-2009) vont dans le même sens et amplifient les orientations développées dans le plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008. La commission préconise la création dans chaque secteur psychiatrique d'un groupement d'intérêt public, animé par un conseil local pour la santé mentale, chargé de mettre en œuvre la politique de santé mentale définie par l'Agence régionale de santé. Un projet de loi sur la psychiatrie et la santé mentale, annoncé dès 2008, est toujours en cours de préparation.

¹ O.M.S., Charte d'Ottawa, 1986

² Élaboration du volet psychiatrie et santé mentale du schéma régional d'organisation sanitaire de troisième génération, Circulaire DHOS/O2 n° 2004-507 du 25 octobre 2004

³ E. Couty, Rapport sur les missions et l'organisation de la santé mentale et de la psychiatrie, remis au ministre de la santé le 9 janvier 2009.

3. Le handicap psychique

En 2005, la loi sur le handicap reconnaît le handicap psychique. La principale innovation de la loi est la création d'un droit à compensation : « La personne handicapée a droit à la compensation des conséquences de son handicap quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie ». Cette compensation se traduit par la création d'une prestation de compensation, en nature ou en espèces, définie à partir du projet de vie de chaque personne handicapée, en fonction des besoins propres. La loi crée les Maisons départementales des personnes handicapées, guichet unique pour l'accueil, l'information, l'orientation et le soutien des personnes handicapées et des familles concernées. Sous tutelle administrative et financière du Conseil général, la maison départementale des personnes handicapées abrite l'équipe pluridisciplinaire qui évalue « les besoins de compensation de la personne handicapée et son incapacité permanente sur la base de son projet de vie et de références définies par voie réglementaire et propose un plan personnalisé de compensation du handicap ». La loi instaure également les commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, organisées par les maisons départementales des personnes handicapées. Elles sont compétentes pour décider de la reconnaissance du degré de handicap et de l'ensemble des prestations afférentes. Ce nouveau dispositif est financé par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie,

Les personnes dont le handicap psychique est reconnu deviennent de fait bénéficiaires des textes sur la protection des salariés handicapés (aménagement du poste de travail...) et sur l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés. De plus, en 2006 est créé le fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique, qui jusque là n'était pas tenue à l'obligation d'emploi de personnes handicapées.

La loi de 2005 transforme les ateliers protégés en entreprises adaptées (relevant du milieu ordinaire) et les centres d'aide par le travail (CAT) en établissements et services d'aide par le travail (ESAT). Les commissions des droits et de l'autonomie orientent rapidement les personnes atteintes d'un handicap psychique vers ces établissements et services, et du fait de la carence d'établissements adaptés à ce type de handicap, cela ne constitue pas toujours une solution idéale, selon la commission des affaires sociales du Sénat⁴.

Sur le plan de la perception sociale des malades psychiques, l'opinion publique oscille entre compassion pour les malades et peur de la dangerosité qu'ils pourraient présenter, peur exacerbée par quelques faits divers tragiques, trouvant un large écho dans les médias et trouvant une traduction juridique dans les récentes réformes portant sur l'hospitalisation en psychiatrie.

4. La place des municipalités

Si la santé n'est pas une compétence des communes, la proximité des équipes municipales avec les citoyens et leur rôle dans la qualité du « vivre ensemble » (accompagnement social, transports et aménagements urbains, environnement...) en font des acteurs de santé au sens global du terme. En 1986, l'Organisation mondiale de la santé lance le projet Ville-santé, qui valorise le rôle des municipalités dans la promotion de la santé. La santé mentale fait partie des thématiques abordées dans ce cadre, notamment dans le relais de la semaine de mobilisation sur

⁴ Loi handicap : pour suivre la réforme Rapport d'information n° 359 de M. Paul BLANC, fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 3 juillet 2007

la santé mentale, au mois de mars. Angers adhère au réseau des villes-santé OMS et a investi la question de la santé mentale dès 1998.

La thématique de la santé mentale est très présente dans les préoccupations des élus municipaux, confrontés à « l'expression de la souffrance psychique de leurs administrés. Ils l'entendent dans leur permanence ou lors des réunions de quartiers, elle s'exprime auprès de leurs services, elle est présente dans de nombreuses demandes d'interventions sociales. ». Face aux personnes atteintes de troubles psychiques, ils se sentent interpellés à deux titres : leur rôle dans l'accompagnement social et leur rôle de maintien de la sécurité publique : « (les élus) constatent que les personnes handicapées psychiques sont confrontées à des problèmes qu'elles ne peuvent résoudre seules et que leurs souffrances peuvent les conduire à des gestes de violence fréquemment tournés vers elles mêmes mais aussi vers leurs proches ou d'autres encore. »⁵

La loi de décentralisation de 2003 a élargi les missions des maires et des municipalités. Expérimentés dans quelques régions après la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions de 1998, les ateliers santé ville ont été mis en place en 2000. A partir d'un diagnostic de santé, au sens large du terme, réalisé avec les professionnels sanitaires, sociaux, éducatifs, les élus et les habitants, des thématiques et des objectifs prioritaires font l'objet d'un travail en réseau visant l'amélioration de la situation. Les ateliers santé ville sont ensuite inscrits dans la loi d'orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine, d'août 2003, qui instaure les contrats urbains de cohésion sociale. La santé mentale est une des thématiques qui émergent lors des diagnostics, à partir de portes d'entrées variées : le repli sur soi, la dépression et le suicide, les addictions, les difficultés à vivre ensemble, l'agressivité et la violence... Les Municipalités sont également aux avant-postes dans la problématique de l'insertion sociale des malades psychiques, de par leurs missions dans le domaine du logement et de l'action sanitaire et sociale.

En matière de santé mentale, le maire exerce un pouvoir d'hospitalisation psychiatrique provisoire en cas de danger imminent pour la sûreté d'autrui ou de la personne elle-même. Cette compétence en fait un interlocuteur de la psychiatrie de secteur.

En octobre 2005, des élus en charge de la santé fonde l'association Elus, santé publique et territoires⁶, qui milite pour une territorialisation des politiques de santé à l'échelle des communes ou des regroupements de communes, à partir du modèle et de l'expérience des ateliers santé ville.

Le plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 incite dans la suite des textes réglementaires précédents, à la création de conseils locaux de santé mentale à l'échelle des secteurs psychiatriques. Incitation n'est pas obligation, et en 2007, seules quelques municipalités sont engagées dans un conseil local de santé mentale, aux côtés de l'équipe du secteur psychiatrique, des professionnels des établissements et services médicosociaux, des associations d'usagers et de familles. Rejoignant les précurseurs lillois prônant le développement d'une psychiatrie citoyenne, de plus en plus de municipalités créent leur conseil local de santé mentale, comme Brest en 2008 ou Nanterre, en 2009. De son côté, la ville de Marseille a signé en 2009 le premier contrat local de santé avec l'Agence régionale de santé de Provence-Alpes-Côte d'Azur, après avoir investi pendant des années la thématique des addictions, de la précarité et de la santé mentale.

⁵ Position de l'association des Maires de France, associés à la campagne « accepter les différences, ça vaut aussi pour les troubles psychiques, mars 2005.

⁶ www.espt.asso.fr

5. La place des associations d'usagers

Deux grandes fédérations d'usagers sont reconnues par les pouvoirs publics et l'ensemble des acteurs pour leur représentativité, leurs propositions et leurs réalisations concrètes : l'UNAFAM (Union nationale des amis et familles de malades psychiques), créée dès 1963 et la FNAPSY (Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie), qui voit le jour en 1992.

Avec des associations de soignants, et notamment l'association Croix-Marine, ces deux fédérations publient en 2001 le livre blanc plaidant pour une alliance entre usagers, familles, soignants et acteurs de la cité.

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique ont renforcé la participation des usagers. Elles posent les fondements d'une véritable « démocratie sanitaire », en affirmant les droits de l'utilisateur qui contribue à le rendre à la fois acteur de la prise en charge de sa santé et acteur des décisions de santé publique.

Le plan santé mentale 2005-2008 a permis le développement des associations d'auto support par le financement de groupes d'entraide mutuelle. Pensés à partir du modèle des « clubs » soutenus par l'UNAFAM, ces groupes favorisent l'autonomie des personnes en s'appuyant sur le soutien par les pairs. Ce développement a été extraordinairement rapide puisqu'en deux ans, 249 groupes d'entraide mutuelle ont été créés dans 97 départements. Ils sont plus de trois cents aujourd'hui, ce qui témoigne bien de l'importance des besoins. Certains d'entre eux émanent des services de psychiatrie, mais ils sont de plus en plus nombreux à être gérés par les malades eux-mêmes. Les textes réglementaires prévoient une autonomisation progressive, et une place croissante des malades dans les instances décisionnaires

II. La commande

L'Agence régionale de santé des Pays de la Loire et la Ville d'Angers sont engagées dans l'élaboration d'un contrat local de santé portant sur la thématique de la santé mentale, ayant pour objectif l'amélioration de la santé mentale de la population de tous âges sur le territoire de la Ville d'Angers. Elles sollicitent un appui méthodologique et technique pour les accompagner dans cette démarche en trois étapes :

- L'élaboration d'un diagnostic sur la problématique de la santé mentale partagé par tous les acteurs du territoire ; une centaine de structures partenaires de la Municipalité sont recensées.
- La définition d'axes et d'objectifs opérationnels à inscrire dans le contrat local de santé, à élaborer de façon participative.
- L'accompagnement de L'ARS et de la Ville d'Angers dans l'écriture du contrat local de santé.

L'accompagnement doit permettre l'expression des besoins de tous les acteurs, qu'ils interviennent dans le cadre de la prévention, des soins, de l'insertion sociale et professionnelle, de la sécurité... Il s'agit de définir un projet fédérateur, susceptible de mobiliser des institutions et des organismes très différents.

S'il est élaboré avec les acteurs de la cité, le contrat local de santé doit cependant s'inscrire dans le projet régional de santé défini par l'Agence régionale de santé pour tous les habitants de la région.

Pour concilier ces deux impératifs, différentes instances participent à ces travaux :

- le comité de pilotage, composé de l'ARS et de la Ville d'Angers,
- le comité technique, chargé du suivi des travaux,
- l'assemblée plénière, rassemblant tous les partenaires impliqués.

Les livrables attendus

- Un diagnostic partagé portant sur les données objectives, les perceptions et les souhaits des différents acteurs.
- Des fiches synthétiques présentant des objectifs et des plans d'action qui pourront figurer dans le contrat local de santé.
- Une méthode et des outils facilitant le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre du contrat.

La mission doit se dérouler sur une période de six mois maximum à compter de l'attribution du marché.

III. Notre proposition

1. Une équipe

Francis NOCK, consultant en santé publique : chef de projet, coordination, recueil de données, analyse transversale, rédaction finale.

15 ans d'expérience dans l'appui aux décideurs et en évaluation de programmes de santé publique sur des thématiques à forte composante psychosociale (PRAPS, addictions, VIH, prévention du suicide, éducation pour la santé, éducation thérapeutique). Membre de la Société Française de Santé Publique et de la Société Française de l'Évaluation.

- Évaluation de programmes de santé publique et appui aux décideurs :
 - Appui à la rédaction du schéma régional de prévention et du programme régional d'accès à la prévention et aux soins de l'Agence régionale de santé d'Aquitaine, 2011, en cours.
 - Évaluation de la politique d'addictologie et définition du Schéma régional d'addictologie, GRSP PACA, 2008-2009.
 - Évaluation du Programme régional d'accès à la prévention et aux soins de Poitou-Charentes et de PACA, (DRASS, puis GRSP), 2003-2007.
- Sur la thématique de la santé mentale :
Rédaction de guides méthodologiques :
 - Jeunes en grande difficulté; prise en charge concertée des troubles psychiques, Ministère de la Justice et Ministère de la Santé, rédaction 2002, publication 2005
 - Prévention Primaire du suicide des jeunes : recommandations pour les actions régionales et locales, Guides d'actions, éditions C.F.E.S, 2001Évaluation de programmes
 - Évaluation du programme « maladie psychique et insertion sociale des personnes adultes » de la Fondation de France, 2009-2010.
 - P.R.S. prévention du suicide des jeunes en Bretagne : formation-action à l'auto évaluation des réseaux de proximité, 2005-2006
 - P.R.S. prévention du suicide en Poitou-Charentes : Évaluation des points – écoute, 2005

(voir en annexe une présentation détaillée des travaux effectués)

Évelyne ANDRE-JEANNEAU, Ancienne Inspectrice principale hors classe en charge du Plan régional de santé publique de la région Poitou-Charentes.

- Octobre 2004 à octobre 2009 : Inspectrice principale de l'action sanitaire et sociale à la DRASS Poitou-Charentes en charge du GRSP et des politiques de prévention.
- Membre du bureau de la Société Régionale de Santé Publique de Poitou-Charentes, où elle s'intéresse notamment à la question de la territorialisation des politiques de Santé Publique
- Chargée de cours à l'Institut de droit sanitaire et social de Poitiers, sur les politiques locales de santé.

Claude WOLTER, Directeur de l'Atelier de l'évaluation en Prévention et Promotion de la santé, ancien dirigeant associatif.

Organisation et coordination du recueil de données et des enquêtes.

Membre de la Société Française de Santé Publique.

Conduites d'enquêtes sur des thématiques similaires :

- Évaluation du programme « maladie psychique et insertion sociale des personnes adultes » de la Fondation de France, 2009-2010
- Évaluation de la politique d'addictologie et définition du Schéma régional d'addictologie, GRSP PACA, 2008-2009.

Alexandre YORDANOV SANDEV, Statisticien, traitement des données quantitatives et qualitatives en santé publique.

Travaux récents :

- Étude du parcours du patient atteint de Rhumatismes inflammatoires chroniques lors de son accès à une 1ère biothérapie. Mission effectuée pour le compte de l'Agence Empatient, 2011
- Étude sur les actions financées dans le cadre du programme « maladie psychique et insertion sociale des personnes adultes » de la Fondation de France, 2009-2010
- Analyse de la file active du réseau de Cancérologie ONCO 94, 2009

2. Une méthode

La co-construction : « définir ensemble d'où l'on part, négocier où l'on va »

L'efficacité des programmes et des plans d'action est fortement liée à leur appropriation par l'ensemble des partenaires. Être partie prenante d'un projet, lui accorder de l'importance et lui dédier des moyens est une posture qui se construit dans la participation active dès la phase de diagnostic et de recherche de solutions. Nous nous inscrivons comme facilitateurs de cette démarche de co-construction, à toutes les étapes de la mission, en privilégiant les interactions entre les partenaires, (entretiens de groupe, plutôt qu'individuels)

2.1. Les phases de la mission

Pilotage et suivi :

Les responsables de l'équipe d'appui rencontreront régulièrement le comité de pilotage et le comité technique pour :

- Cadrer la mission, valider la méthodologie
- Discuter et valider les méthodes et outils de recueil de données
- Discuter et valider les synthèses des travaux (diagnostic, proposition d'axes, d'objectifs et d'actions)

2.1.1. « Définir ensemble d'où l'on part »

➤ Le recueil de données

Nous commencerons par rechercher les données existantes sur la problématique de la santé mentale à Angers : documents de l'ARS, de l'Observatoire régional de la santé, des services hospitaliers (psychiatrie, urgences), des associations...

Parallèlement, nous proposons d'organiser quatre réunions de travail avec les acteurs principaux du futur Contrat Local de Santé :

- les référents de l'Agence régionale de santé concernés (délégation territoriale, santé mentale, prévention, promotion de la santé, politique de soins, accompagnement médico-social),
- les équipes de la Communauté urbaine d'Angers concernés (Direction de la santé publique, CCAS, logement, associations, vie culturelle...),
- les équipes des secteurs de psychiatrie,
- les associations d'usagers et de proches.

Puis nous interrogerons l'ensemble des partenaires à l'aide d'un questionnaire (quantitatif et qualitatif) construit en plusieurs volets (accès et maintien des droits, accès aux soins, urgence et sécurité, vivre ensemble dans la cité, coordination et suivi) et abordant :

- les problématiques constatées (objectivées et ressenties),
- les structures et dispositifs existants,
- les freins et leviers pour l'action,
- les propositions d'axes, d'objectifs et d'actions à mettre en œuvre.

Les répondants qui souhaiteront apporter des informations complémentaires seront invités à le signaler. Ils seront joints par téléphone pour un entretien d'approfondissement

Les étapes :

- Recherche et synthèse des données existantes sur les problématiques de santé mentale à Angers.
- Organisation et animation de 4 réunions de travail avec les acteurs-clés.
- Établissement de la liste des personnes à interroger, représentant les structures partenaires (coordonnées précises : nom, téléphone, adresse électronique).
- Élaboration et validation d'un questionnaire et du plan d'analyse statistique.
- Envoi du questionnaire et suivi des retours : deux relances sont prévues afin d'optimiser le taux de retour.

➤ L'analyse

L'ensemble des données recueillies sera analysé de manière à rendre compte de l'existant, en termes de problématiques et de réponses, mais également en termes de perception des différents acteurs quant aux solutions à mettre en œuvre. L'analyse devra permettre de repérer les freins et les leviers pour l'action, ainsi que la motivation et les capacités d'engagement des différents types d'acteurs.

Les étapes :

- Saisie des questionnaires et des données recueillies lors des entretiens téléphoniques et des réunions de travail.
- Analyse statistique et qualitative portant notamment sur la perception des répondants quant aux problématiques rencontrées et aux solutions proposées.
- Production d'un diagnostic et d'une synthèse (power point)

➤ La validation du diagnostic

Le diagnostic de la situation, des enjeux et des possibilités de collaboration dans le cadre du futur contrat local de santé doit pouvoir être validé à deux niveaux : politique (comité de pilotage) et technique (assemblée plénière). Cette double validation est une des conditions de succès de la démarche. Le document sera adressé d'abord aux instances de pilotage une semaine avant une rencontre où seront discutés les éventuelles modifications à y apporter. La version validée « politiquement » sera alors adressée à l'ensemble des partenaires avec une proposition de constituer des groupes de travail lors de l'assemblée plénière, pour discuter, affiner voire amender le diagnostic. L'assemblée plénière permettra également de lancer la deuxième phase de la démarche, par la définition des groupes de travail chargés d'élaborer des propositions d'objectifs et d'actions pour chaque axe du futur contrat local de santé.

Les étapes :

- Présentation du diagnostic et de la synthèse des pistes de travail au groupe technique et au comité de pilotage.
- Discussions et validation des documents.
- Présentation des documents à l'assemblée plénière des partenaires, travaux de groupe sur le diagnostic, discussion et validation.
- Définition des groupes de travail et élaboration d'un calendrier de travail.
- Production du diagnostic partagé validé.

2.2. « Négociateur où l'on va »

➤ Les groupes de travail

Même si les thématiques restent à définir, il apparaît intéressant de faire réfléchir ensemble les acteurs d'un même secteur ou domaine d'intervention. Nous proposons la répartition suivante, en sachant que la définition des axes et des objectifs nous amènera peut-être vers une autre classification. Il faut avoir également à l'esprit que certaines structures sont intéressées par plusieurs thématiques.

Les thématiques envisagées :

- La promotion de la santé mentale et la prévention de la souffrance psychique (prévention universelle et prévention spécifique).
- Les droits et les soins (ambulatoire, hospitalier, à domicile ou en structure spécialisée).
- La gestion des urgences et les questions de sécurité (personnes se mettant en danger ou présentant un danger pour autrui).
- La vie dans la cité (hébergement et logement, accès la culture, aux sports, aux loisirs)
- Les activités à plus-value économique et/ou sociale (accès ou maintien dans l'emploi, engagement associatif...)
- La coordination des acteurs, le suivi et l'évaluation

Une première réunion de travail de ces groupes devrait permettre de dégager des objectifs pour chaque axe et de lister les publics prioritaires, les actions à valoriser, à renforcer ou à mettre en œuvre pour atteindre ces objectifs. Nous proposons de fournir aux différents groupes des présentations synthétiques de projets novateurs concernant notamment l'insertion sociale et professionnelle des malades psychiques, sujet que nous avons pu approfondir lors d'une mission précédente.

Les groupes de travail ou certains d'entre eux pourraient se poursuivre après la définition du contrat local de santé, pour faciliter et accompagner sa mise en œuvre.

Les étapes :

- Définition des axes et constitution d'autant de groupes de travail avec un ou deux référents identifiés (binômes ARS – Ville ?)
- Choix des dates de la première réunion des groupes, invitations à l'ensemble des partenaires identifiés.
- Co-animation des réunions de groupe

➤ La validation des travaux de groupe

Les travaux des groupes doivent aboutir à la réalisation de fiches synthétiques par axe du contrat, présentant les objectifs à atteindre, les publics prioritaires et les actions à mettre en œuvre.

Les étapes :

- A partir des comptes-rendus des travaux des groupes, élaboration de tableaux synthétiques présentant les axes, objectifs et principales actions à inscrire dans le futur Contrat local de Santé.
- Présentation au groupe technique et au comité de pilotage, discussion et validation.
- Envoi par courrier électronique à tous les participants assorti d'un délai pour les commentaires et propositions d'amendements.

2.3. L'accompagnement du Comité technique vers la définition du contrat local de santé

A partir du diagnostic partagé, des productions des groupes de travail et des cadres imposés par le Programme régional de santé et la politique définie par la Ville d'Angers, il faut décliner un plan d'action cohérent et réaliste et définir les modalités et les outils d'évaluation de l'activité, de la qualité et de l'impact du contrat local de santé.

Les étapes :

- Trois rencontres avec le comité technique.
- Production de documents permettant la rédaction du contrat local de santé sur le plan de son contenu et de ses modalités de suivi et d'évaluation.

3. La répartition des tâches

Responsable de la mission : Francis Nock

Le tableau ci-dessous détaille la répartition des activités entre les membres de l'équipe d'appui.

| | Francis NOCK | Evelyne ANDRE | Claude WOLTER | Alexandre SANDEV |
|--|-----------------|------------------|------------------|---------------------|
| Rencontres préalables au recueil de données | | | | |
| Etablissement de la liste et des coordonnées des personnes à interroger | | | | |
| Recherche sur les données objectives existantes | | | | |
| Elaboration et validation des questionnaires et grilles d'entretien | | | | |
| Rédaction du Plan d'analyse | | | | |
| Envoi des questionnaires, suivi des retours, entretiens téléphoniques complémentaires | | | | |
| 4 entretiens de groupe avec les acteurs clés | | | | |
| Saisie et traitement des données recueillies | | | | |
| Analyse statistique quantitative et qualitative | | | | |
| Production d'un diagnostic et d'une synthèse | | | | |
| Présentation au comité technique et au comité de pilotage | | | | |
| Assemblée plénière, présentation, animation, recueil de données | | | | |
| Rédaction du diagnostic partagé, validation par le comité technique et au comité de pilotage | | | | |
| Animation des groupes de travail | | | | |
| Synthèse sous forme de tableau, validation | | | | |
| Envoi mail pour validation | | | | |
| Accompagnement du comité technique, 3 rencontres | | | | |

Diagnostic partagé en santé mentale ARS / Ville d'Angers
Préparation de la réunion de cadrage du 12 décembre 2011
avec le groupe technique

Questions que se pose l'équipe d'évaluation :

1. Périmètre du champ concerné : quelle définition de la santé mentale dans le futur contrat local de santé ?

Les problématiques liées à la santé mentale ne sont pas les mêmes selon qu'on les envisage sous l'angle de la définition d'une politique de santé ou sous l'angle de la vie dans la cité. Il est important de se mettre d'accord sur les aspects couverts par le futur contrat local de santé (voir le tableau en annexe).

Axes inclus dans le futur contrat local de santé :

- La promotion de la santé mentale (compétences psychosociales, estime de soi..)
- La prévention de la souffrance psychique et du suicide.
- La gestion des situations de crise et des urgences en psychiatrie.
- L'accès aux soins psychologiques et psychiatriques, en ville et à l'hôpital.
- L'accès à un hébergement, à la formation et à l'emploi des personnes vivant avec un handicap psychique (médico-social).

Autres axes relevant de l'ARS qui concernent la santé mentale :

- La prévention des troubles de la relation parents –enfants (visité prénatale précoce, réseau périnatalité...).
- La prévention des addictions avec et sans produits.
- Le handicap mental (scolarité, insertion sociale et professionnelle des personnes atteintes d'une déficience intellectuelle).
- Les atteintes des fonctions cognitives chez les personnes âgées (sénilité, maladie d'Alzheimer...).

Faut-il inclure ces axes dans le futur CLS ?

Pour ce qui concerne l'insertion sociale et professionnelle des personnes atteintes d'une maladie psychique, de nombreuses actions dépassent le cadre du schéma médico-social et relèvent davantage de la cohésion sociale :

- L'insertion sociale (accès aux activités culturelles et sportives, scolarité, vie dans la cité, participation citoyenne...)
- Le maintien dans l'emploi et l'insertion professionnelle

Ces éléments, qui intéressent les collectivités locales, seront-ils pris en compte dans le futur CLS ?

2. Validation de la méthode et du calendrier de la mission d'accompagnement

Les étapes de la mission :

Définir ensemble d'où l'on part :

- Recherche documentaire
- Organisation de 4 réunions de travail avec les acteurs principaux du CLS :
 - o Les agents de l'ARS concernés : DT 49, référents thématiques et référents des trois schémas, personnes chargées du suivi du CLS...
 - o Les agents de la Ville d'Angers concernés : santé, prévention, scolarité, sécurité, CUCS...

- Les acteurs du soin en psychiatrie : CESAME, secteurs, professions libérales spécialisées, médecins généralistes...
- Les usagers de la psychiatrie : UNAFAM, GEM, associations...
- Élaboration d'un questionnaire, et envoi à une centaine d'acteurs concernés par le futur CLS.
- Analyse des données recueillies et production d'un diagnostic
- Validation du diagnostic par le groupe technique, le comité de pilotage et l'assemblée plénière

Négocier où l'on va :

- Définition des axes du futur CLS et constitution d'autant de groupes de travail.
- Animation d'une première réunion de chaque groupe.
- Définition des objectifs et des principales actions à inscrire dans le CLS

Accompagnement à la rédaction du CLS (3 rencontres)

Le groupe technique valide-t-il ces étapes ? Quel calendrier pour réaliser la mission ? Quelle fréquence des rencontres avec le groupe technique et avec le comité de pilotage ?

3. Organisation des réunions de travail avec les acteurs-clés :

Nous souhaiterions que ces réunions aient lieu en janvier, pour pouvoir rapidement prendre la mesure des enjeux, des contraintes et des ressources existantes, et élaborer un questionnaire pertinent.

*Comment organiser ces rencontres ? A quelles dates ? Avec quels participants ?
Comment les inviter : invitation conjointe ARS / Ville d'Angers ?*

Francis NOCK
Le 5 décembre 2011

Angers, le 15 décembre 2011

**CONTRAT LOCAL DE SANTE
de la Ville d'Angers**

Compte-rendu de la réunion du 12 décembre 2011

Ont participé à la réunion :

- M. Nock responsable du Cabinet Francis Nock Consultants,
- Mme ANDRÉ-JLANNEAU, Cabinet Francis Nock Consultants,
- Dr DANIEL, déléguée territoriale de Maine-et-Loire
- Dr BOUSSIN : responsable de la direction de la santé publique de la Ville d'Angers,
- M. TOUZET-PILRKE, psychologue à la direction de la santé publique de la Ville d'Angers,
- Mme Danièle DAUDET, infirmière de santé publique,
- Mme Michèle ROQUILLERNOU, secrétaire administratif.

Le but de la réunion était de répondre aux questions posées par le Cabinet Nock dans le cadre de la préparation du diagnostic partagé à savoir quelle définition du périmètre de la santé mentale dans le contrat local de santé.

Le Dr BOUSSIN propose de fournir le compte-rendu de la réunion du 26 mai 2011 qui a rassemblé l'ensemble des partenaires.

Il est précisé que la signature du contrat se fera sur la base d'un plan d'actions

Proposition d'une réunion le 19 janvier 2012 à la Mairie d'Angers avec l'ensemble des personnes qui ont proposé leur présence dans le comité technique au vue de la constitution de ce comité technique (12 personnes environ).

Proposition de 4 rencontres avec le Cabinet Nock :

- ARS à Nantes (Mme DANIEL s'en charge),
- Ville d'Angers,
- Associations et GEM (par le DT49),
- CFSAME (M. SALAUN sera informé par le DT49).

Rédaction du questionnaire qui permettra le diagnostic partagé pour la fin février.

F. NOCK doit rapidement proposer des dates pour ces rencontres.

La déléguée territoriale,


Danièle DANIEL

**Contrat Local de Santé
en santé mentale
Réunion du 19 janvier 2012**

Etaient présents :

- Madame ALLIGAND - Cité Justice Citoyen
- Madame ANDRE-JEANNEAU - Consultante
- Madame ANGER- Val de Loire
- Madame BOSSE - MDPH
- Monsieur BOUCHER - Le Toit Angevin
- Monsieur BOUSSIN - Ville d'Angers
- Madame BOUVET - UNAFAM
- Monsieur PAILHE - CHU
- Madame DANIEL - ARS
- Madame DAUDET - ARS
- Madame DAVEAU - DDCS
- Monsieur DEBLED - UNAFAM
- Monsieur DUFOUR - Angers Habitat
- Madame ESTAMPE - Préfecture
- Madame FAUSSER - CESAME
- Monsieur FEDERKEIL - ALIA
- Monsieur FRAPPART - UPAP
- Monsieur FRIBAULT - Abri de la Providence
- Monsieur MANCEAU - ALIA
- Madame MOUSSET - ATADEM
- Monsieur NOCK - Consultant
- Madame POEHR - UDAF
- Monsieur PORTAIS - Maison des Adolescents
- Madame PYTHON - ATADEM
- Monsieur QUANTIN - Cité Justice Citoyen
- Madame RABOUIN - Aide Accueil
- Madame RIOUAL - SUMPPS
- Madame ROQUEBERNOU - ARS
- Madame SINGARRAUD - SOS Femmes
- Monsieur TOUZET-PIERRE - Ville d'Angers

Etaient Excusés :

- Monsieur LEFEBURE - Anjou Castors
- Monsieur PONTEFRACT - CHU
- Monsieur ROYER - SPIP

I. Objectif de la réunion : constitution du comité technique

« Composé de techniciens, des membres du comité de pilotage et des acteurs représentant les champs social, médico-social, sanitaire et de la prévention, il sera l'interlocuteur du prestataire lors du déroulement du diagnostic. Il prendra les décisions nécessaires qui permettront l'élaboration des objectifs opérationnels et des actions. Il garantit la méthode participative de toutes les composantes et veillera que soit prévue une évaluation à chaque étape du travail. »

II- Le contrat local de santé et le diagnostic territorial partagé

La Ville d'Angers et l'Agence Régionale de Santé rappellent succinctement les étapes :

- Juillet 2010 : candidature de la Ville d'Angers pour un Contrat Local de Santé en santé mentale.
- Mai 2011 : réunion de plus de 60 acteurs à l'invitation de l'Agence Régionale de Santé et de la Ville d'Angers. Accord pour la participation à un diagnostic territorial partagé préalable à la signature d'un contrat local.
- Décembre 2011 : choix du prestataire pour accompagner le diagnostic local : Francis NOCK, Consultants.
- Janvier 2012 : lancement du diagnostic qui se poursuivra jusqu'en juin ou juillet avec l'élaboration d'objectifs opérationnels et d'un plan d'actions.

Francis NOCK présente les étapes qu'il envisage :

- Rencontre avec les acteurs principaux du futur Contrat Local de Santé afin d'avoir une vision globale de la réalité du territoire :
 - l'Agence Régionale de Santé,
 - le CESAME et les équipes des secteurs de psychiatrie,
 - la Ville d'Angers et ses différents services concernés,
 - les associations d'usagers et de familles.
- Élaboration et envoi d'un questionnaire postal à une centaine de partenaires avec possibilité pour ceux qui le souhaitent de contacts téléphoniques ou de rencontres.
- Analyse des réponses. Le questionnaire laissera beaucoup de place à l'expression avec de nombreuses questions ouvertes.
- Restitution des résultats au groupe plénier.
- Mise en place de groupes de travail thématiques ou par groupe d'âge ou de population.
- Proposition d'objectifs opérationnels et d'un plan d'actions qui seront soumis au groupe plénier.

Evelyne ANDRE-JEANNEAU rappelle l'origine du Contrat Local de Santé et évoque le Conseil local de santé mentale qui pourrait être présent dans la future loi « santé mentale ».

III- L'étendue du Contrat Local en santé mentale

Francis NOCK présente un tableau dans lequel sont présentées les thématiques du Contrat Local de Santé à partir des champs d'interventions et des groupes d'âge. Faut-il travailler avec l'ensemble des acteurs de la périnatalité au grand âge au risque de passer à côté des objectifs du Contrat Local de Santé ?

Décision :

- Le questionnaire sera envoyé aux réseaux périnatalité, petite enfance et grand âge. Leurs organisations respectives et les actions déjà entreprises permettront de recueillir des données sur les réalités rencontrées.
- Le questionnaire sera envoyé aux acteurs pour les secteurs enfance, adolescence, jeune adulte et adulte.
- En fonction des résultats des questionnaires et des décisions prises en assemblée plénière, l'élaboration des objectifs opérationnels et du plan d'actions portera sur l'ensemble des groupes d'âge ou non.
- Il faut noter que la ville élabore actuellement les plans d'action du Projet Éducatif Local qui intéresse les secteurs petite enfance et enfance.

Il est confirmé que le Contrat Local de Santé portera sur le handicap psychique et pas sur le handicap mental.

Le Contrat Local de Santé sera l'occasion, par l'intermédiaire du questionnaire et des groupes de travail, d'évoquer des situations très concrètes.

IV- La mise en place du comité technique

Il est rappelé par plusieurs intervenants que le comité technique doit être une cellule opérationnelle et que pour cela, il doit comporter un nombre raisonnable d'acteurs.

Il doit cependant comprendre des représentants de différents domaines :

- logement,
- hébergement – grande précarité,
- soins,
- secteur médico-social,
- usagers – familles,
- protection des usagers,
- ados – jeunes adultes – étudiants,
- lien social.

Le comité se réunira 7 à 8 fois d'ici le mois de juin. Il sera consulté pour :

- la validation du questionnaire et de la liste des acteurs concernés,
- la validation de l'analyse des questionnaires avant le comité plénier,
- l'élaboration des objectifs opérationnels et du plan d'action après les groupes de travail.

Près de 30 participants étaient invités à cette réunion pour couvrir tous ces domaines. Certains avaient déjà fait acte de candidature, d'autres ont été sollicités. Il apparaît impossible d'être opérationnel à 30.

Décision :

- Un groupe intermédiaire dit de consultation comprendra les 30 membres invités. Ils seront consultés et invités à donner un avis par écrit avant les rencontres du comité technique. Ils seront pour cela destinataires des documents de travail.
- Le comité technique devrait se réunir dès le mois de février pour le questionnaire. A déjà été évoqué pour sa composition:
 - . la FNARS pourrait représenter les acteurs de la grande précarité,
 - . l'Union Sociale de l'Habitat pourrait intervenir pour les bailleurs,
 - . le CESAME pourrait intervenir pour le compte de la Maison des Adolescents et de l'UPAP,
 - . Lucie ESTAMPES, déléguée du Préfet, pourrait faire le lien avec les acteurs de la politique de la ville, de la police, de la justice et le SPIP.
- A la demande des participants à la réunion, nous faisons la proposition suivante pour la constitution du comité technique ;
 - o Logement ; un bailleur ou un représentant de l'Union Sociale de l'habitat
 - o Grande précarité ; un représentant de la FNARS
 - o Soins ; 1 représentant du CESAME (qui représentera également la maison des adolescents), du CHU (UPAP ?) et du DIASM
 - o Usagers ; 1 représentant de l'UNAFAM
 - o Protection des majeurs ; 1 représentant
 - o Etudiants ; SUMPPS
 - o Lien social ; ATALAS
 - o Adolescents ; ASEA
 - o Addictions ; ALIA
 - o Préfecture -Etat ; Lucie Estampes avec éventuellement 1 représentant du SPIP
 - o Ville et ARS

Gérard BOUSSIN,
Ville d'Angers

Diaporama présenté au Comité Technique du 19 janvier 2012

Contrat local de santé ARS – Ville d'ANGERS

Comité technique du 19 janvier 2012

- Présentation de la méthode et des étapes de l'accompagnement
- Repères sur les Contrats locaux de santé
- Loi sur l'organisation de la psychiatrie: opportunité d'inclure la création d'un conseil local de santé mentale dans le CLS
- Le périmètre du CLS santé mentale ARS – ANGERS: des thématiques aux acteurs, point d'étape

Frederic Neck Consultants o/12012

L'accompagnement à l'élaboration du contrat local de santé ARS – Ville d'ANGERS

Validation du diagnostic et élaboration des objectifs du CLS

- Assemblée plénière et ateliers.
- Mise en place de groupes de travail thématiques.
- Définition des axes, objectifs et principales actions du CLS
- Validation par le comité de pilotage

Frederic Neck Consultants o/12012

L'accompagnement à l'élaboration du contrat local de santé ARS – Ville d'ANGERS

Phase préparatoire:

- Définition du périmètre du contrat local de santé: thématiques, secteurs, partenaires.
- Rencontre avec les « acteurs clés »: ARS et CESAME, Ville d'Angers, Associations d'usagers, pour préciser, les cadre, la place et les apports de chacun, au regard des textes réglementaires.
- Elaboration d'un questionnaire et de la liste des structures / personnes engagées dans le processus.

Frederic Neck Consultants o/12012

L'accompagnement à l'élaboration du contrat local de santé ARS – Ville d'ANGERS

Rédaction du contrat local de santé:

- Définition des signataires.
- Définition des engagements réciproques.
- Définition des fiches action.
- Définition du calendrier et du budget.
- Définition des modalités de suivi et d'évaluation

Frederic Neck Consultants o/12012

L'accompagnement à l'élaboration du contrat local de santé ARS – Ville d'ANGERS

Phase d'enquête:

- Envoi du questionnaire et suivi des retours.
- Entretiens téléphoniques, rencontres complémentaires.
- Saisie, Analyse des résultats.
- Présentation d'une synthèse au comité de pilotage et au groupe technique.
- Envoi de la synthèse à tous les acteurs interrogés

Frederic Neck Consultants o/12012

Les Contrats locaux de santé

- **Références:**
- Mesure inscrite dans la loi HPST du 21 juillet 2009
- Art L 1434-17 du CSP;
"La mise en œuvre du Programme régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par l'agence notamment avec les territoires portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social"

Frederic Neck Consultants o/12012

Le CLS: instrument de consolidation du partenariat local sur les questions de santé

Lien entre les objectifs du PRS et la dynamique locale

- Dimension intersectorielle
- A partir d'un diagnostic partagé, il est élaboré de manière participative
- Outil de coordination des financeurs et des politiques impactant la santé mais aussi des acteurs et des usagers.
- Outil de planification locale: plan d'actions
- Outil de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre

Franck Nock Consultants
09/2012

CLSM: modalités

Un cadre de concertation et d'élaboration des projets dédiés aux priorités en santé mentale sur un territoire

- 4 partenaires primordiaux: l'ARS - les élus des C.T. - les usagers, les familles - la psychiatrie
- Une assemblée plénière avec l'ensemble des acteurs
- Des groupes de travail
- Souvent un animateur
- Lieu de décloisonnement des institutions
- Outil de coordination
- Cadre contribuant à la lutte contre l'exclusion, la discrimination, la stigmatisation
- Cadre de reconnaissance du rôle, de l'expérience et de l'expertise des usagers et de leur entourage

Franck Nock Consultants
09/2012

LE CHAMP du CLS

- Sur le territoire de la ville d'ANGERS
- L'objectif est :
d'améliorer la santé mentale de la population de tous âges;
de contribuer au mieux vivre dans la cité

les SIGNATAIRES PRINCIPAUX

- L'ARS
- La ville d'Angers
et toute autre institution ou collectivité locale impliquée

Franck Nock Consultants
09/2012

CLSM: les actions possibles

- La gestion des situations complexes voire de crise
- L'amélioration de la lisibilité des réponses existantes
- L'insertion sociale dans la cité
- L'amélioration de la fluidité des parcours
- La mise en œuvre de formations croisées et interprofessionnelles des acteurs pour favoriser une culture commune
-

Franck Nock Consultants
09/2012

Le CONSEIL LOCAL de SANTE MENTALE

Un cadre réglementaire incitatif

- Depuis 1972: recommandation
- Plus récemment évoqué dans le plan santé mentale 2005-2008
- Janvier 2009: réaffirmé dans le rapport Couty
- Octobre 2011: la Cour des comptes dans son rapport souligne que: « les conseils locaux ont fait leur preuve pour la mobilisation de l'ensemble des acteurs locaux » et affirme que « leur développement doit être soutenu »
- La future loi sur la Santé mentale devrait encourager leur mise en place.

Actuellement 56 conseils locaux de santé mentale fonctionnent de manière opérationnelle

Franck Nock Consultants
09/2012

CLS: des thématiques aux acteurs

- Thématiques incluses: promotion de la santé mentale, prévention de la souffrance psychique et du suicide, repérage précoce des troubles de la relation et de l'apprentissage, prise en charge psychiatrique, psychologique et sociale des personnes en souffrance psychique et des malades psychiques, insertion sociale et vie dans la cité des malades psychiques
- Thématiques exclues: autisme, déficience mentale, addictions, démonces et troubles cognitifs de la personne âgée

Franck Nock Consultants
09/2012

Liste des structures clés interrogées :

Sous la forme d'un entretien :

Structures spécialisées :

| | |
|--------|--|
| CESAME | Direction, secteurs Adultes et Pédopsychiatrie |
| CHU | Direction, département de Psychiatrie, Pr Duverger |
| UNAFAM | Edith BOUVET, présidente déléguée UNAFAM49 |

Structures non spécialisées :

| | |
|-----------------|--|
| CONSEIL GÉNÉRAL | Direction du développement social et de la solidarité |
| ÉTAT | Direction Départementale de la Cohésion Sociale |
| ÉTAT | Police Nationale |
| ÉTAT | Préfecture du Maine et Loire |
| VILLE | Direction de la Santé Publique |
| VILLE | Police Municipale |
| VILLE | Programme de Réussite Éducative - Direction Santé Publique |
| | Éducation Enfance - Mission Jeunesse |

Par mail :

Directeur du service départemental d'incendie et de secours
Directeur de la Sécurité Publique
Protection Judiciaire de la Jeunesse

Questionnaires utilisés pour les entretiens en face à face

Questions ARS

Métiers et thématiques concernés par le CLS santé mentale

Partenaires dont dépend la réalisation du CLS selon leur rôle ou leurs compétences (porteurs d'actions, financeurs, apport de compétences, de méthodologie..)

Quels axes stratégiques, objectifs et fiches actions dans le PRS, PSRS, les trois schémas, les programmes ?

Existence d'un projet territorial de santé ? déclinaison du PRS

Apports de l'ARS en termes de dispositifs (pérennes) et en termes de moyens financiers (crédits d'intervention) sur le territoire de la Ville d'Angers ? Quelles actions financées sur les différents dispositifs financiers ARS.(prévention, soins , médico social..) en 2010 – 2011 si possible ?

Dispositifs et crédits ne relevant pas de l'ARS (DRJSCS, DIRECCTE, Inspection académique...) : signature du Préfet ?

Implication des collectivités territoriales : CG, CR, ville

Impact de la loi de juillet 2011 relative aux soins psychiatriques ?

Quelle place pour un Conseil local de santé mentale dans le futur CLS ?

Quels objectifs atteindre du point de vue de l'ARS ?

Durée du CLS ,la même que le PRS ?

Questions Ville d'Angers

Missions, secteurs et métiers concernés par le CLS santé mentale

Liens CLS avec les autres engagements de la Ville : logement social, CUCS ASV, Ville-santé OMS, Agenda 21, projet de territoire ?

Apports de la Ville en termes de portage politique, de dispositifs et en termes de moyens financiers ?

Impact de la loi de juillet 2011 relative aux soins psychiatriques ?

Quelle place pour un Conseil local de santé mentale dans le futur CLS ?

Quels objectifs atteindre du point de vue de la Ville ?

Questions Psychiatrie

Secteurs et dispositifs concernés par le CLS santé mentale (aux différents âges de la vie, maladies psychiques, dépression et suicide, troubles de la relation parents –enfants, ordre public et mise en danger d'autrui...)

Quelles articulations existantes avec la ville ? Quelles actions favorisant l'insertion sociale et quelles limites rencontrées ?

Liens avec d'autres dispositifs : ALPHA API, ATLAS, CreHPsy, partenariat avec l'UNAFAM , le GEM ?

Apports de la psychiatrie en termes de dispositifs et en termes de moyens humains

Impact de la loi de juillet 2011 relative aux soins psychiatriques ?

Quelle place pour un Conseil local de santé mentale dans le futur CLS ?

Quels objectifs atteindre du point de vue de la psychiatrie ?

Questions associations d'usagers

Place des usagers dans les dispositifs (vivre ensemble, suicide, maladies psychiques)

Quelles missions, quels objectifs et quelles actions sont menées aujourd'hui par les associations ? Quelle place souhaitent-elles prendre dans le CLS ?

Impact de la loi de juillet 2011 relative aux soins psychiatriques ?

Quelle place pour un Conseil local de santé mentale dans le futur CLS ?

Quels objectifs atteindre du point de vue des associations ?

Questions CHU

Quels sont les secteurs, les dispositifs et les moyens humains du CHU concernés par le CLS santé mentale ARS/Ville d'Angers (aux différents âges de la vie, maladies psychiques, dépression et suicide, troubles de la relation parents –enfants, ordre public et mise en danger d'autrui...)

Quelles sont les articulations existantes avec la ville ? Quelles actions favorisant l'insertion sociale et quelles limites rencontrées ?

Liens avec d'autres dispositifs et avec les associations : médico-social, ALPHA API, ATLAS, CreHPsy, partenariat avec l'UNAFAM , le GEM ?

Liens avec le secteur privé ?

Quel est l'impact à Angers de la loi de juillet 2011 relative aux soins psychiatriques ?

Quelle place pour un Conseil local de santé mentale dans le futur CLS ?

Quels objectifs atteindre du point de vue de la psychiatrie ?

Accompagnement à l'élaboration du CLS sur la santé mentale ARS pays de la Loire / Angers

Préparation du Comité de pilotage et comité technique
du 9 février 2012

Points que nous soumettons à la discussion :

- Le calendrier de l'accompagnement
- La définition du cadre du CLS
- Les types de contenus du CLS

1. Le calendrier

Le calendrier que nous avons proposé pour parvenir à une écriture du CLS avant l'été nous était imposé par le cahier des charges de l'ARS. Il était perçu comme trop serré par certains acteurs. Renseignement pris, il est possible par avenant d'allonger le temps de la mission d'accompagnement pour permettre une meilleure association de l'ensemble des partenaires.

Proposition :

Définir avec le comité technique un calendrier raisonnable

2. La définition des contrats locaux de santé

Les contrats locaux de santé ne sont mentionnés que deux fois dans la loi HPST, dans la section consacrée au projet régional de santé et dans celle sur les territoires de santé. Une circulaire de 2009 y fait référence, mais dans leur seul rapport avec les Ateliers santé ville.

La loi HPST nous dit que le contrat local de santé est un outil de contractualisation à disposition de l'ARS, qui doit permettre d'articuler, sur un territoire donné, la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social. Du fait de son caractère transversal, il est prévu d'associer au contrat des acteurs des secteurs de l'éducation, de la politique de la Ville et de la cohésion sociale, etc. (lettre de cadrage ARS).

Le texte de loi fait coexister deux façons d'appréhender les CLS :

- Le contrat local de santé a pour objet de **répondre aux enjeux de santé globaux sur un territoire donné**. (ce qui évoque l'approche ascendante, le diagnostic local, ce qui se pratique habituellement dans les volets santé des CUCS...)
- Le contrat local de santé doit permettre la **déclinaison sur un territoire donné de la politique et des orientations de l'ARS** (ce qui évoque l'approche descendante, la mise en œuvre d'un projet sur un territoire).

Suivant nos interlocuteurs depuis le début de la mission, l'accent est mis sur l'une ou l'autre des définitions.

Nos remarques :

- Le projet régional de santé est déjà une synthèse de ces deux approches : application des plans et programmes ministériels (qui reste obligatoire) et diagnostic partagé avec les partenaires (concertations territoriales, conférence de territoire, programmes territoriaux de santé).
- De fait, le CLS ARS/Angers devrait s'appuyer résolument sur le programme territorial de santé du Maine et Loire, défini en dix actions (dont 3 font explicitement référence au CLS), et sur les textes existants en matière de politique de santé mentale.
- Cela n'empêche pas la démarche participative, mais lui donne un cadre, en évitant la frustration que pourrait générer la non prise en compte de demandes jugées a posteriori comme ne relevant pas des thématiques du CLS.

Proposition :

- Finaliser le travail sur les thématiques et les acteurs à engager dans le CLS, le soumettre à discussion en comité technique et à validation par le comité de pilotage.
- Définir le plan du questionnaire et la liste des destinataires.

3. Le contenu du CLS

Le CLS doit comprendre un diagnostic, réalisé de manière participative :

- des problématiques telles qu'elles sont vécues par les différents acteurs concernés par la santé mentale des Angevins,
- des réponses en termes de dispositifs existants et d'actions menées sur la thématique,

« A travers le CLS, les différentes parties prenantes s'engagent sur des **actions** à mettre en œuvre, des **moyens** à mettre à disposition, un **suivi** et une **évaluation** des résultats. » (lettre de cadrage de l'ARS pays de la Loire).

Nous savons par ailleurs qu'il n'y a pas de crédits spécifiques attribués aux CLS. Il s'agit donc d'optimiser les moyens existants.

Propositions :

- *Inscrire dans le CLS le diagnostic tel qu'il sera validé par l'assemblée plénière et par le comité de pilotage*
- *Valoriser les moyens existants prévus dans le SROS et le SROMS, le SRP et le PRAPS.*
- *Valoriser les moyens engagés par la Ville d'Angers sur la thématique.*
- *Définir une stratégie pour que les crédits attribués à la prévention et au PRAPS et touchant à la santé mentale, sur le territoire de la ville d'Angers viennent effectivement financer des actions inscrites dans le CLS.*

F.Nock 08/02/2012

Élaboration du CLS sur la santé mentale ARS pays de la Loire / Angers

Comité technique du 9 février 2012

Présents :

- D Flament : SUMPPS
- M Roquebernou : ARS-DT49
- M Doisneau : ATLAS
- C Bretaudeau : Abri de la Providence
- M Singarraud : SOS Femmes
- C Bossé : MDPH
- C Ronceray : CAMSP-CMPP
- S Lemercier : FNARS
- E Bouvet : UNAFAM
- G Debled : UNAFAM
- C Quentin : Cité Justice Citoyen
- C Alligand Cité Justice Citoyen
- V Poehr : UDAF 49
- J Vieuxbled : ARS-DPPSCAMI
- J Daniel : ARS-DT 49
- MC Vanson : SPIP 49
- A Marion : DIASM (Alpha-api)
- H Fausser : CESAME
- L. Federkel : ALIA
- F Nock : Consultants
- G Boussin : Mairie d'Angers

Excusés :

- PA Julié : CAMSP-CMPP
- Y Royer : SPIP 49
- H Besnard : ASEA
-

1. Calendrier de l'élaboration du diagnostic préalable

La mission d'accompagnement par le cabinet Francis Nock Consultants devait initialement se terminer mi-juin, mais la possibilité pour l'ARS de signer un avenant à la convention permet de desserrer le calendrier.

Le questionnaire sera envoyé à tous les acteurs concernés vers le 15 mars. Un premier bilan des réponses sera dressé vers le 15 avril et le diagnostic sera rédigé vers le 15 mai. Il sera présenté à l'Assemblée plénière le 12 juin.

Les dates des réunions du comité technique ont été fixées en fonction de ce calendrier. Elles auront toutes lieu à l'Hôtel de Ville :

- Le 12 mars à 10 heures : validation du questionnaire
- Le 23 avril à 14 heures : examen du premier bilan des retours et discussion sur les axes du diagnostic.

- Le 29 mai à 14 heures : discussion et validation du diagnostic, choix des thématiques pour les groupes de travail, préparation de l'assemblée plénière.

Rappel : les documents préparatoires seront adressés au groupe ressource élargi, dit groupe de consultation, dans des délais permettant à ses membres de faire part de leurs remarques à un membre du comité technique avant les réunions.

2. Validation de la liste des acteurs à interroger pour l'élaboration du diagnostic :

Les contrats locaux de santé, qui doivent permettre la déclinaison d'une partie du projet régional de santé de l'ARS sur un territoire géré par une ou des collectivités territoriales, doivent prendre en compte une approche globale de la santé, allant de la promotion de la santé à l'insertion sociale des personnes malades, en passant par la prévention, le repérage précoce et l'accès aux soins, la gestion des urgences, et les soins hospitaliers et ambulatoires. Autre impératif : comme toutes les actions menées par l'ARS, les contrats locaux de santé doivent contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé.

Les acteurs interrogés sont donc des acteurs de prévention, d'éducation, de soins, du médico-social, de la sécurité et de la justice, de la précarité, du social, notamment de l'hébergement et l'insertion professionnelle.

Le contrat local de santé s'intéressera à tous les âges de la vie. Néanmoins, les secteurs de la périnatalité et de la gériatrie sont déjà bien organisés grâce à un fonctionnement en réseau. Plutôt que d'interroger l'ensemble des acteurs de ces champs, ce sont les principaux animateurs de ces réseaux qui seront sollicités.

La liste des structures partenaires de la Ville d'Angers, présentée par la Direction de la santé publique a été complétée grâce à la connaissance des différents secteurs par les membres du comité technique. Elle est annexée à ce compte-rendu. Il y aura vraisemblablement des regroupements de thématiques pour éviter de disperser les partenaires.

Devant la variété de ces structures et de leur degré de confrontation à la thématique de la santé mentale, le questionnaire sera décliné en plusieurs versions, pour faciliter son appropriation par les personnes sollicitées. Pour les structures importantes, un contact préalable sera pris au niveau de la direction pour repérer les différents destinataires auxquels adresser le questionnaire.

3. Points sur les entretiens préalables avec les acteurs clés :

L'équipe d'accompagnement a rencontré les services de la Ville d'Angers, l'ARS des Pays de la Loire, le CESAME et l'UNAFAM.

Reste à rencontrer : la Préfecture, le CHU, Quazar, le GEM Oxygem.

THÉMATIQUES POSSIBLES DU CONTRAT LOCAL DE SANTÉ - Ville d'Angers / ARS Pays de la Loire

| | Périnatalité | Petite enfance | Enfance | Adolescence | Jeune adulte | Adulte | Personnes âgées |
|--|---|---|--|--|--|--------|-------------------------|
| Promotion de la santé mentale | Préparer l'arrivée de l'enfant | Développement psychomoteur | Être bien dans son corps, dans sa tête, et avec les autres | | | | |
| | | | Développement des compétences psychosociales | | | | Maintien du lien social |
| | | | | Éducation à la vie affective et sexuelle | | | |
| Prévention - repérage précoce | Prévention et repérage précoce des troubles de la relation parent - enfant | | | Prévention du mal-être, repérage de la souffrance psychique et prévention du suicide | | | |
| | | Repérage des troubles du comportement et de l'apprentissage | | | Prévention et repérage de la souffrance psychosociale au travail | | |
| | | | | Repérage des maladies psychiques et diagnostic précoce | | | |
| Gestion de crise Urgences | Intervention en situation de crise (mise en danger de soi-même ou d'autrui), et accompagnement vers un dispositif de soins | | | | | | |
| Soins | Accès rapide à des soins adaptés en hospitalisation à temps complet ou partiel, en consultation ou à domicile, de la population générale, des personnes en situation de précarité, des personnes sous protection judiciaire ou sous main de justice | | | | | | |
| Accompagnement à l'insertion dans la cité | | Réussir sa scolarité | | | | | |
| | | Reconnaissance du handicap et définition de sa compensation | | | | | |
| | | | | | Accès ou maintien dans l'emploi | | |
| | | | | | Accès à un hébergement ou un logement adapté | | |
| | | Aide sociale et protection juridique | | | | | |
| | Accès à la vie citoyenne, à la culture, aux sports et aux loisirs | | | | | | |

Élaboration du contrat local en santé mentale sur Angers
ARS Pays de Loire- Ville d'Angers

Comité technique du 12 Mars 2012

Présents :

- D Flament : SUMPPS
- M Roquebernou : ARS-DT49
- M Doisneau : ATLAS
- C Bretaudeau : Abri de la Providence
- C Bossé : MDPH
- S Lemercier : FNARS
- E Bouvet : UNAFAM
- G Debled : UNAFAM
- L Federkeil ; ALIA
- V Poehr : UDAF 49
- MC Vanson : SPIP 49
- A Marion : DIASM (Alpha-api)
- H Fausser : CESAME
- P Boucher : Le Toit Angevin
- M Verdier : SOS Amitiés
- E Veilhan ; MLA
- F Nock : Consultants
- A Andre Consultants
- G Boussin : Mairie d'Angers

Excusés :

- M Manceau : ALIA
- JF Dufour : Angers Loire Habitat
- PA Julié : CMPP-CAMSP
- C Bertrand ; CESAME
- Mr Bordenave : Conseil Général
- M Barbier-Prieur : Conseil Général
- C Daveau : DDCS
- D Daudet : ARS-DT 49
- J Daniel : ARS-DT 49

Présentation du référentiel joint à la note de présentation du questionnaire :

Une représentation schématique montrant les liens entre les termes mentionnés dans les documents sur le CLS (souffrance psychique, maladies psychiques, prévention du suicide), ainsi que les niveaux de réponse, est présentée au comité technique et discutée. La version amendée est jointe à cet envoi. Ce schéma sera joint au questionnaire envoyé aux structures.

Examen des questionnaires :

Le questionnaire sera présenté par un courrier adressé par mail à environ 170 destinataires différents dont 40 à 50 structures spécialisées. Il sera accessible en cliquant sur un lien indiqué dans la note de présentation (logiciel utilisé : Survey Monkey). Ce courrier sera validé par la DT-ARS et la DSP d'Angers.

Deux questionnaires distincts ont été préparés, l'un à destination des professionnels du champ de la santé mentale, l'autre aux non professionnels.

Les associations spécialisées, comme SOS Amitiés, UNAFAM et OXYGENE, recevront le questionnaire destiné aux structures non spécialisées, plus adapté car elles ne proposent pas de soins.

Un certain nombre d'items ont été revus au niveau de leur formulation, les versions amendées sont jointes à ce compte-rendu.

Il est convenu que les membres du comité technique testent ou fassent tester le questionnaire qui leur est destiné, d'ici la fin de la semaine, et adressent rapidement leurs remarques

Envoi des questionnaires :

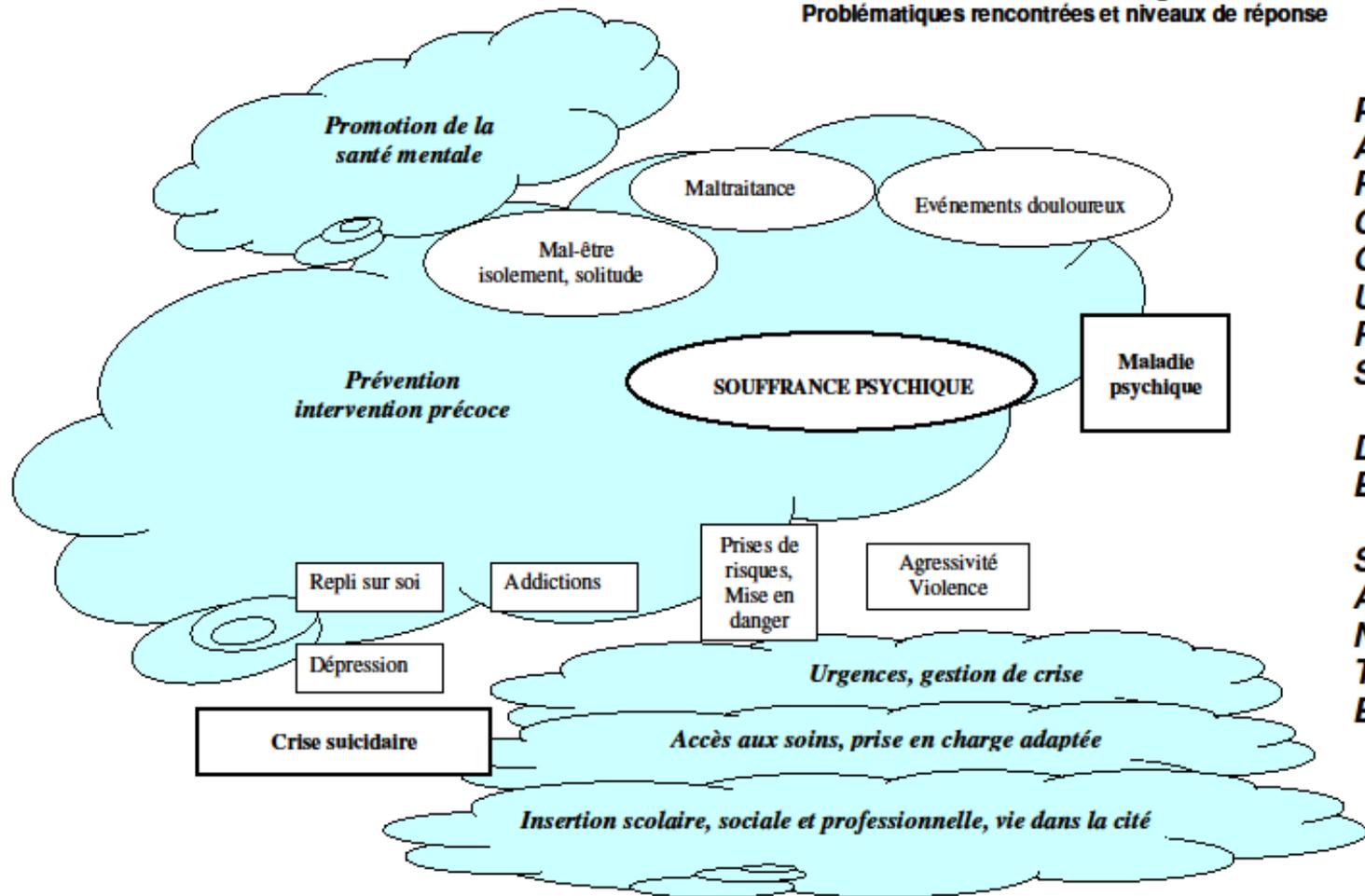
Dès qu'ils seront validés, les questionnaires seront adressés aux différents destinataires répertoriés.

Chacune des structures pourra répondre à plusieurs questionnaires en fonction de la nature des services ou des intervenants sous réserve que les ordinateurs utilisés pour répondre soient différents.

Le prochain comité technique se tiendra le **23 Avril** à 14 h.

L'Assemblée plénière du 12 Juin se tiendra dans les locaux du CESAME, qui a généreusement accepté de l'accueillir. **Je vous rappelle que nous avons prévu une réunion plénière le matin avec la restitution d questionnaire et la mise en chantier des groupes de travail m'après midi. le restaurant « les petites écuries » sera sollicité pour organiser un buffet le midi.**

CLS santé mentale Angers
Problématiques rencontrées et niveaux de réponse



Liste des structures invitées à renvoyer le questionnaire en ligne

Structures non spécialisées :

EMPLOI INSERTION

ACTUAL INTERIM INSERTION (A2I)
ANGERS MOB SERVICE
APIVET
ASSOCIATION RESTO TROC
ATELIERS RESSOURCES ANJOU
A'TOUT MÉNAGE
CONSEIL GÉNÉRAL - Insertion
DIRECTION RÉGIONALE DES ENTREPRISES, DE LA CONCURRENCE, DE LA
CONSOMMATION ET DE L'EMPLOI - UNITÉ TERRITORIALE
EMMAÛS
JARDINS DE COCAGNE ANGEVIN
MÉNAGE SERVICE
MISSION LOCALE ANGEVINE
PLIE - PLAN LOCAL POUR L'INSERTION ET L'EMPLOI
PÔLE EMPLOI
RETRAVAILLER
SP2V
TREMLIN TRAVAIL
VIA FORMATION

JUSTICE – TUTELLE

ATADEM
CITÉ JUSTICE CITOYEN
DIRECTEUR MAISON D'ARRÊT
JUGE D'APPLICATION DES PEINES
JUGE DES LIBERTÉS ET DE LA DÉTENTION
JUGES DES TUTELLES
MÉDIATION 49
PROTECTION JUDICIAIRE DE LA JEUNESSE
SPIP
UDAF SIÈGE

MÉDICO-SOCIAL

ARCEAU ANJOU ENTREPRISE ADAPTÉE
CAMSP PRÉCOCE POLYVALENT
CONSEIL GÉNÉRAL – PMI
VIE À DOMICILE

PRÉVENTION SANTÉ PUBLIQUE

ASSOCIATION L'ENFANT DANS LA CITÉ
CARSAT
CENTRE MATERNEL
INSPECTION ACADÉMIQUE
IREPS 49
MAISON DES PARENTS ET DES ADOLESCENTS

PÔLE SANTÉ UCO
SMIA
SUMPPS
Ville d'Angers - Enfance
Ville d'Angers - Santé publique
Ville d'Angers - Environnement

SÉCURITÉ PUBLIQUE

POLICE NATIONALE
POMPIERS
Ville d'Angers - Police municipale

SOCIAL ACCUEIL AIDE

AAVAS
ADAVEM - ASSOCIATION D'AIDE AUX VICTIMES
ADMR
APTIRA
ASSOCIATION ESCA'L - ENFANTS-SPORTS-CULTURE-ADULTES-LOISIRS
ATLAS
CAF DE L'ANJOU
CONSEIL GÉNÉRAL - Maison De Solidarité
CONSEIL GÉNÉRAL - Personnes âgées
CONSEIL GÉNÉRAL - ASE
CPAM
LES RESTOS DU CŒUR
MSA SERVICE SOCIAL
REGIE DE QUARTIER D'ANGERS
RESTO TROC
SECOURS CATHOLIQUE
SOS AMITIÉ
UNAML PAYS DE LA LOIRE
Ville d'Angers - CCAS

SOCIAL-LOGEMENT HÉBERGEMENT

ADOMA
ANGERS HABITAT
ANJOU DOMICILE
ANJOU INSERTION HABITAT
ASSOCIATION ABRI DE LA PROVIDENCE
CADA-ADOMA
CASTORS ANGEVINS
CEFR
CHAMBRE SYNDICALE DES PROPRIÉTAIRES ET COPROPRIÉTAIRES
IMMOBILIERS - UNPI
CHRS AIDE ACCUEIL
FJT
FNARS
FOYER ANGEVIN DE JEUNES TRAVAILLEURS
FOYER DARWIN -CAMPUS DE BELLE BEILLE
FOYER DE JEUNES TRAVAILLEURS MARGUERITE D'ANJOU
FOYER D'HÉBERGEMENT BÉTHANIE
FOYER JEUNES TRAVAILLEURS ANJOU MONPLAISIR

FOYER TOURNEMINE
FRANCE TERRE D'ASILE - CADA
HABITAT ET HUMANISME 49
LE TOIT ANGEVIN
LOGIS OUEST
RÉSIDENTE DE JEUNES TRAVAILLEURS MISTRAL
SOCLOVA
SOS FEMMES
VAL DE LOIRE
VILLAGE SAINT-EXUPÉRY

SOIN

ADOPS49
CLINIQUE DE L'ANJOU
MÉDECINS DU MONDE
RÉSEAU SÉCURITÉ NAISSANCE "NAÎTRE ENSEMBLE"
SMUGA
UCSA - MAISON D' ARRÊT
MEDECINS GENERALISTES

USAGERS

ASSOCIATION ANPEIP - ASSOCIATION NATIONALE POUR LES ENFANTS
INTELLECTUELLEMENT PRÉCOCES
ASSOCIATION CONTACT
ASSOCIATION QUAZAR
ASSOCIATION RÉGIE DE QUARTIER CORRESPONDANTS DE NUIT
AU CŒUR DES FLOTS
CLCV

Structures spécialisées

EMPLOI-INSERTION

AAPAI
AGEFIPH ANGERS
ALPHA-API
CAP EMPLOI
ESAT LE SÉNEVÉ
FIPHFP
SSAP

MEDICO-SOCIAL

AAPEI
ADAPEI 49
ASEA
ASSOCIATION FRANKLIN ESVIÈRES
ASSOCIATION LA RIVE BLEUE
ASSOCIATION RÉGIONALE LES CHESNAIES
MDPH
SAMSAH BORDS DE LOIRE

SOIN

A.L.I.A.

ANPAA49

CENTRE DE SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION LE CHILLON

CESAME – Secteur 1

CESAME – Secteur 2

CESAME – Secteur 3

CESAME – Secteur 4

CESAME – Secteur 5

CESAME – Secteur 6

CESAME – Secteur 7

CESAME – DIASM –

CESAME - maison des ados

CESAME – pédopsy Est

CESAME – pédopsy Ouest

CESAME – UPAP

CHU Psychiatrie Adultes

CHU Psychiatrie Enfants

CLUB THÉRAPEUTIQUE LA RENCONTRE

CLUB THÉRAPEUTIQUE LE RENOUVEAU

ASSOCIATION CROIX MARINE

PSYCHIATRES LIBERAUX

USAGERS

GROUPE D'ENTRAIDE MUTUELLE OXYGEM

UNAFAM

CLS ARS - Angers Structures ayant répondu au 9 JUIN 2012

47 structures Non spécialisés

88 réponses

| | |
|------------------------------------|--|
| EMPLOI-INSERTION | A'TOUT MENAGE MISSION LOCALE ANGEVINE RESTO TROC VIA FORMATION |
| JUSTICE - TUTELLE | ATADEM CITÉ JUSTICE CITOYEN PROTECTION JUDICIAIRE DE LA JEUNESSE UDAF SIÈGE |
| MÉDICO-SOCIAL | ARCEAU ANJOU ENTREPRISE ADAPTÉE CONSEIL GENERAL - PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE VIE À DOMICILE |
| PREVENTION-SANTE PUBLIQUE | INSPECTION ACADÉMIQUE IREPS 49 POLE SANTE - UNIVERSITE CATHOLIQUE DE L'OUEST SMIA SUMPPS Ville d'Angers - Enfance Ville d'Angers - Environnement Ville d'Angers - Santé publique |
| SECURITE PUBLIQUE | POLICE NATIONALE Ville d'Angers - Police municipale |
| SOCIAL-ACCUEIL-AIDE | AAVAS ADAVEM - ASSOCIATION D'AIDE AUX VICTIMES ATLAS CONSEIL GÉNÉRAL - Maison des Solidarités CONSEIL GÉNÉRAL - Personnes âgées CONSEIL GÉNÉRAL -AIDE SOCIALE A L'ENFANCE SOS AMITIÉ Ville d'Angers - CCAS |
| SOCIAL-LOGEMENT HEBERGEMENT | ANGERS HABITAT ANJOU INSERTION HABITAT ASSOCIATION ABRI DE LA PROVIDENCE CASTORS ANGEVINS FNARS FOYER DARWIN -CAMPUS DE BELLE BEILLE FOYER DE JEUNES TRAVAILLEURS MARGUERITE D'ANJOU FOYER D'HÉBERGEMENT BETHANIE FOYER JEUNES TRAVAILLEURS ANJOU MONPLAISIR FRANCE TERRE D'ASILE - CADA HABITAT ET HUMANISME 49 LE TOIT ANGEVIN LE VAL DE LOIRE - Action Logement RÉSIDENCE DE JEUNES TRAVAILLEURS MISTRAL SOS FEMMES |
| SOIN | MEDECINS DU MONDE MEDECINS GENERALISTES (2) |
| USAGERS | QUAZAR |

CLS ARS - Angers Structures ayant répondu au 9 JUIN 2012

| | 25 structures Spécialisés | 45 réponses |
|--------------------------|---------------------------|---|
| EMPLOI-INSERTION | | AAPAI CAP EMPLOI ESAT LE SÉNEVÉ SSAP |
| MEDICO-SOCIAL | | ASEA ASSOCIATION FRANKLIN ESVIÈRES ASSOCIATION RÉGIONALE LES CHESNAIES MDPH SAMSAH |
| SOIN | | CESAME - 1 CESAME - 3 CESAME - 4 CESAME - 5 CESAME - 6 CESAME - 7 CESAME - Est CESAME - Ouest DIASM MAISON DES ADOLESCENTS UPAP |
| SOIN addictologie | | ALIA CSSR LE CHILLON |
| SOIN CHU | | CHU Psychiatrie adultes |
| USAGERS | | GROUPE D'ENTRAIDE MUTUELLE OXYGEM UNAFAM |

Questionnaire "structures spécialisées" :

État des lieux

Nom de la structure

Nom du service/dispositif (si plusieurs services dans la structure)

Nom de la personne qui remplit le questionnaire

Fonction

Téléphone

Mail

Votre activité
En vous reportant au schéma des problématique rencontrées joint dans cet envoi, merci d'indiquer les types de publics de votre file active

| | La quasi-totalité | Une majorité | Environ la moitié | Une minorité | Une exception | Jamais | Ne sait pas |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Personnes en situation de mal-être | <input type="radio"/> |
| Personnes en situation de maltraitance | <input type="radio"/> |
| Personnes vivant un événement douloureux | <input type="radio"/> |
| Personnes vivant avec une maladie psychique | <input type="radio"/> |
| Personnes repliées sur elles-mêmes | <input type="radio"/> |
| Personnes en crise suicidaire | <input type="radio"/> |
| Personnes souffrant d'addiction | <input type="radio"/> |
| Personnes ayant des conduites à risque | <input type="radio"/> |
| Personnes présentant des troubles du comportement | <input type="radio"/> |
| Personnes agressives, violentes | <input type="radio"/> |

Commentaires

Rencontrez-vous des difficultés dans la prise en charge de ces personnes ?

Oui Non

Si oui, qu'est-ce qui la rend difficile :

| | ++ | + | - | -- |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| L'orientation trop tardive vers vous | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Les délais d'admission (service saturé) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| L'insuffisance de réponses plus adaptées que la votre | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Le nombre insuffisant de postes attribués en interne | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Des postes existants mais non pourvus | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| L'insuffisance de formations spécifiques | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| La faiblesse des réponses de pairs: auto-support, associations | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| La méconnaissance des réponses existantes en externe | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| La saturation des structures en aval | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| L'absence ou l'insuffisance de travail en réseau | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| L'absence ou l'insuffisance de suivi après la sortie | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Autre (1) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Autre (2) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Autre (3) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Si Autres (veuillez préciser)

Quels sont les publics ou les situations qui vous mettent le plus en difficulté ?

Pour faire face à ces situations, quelles sont :

- Vos ressources internes:

- Vos manques en interne:

- Vos ressources externes: citez les principaux partenaires ou structures vers lesquels vous vous tournez

- Vos manques en externe:

Racontez une situation récente qui s'est mal passée, en précisant selon vous ce qui a manqué.

Racontez une situation récente qui s'est bien passée, en précisant selon vous ce qui a aidé.

Propositions

Pour améliorer la situation en matière de santé mentale à Angers, quelles sont les axes prioritaires pour le Contrat Local de Santé (CLS) selon vous

Degré d'importance, de 0=pas important à 10=priorité absolue

| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|--------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Promotion de la santé mentale | <input type="radio"/> |
| Prévention et intervention précoce | <input type="radio"/> |
| Gestion de crise, urgences | <input type="radio"/> |
| Prise en charge et parcours de soins | <input type="radio"/> |
| Inscription dans la cité | <input type="radio"/> |

Pour chacun de ses axes, quelles sont les 3 thématiques auxquelles devrait répondre le Contrat Local de Santé (CLS) de façon prioritaire, et quelles sont la ou les thématiques sur lesquelles vous pourriez vous investir

Promotion de la santé mentale : pour réduire le nombre de personnes en situation de souffrance psychique

Agir sur:

| | Priorité N°1 | Priorité N°2 | Priorité N°3 |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| La fonction parentale | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| L'éducation à la vie affective et sexuelle | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Le respect des différences et des minorités | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| La bien-traitance au travail | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| La bien traitance en institution | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| L'accès à une écoute personnalisée | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Le développement de l'estime de soi et des compétences psychosociales | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Autre | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Si Autre: (veuillez préciser)

Groupes de travail qui vous intéressent

-
-
-
-
-
-
-
-

Prévention: Agir auprès des publics vulnérables pour éviter/limiter la mise en danger de soi ou d'autrui et intervenir précocement

Agir sur:

| | Priorité N°1 | Priorité N°2 | Priorité N°3 |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| La prévention des addictions | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| La prévention du suicide | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| La prévention de la violence | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| La formation au repérage et à l'intervention précoce | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| L'accès à une écoute personnalisée | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| L'accès rapide à des professionnels spécialisés en santé mentale | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Autre | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Si Autre: (veuillez préciser)

Groupes de travail qui vous intéressent

| | |
|---|--------------------------|
| - | <input type="checkbox"/> |

La gestion de crise, les urgences

Agir sur:

| | Priorité N°1 | Priorité N°2 | Priorité N°3 |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| L'assistance de professionnels de la sécurité des personnes | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| L'accès rapide à des professionnels qualifiés | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| La définition de protocoles d'intervention et d'orientation | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| La formation à la gestion de crise et l'intervention d'urgence | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| La coordination des intervenants | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Le suivi des personnes passées par les urgences ou hospitalisées en situation de crise | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Autre | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Si Autre: (veuillez préciser)

Groupes de travail qui vous intéressent

| | |
|---|--------------------------|
| - | <input type="checkbox"/> |

Faciliter le parcours de soins et permettre une prise en charge adaptée à chacun

Agir sur:

| | Priorité N°1 | Priorité N°2 | Priorité N°3 |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| L'accompagnement et la continuité des soins | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Les articulations entre soin, médico-social et social | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| L'implication des associations d'usagers et de proches | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| La formation des soignants libéraux | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| La travail en réseau, le partage d'information | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Les alternatives à l'hospitalisation (hébergement adapté) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Autre | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Si Autre: (veuillez préciser)

Groupes de travail qui vous intéressent

| | |
|---|--------------------------|
| - | <input type="checkbox"/> |

Favoriser l'inscription dans la cité

Agir sur:

| | Priorité N°1 | Priorité N°2 | Priorité N°3 |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| La protection et l'assistance juridique | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| L'accès ou le maintien dans un hébergement ou un logement | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| L'accès à l'éducation et à la formation | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| L'accès ou le maintien dans l'emploi | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| L'accès aux sports, aux loisirs et à la culture | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| L'accès à des groupes de pairs, à un soutien associatif, à des actions collectives | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Autre | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Si Autre: (veuillez préciser)

Groupes de travail qui vous intéressent

| | |
|---|--------------------------|
| - | <input type="checkbox"/> |

Commentaires

contacte

Si ce questionnaire ne vous a pas permis de rendre compte de la réalité de votre situation, si vous avez davantage de choses à dire, merci de cocher la case ci-dessous et d'indiquer les moments les plus favorables pour vous joindre par téléphone (au numéro indiqué au début du questionnaire)

Souhaitez-vous être appelé?

- Oui, je souhaite être appelé

Indiquez les moments les plus favorables

Questionnaire "structures non spécialisées" :
 Seules les deux premières pages ci dessous sont différentes par rapport au questionnaire "structures spécialisées"

État des lieux

Nom de la structure

Nom du service/dispositif (si plusieurs services dans la structure)

Nom de la personne qui remplit le questionnaire

Fonction

Téléphone

Mail

Confrontation avec des situations relevant de la santé mentale

En vous reportant au schéma des problématiques rencontrées joint dans cet envoi, merci d'indiquer la nature et la fréquence des situations auxquelles vous avez été confrontés au cours de l'année écoulée

| | Tous les jours | Toutes les semaines | Tous les mois | Tous les trimestres | 1 à 3 fois par an | Jamais | Ne sait pas |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Personnes en situation de mal-être | <input type="radio"/> |
| Personnes en situation de maltraitance | <input type="radio"/> |
| Personnes vivant un événement douloureux | <input type="radio"/> |
| Personnes vivant avec une maladie psychique | <input type="radio"/> |
| Personnes repliées sur elles-mêmes | <input type="radio"/> |
| Personnes en crise suicidaire | <input type="radio"/> |
| Personnes souffrant d'addiction | <input type="radio"/> |
| Personnes ayant des conduites à risque | <input type="radio"/> |
| Personnes présentant des troubles du comportement | <input type="radio"/> |
| Personnes agressives, violentes | <input type="radio"/> |

Commentaires:

Rencontrez-vous des difficultés dans la prise en charge de ces personnes ?

Oui Non

Si oui, comment caractériser les problématiques rencontrées au sujet de ces personnes :

| | ++ | + | - | -- |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| L'absence de réponse satisfaisante en interne | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Le sentiment d'insécurité devant leur comportement | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| L'absence d'adhésion de la personne | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Le fait de ne pas pouvoir les comprendre | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| L'insuffisance de formation pour entrer en relation avec la personne | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| L'absence ou l'insuffisance de protocoles exposant la conduite à tenir | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Le manque de moyens humains en interne | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| La méconnaissance des réponses existantes en externe | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| L'insuffisance des réponses externes | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Le fait d'être seul-e | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| L'incompréhension de l'entourage, du voisinage | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Autre (1) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Autre (2) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Si Autres (veuillez préciser)

Quels sont les publics ou les situations qui vous mettent le plus en difficulté ?

Pour faire face à ces situations, quelles sont :

- Vos ressources internes:

- Vos manques en interne:

- Vos ressources externes: citez les principaux partenaires ou structures vers lesquels vous vous tournez

- Vos manques en externe:

SITUATIONS QUI SE SONT BIEN PASSEES - spécialisés

| | SITUATION | REACTION | PARTENARIAT | PRISE EN CHARGE | ISSUE | |
|----|--|--|---|---|---|---------------|
| 1 | personne aux urgences nécessitant une hospitalisation en psychiatrie | nombreux entretiens avec la patiente et sa famille pendant plusieurs heures | infirmiers psy des urgences | hospitalisation consentie | | chu |
| 2 | patient sans antécédents psychiatriques admis suite à une évaluation flash en garde à vue | | justice - police | hospitalisation brève | amélioration de l'état | chu |
| 3 | patiente hospitalisée depuis plusieurs mois en attente d'une solution | partenariat pour préparer la sortie | structure de réhabilitation | | admission | chu |
| 4 | sortie d'un patient en cure | synthèse pluridisciplinaire | chillon, réseau, établissement de post cure | | le patient positive son entrée dans le nouvel établissement | cure |
| 5 | jeune femme en CDD bien intégrée. Son comportement difficile à canaliser et quelques absences injustifiées posent problème | point de situation | le contact avec son service d'accompagnement social montre d'importants progrès depuis son contrat de travail | stabilisation des lieux de travail et des horaires, qui posaient problème | la mise en lien des différentes observations, sociales et professionnelles a permis de faire évoluer la situation | insertion |
| 6 | personne mécontente attendant la finalisation d'un dossier SAMSAH | écoute active, rappel des cadres et limites de l'intervention de la MDPH et rappel de l'attitude attendue (politesse...) | | | entretien s'est terminé sereinement | insertion |
| 7 | personne SDF avec troubles psychiatriques | accompagnement vers le soin et le logement | réseau informel d'intervenants de différents secteurs connaissant bien la culture, les missions et les limites des autres | | évolution favorable | cesame |
| 8 | personne malade isolée | | aide importante du service de santé de la mairie | reprise des soins | | cesame |
| 9 | pratiquement toujours lors d'admissions | | absence de lien psychiatre hospitalier et psychiatre libéral (changement de traitement connu à réception du CR parfois deux semaines après). Coordination fragile entre structures de soins et partenaires sociaux et médico-sociaux. Ne transmettent parfois que la date de sortie mais aucun élément pour la préparer | | | médico-social |
| 10 | | désir d'accompagner la personne la personne et lui restituer sa dignité | rencontrer le professionnel de proximité, préparer et utiliser les ressources du territoire | | | cesame |
| 11 | une adhérente en a agressé physiquement une autre | intervention pour les séparer et appel des parents pour qu'ils viennent la chercher. Discussion sur les raisons de l'agression | parents | | | usagers |

HISTOIRES QUI SE SONT MAL PASSEES - spécialisés

| SITUATION | RÉACTION | PARTENARIAT | SOINS | ISSUE | |
|---|--|---|---------------------------------|--|-----------|
| 1 signalement de détresse au domicile d'un patient ayant fugué des urgences avec sa mère, malgré une demande d'hospitalisation du curateur (sœur) | impossibilité d'aller évaluer la situation au domicile | | | | chu |
| 2 tentative de suicide par médicaments d'une patiente de 40 ans avec trouble de l'adaptation, refus d'être hospitalisée en psychiatrie | hospitalisation à l'unité médico-psychosociale | CMP | hospitalisée à UMPS 1 semaine | rendez-vous de réévaluation au CMP | chu |
| 3 défenestration d'un adolescent de 17 ans dans un contexte de psychose schizophrénique débutante | refus du patient et de l'entourage d'une prise en charge en milieu spécialisé | | hospitalisation UMPS 2 semaines | sortie avec un rendez-vous de réévaluation. La prise en charge en milieu spécialisé a manqué | chu |
| 4 homme condamné à une peine de prison pour agression. Le médecin au vu de son comportement et de ses antécédents psychiatriques, juge qu'il n'est pas responsable de ses actes et le juge l'envoie en psychiatrie. | démarche pour faire reconnaître que les faits ne sont pas liés à la pathologie mais sont volontaires | pas de contact entre le médecin et le juge d'une part et le psychiatre de la personne d'autre part | | 6 mois pour le renvoyer en détention | cesame |
| 5 retour à domicile après hospitalisation | | indisponibilité d'un mandataire de justice | | sortie retardée | cesame |
| 6 personne âgée demandant une prise en charge en attendant une place dans un service adapté | admission | pas de place contrairement à ce qui était annoncé, plus de contact avec le service adresseur initial | | retour à domicile contraint après plusieurs semaines | cure |
| 7 sortie d'hospitalisation pour tentative de suicide chez un malade psychique. Pas d'accompagnement prévu pour la reprise du travail | le patient démissionne. | pas de contact avec un service de suite qui aurait pu mettre une mesure en oeuvre, type temps partiel thérapeutique | | perte de la trace du patient. Rupture de parcours consommée | insertion |
| 8 enfants | | absence de lieux d'accueil et d'hébergement fiables | | | cesame |
| 9 personne vue à la MDPH presque toutes les semaines arrive en criant son mécontentement de manière confuse et claque la porte | impossibilité de le canaliser | | | | insertion |
| 10 personne âgée réhospitalisée trois fois après quelques jours en maison de retraite | échanges restreints entre les structures faute de pratique de l'interdisciplinarité | problème de formation autant des personnels de la maison de retraite qu'à l'hôpital | | il faut aller au bout des conflits pour les dépasser, dans l'intérêt de l'usager | cesame |
| 11 parents envahis par leur difficulté à prendre en charge leur enfant de 8 ans. L'entretien a tourné au règlement de comptes entre eux | | absence à l'entretien d'un professionnel de la structure d'accueil de l'enfant | | | insertion |
| 12 un adolescent délinquant dont les troubles sont catalogués psychiatriques | | | | délégation à la psychiatrie d'un projet de vie sans existence de troubles psychiques | cesame |
| 13 situation d'urgence | manque de réactivité, action sans réflexion avec la personne et son histoire, absence de synthèse | | | cela se passe mal | cesame |
| 14 une adhérente, non suivie en psychiatrie, a 2 discours, l'un en prise avec le réel et l'autre pas du tout. Dans ce second discours, elle souhaite "la mort de tous les blancs, qui sont tous jaloux d'elle!". Ces propos sont perturbants pour les autres adhérents | nous ne savons pas comment ni vers qui l'orienter, elle ne se sent pas en difficulté | pas d'interlocuteur | | pas de solution | usagers |

SITUATIONS QUI SE SONT BIEN PASSEES - non spécialisés

| | SITUATION | REACTION | PARTENARIAT | PRISE EN CHARGE | ISSUE | |
|----|---|---|---|--|---|---------------|
| 1 | crise: violence, délire | | réactivité partenaire (Ville) | hospitalisation à la demande d'un tiers | | trav soc |
| 2 | montée progressive d'un état délirant chez un résidant | accompagnement et limitation de l'impact sur les autres | interpellation de différents intervenants | courte hospitalisation sous contrainte | retour en douceur | logement |
| 3 | étudiante en échec, stressée par un oral à passer | écoute, conseils et proposition d'orientation | | | acceptation qu'un travail sur elle est nécessaire | méd prév |
| 4 | arrêt de l'accueil d'un jeune en suivi judiciaire et psychiatrique, incapable de suivre un parcours d'insertion | proposition d'une réunion de synthèse avec tous les partenaires, apport important de la psychologue | intervention et suivi de tous les partenaires. meilleure connaissance des services et des limites de chacun | | errance contenue, psychologiquement et socialement | insertion |
| 5 | personne âgée isolée en demande d'aide pour soins et ménage | écoute et recherche de relais | CLIC pour le diagnostic santé relais social pour le ménage | | | santé pub |
| 6 | personne âgée avec troubles cognitifs en danger potentiel mais refus d'aller en EHPAD | discussion avec les collègues accompagnement | aide à domicile, médecin traitant | | acceptation d'avancer au rythme de la personne | trav soc |
| 7 | mari épuisé physiquement et psychologiquement, dépassé par la prise en charge de sa femme devenue dépendante en deux mois | proposition d'aides professionnelles, demande d'autorisation d'en parler en réunion de concertation, prise d'un rendez-vous pour une visite | | | acceptation de l'aide | trav soc |
| 8 | | | quand il y a communication entre UPAP, CHU, CESAME, CMP, SAMSAH, généraliste, tuteur, curateur | | aide plus efficace pour les personnes | tutelle |
| 9 | enfant de 3 ans avec troubles envahissants du comportement, vivant avec sa mère et un frère de 10 ans polyhandicapé | orientation | équipe de pédopsychiatrie du CMP | prise en charge rapide | soulagement rapide de la tension intra-familiale | prof libérale |
| 10 | | | travail avec CESAME, référents sociaux, de l'emploi... permettent de confronter les points de vue | | prise en charge adaptée | logement |
| 11 | accouchement d'une jeune femme psychotique dont la grossesse était inconnue, pendant une crise | accompagnement et orientation | travail avec maternité du CHU, coopération avec la famille | orientation et prise en charge par la psychiatrie | prise en charge cohérente, fin de la "cacophonie familiale" | santé pub |
| 12 | personne dans le déni de sa souffrance psychique, risque de suicide | refus de l'accepter et orientation | | prise en charge par CMP, hospitalisation au CESAME | | insertion |

| | | | | | | |
|----|--|---|---|--|--|-----------|
| 13 | jeune stagiaire suicidaire confie vouloir mettre fin à ses jours | obtention de l'accord pour orientation | rendez-vous médiateur santé | prise en charge rapide | prise en charge pour les soins parallèle à l'accompagnement à l'insertion met en confiance | insertion |
| 14 | | | communication importante entre les infirmières et les médecins | | meilleure prise en charge | méd prév |
| 15 | étudiante menaçait de se défenestrer | directeur de la Cité universitaire contacte le SUMPPS | CROUS - SUMPPS: diffusion d'un protocole élaboré suite à plusieurs suicides d'étudiants | prise en charge rapide | | méd prév |
| 16 | | une aidante se présente en larmes, avec des idées suicidaires. Ne supporte plus la présence de son conjoint, malade et alcoolique, se sent coupable | écoute et prise de rendez-vous interne: psychologue, dispositif d'aide aux aidants | collaboration avec le médecin traitant | personne se sent mieux après avoir pu s'exprimer et être entendue | trav soc |
| 17 | signalement d'une situation | déplacement sur les lieux, rencontre avec la personne en difficulté, orientation | CESAME, tutelles, associations de quartier, médecins généralistes, CG 49, DIASM, bailleurs sociaux... | prise en charge adaptée | | santé pub |
| 18 | hospitalisation d'une jeune femme psychotique appel pour la prendre en charge | rencontre à l'hôpital | personne qui la connaît et la comprend | accompagnement | acceptation de l'hospitalisation | santé pub |
| 19 | un père en état d'ébriété veut partir en voiture avec ses filles | proposition d'appeler son épouse, devant son refus, signalement du danger | police | | | enfance |
| 20 | personne agitée à l'accueil | signalement | 115 et Samu Social | | bénéfique pour la personne | trav soc |
| 21 | hospitalisation programmée du mari, angoisse de l'épouse suivie par un CMP | coordination | CMP | interventions coordonnées au domicile pendant l'absence du conjoint | | trav soc |
| 22 | famille étrangère en difficulté administrative, un enfant de 9 ans en difficulté scolaire et l'autre de 5 ans ne parlant pas | réunion de l'ensemble des acteurs concernés | référénte socialen, commissariat | étayages proposés à domicile, accompagnement de la mère et des enfants | | enfance |
| 23 | troubles du comportement chez un enfant | rencontre avec les parents et la pédiatre d'une structure adaptée | jardin d'enfants adapté | | adhésion des parents | enfance |
| 24 | tentative de suicide d'un étudiant | application du protocole réagir | | | bonne prise en charge | méd prév |

| | | | | | | |
|----|---|---|---|------------------------------------|--|---------------|
| 25 | jeune Somalien de 14 ans délirant | passage par les urgences | urgences, pédopsychiatrie, interprète | hospitalisation en pédopsychiatrie | acceptation par la mère | trav soc |
| 26 | difficulté de reconversion professionnelle | bagarre pendant un an | volonté du salarié, adhésion employeur, interpellation des responsables des organismes de financement | | reconversion effective | méd prév |
| 27 | jeune fille en souffrance psychique familiale et échec scolaire | organisation d'une prise en charge | médecin généraliste, psychologue et psychiatre | suivi dans le service | meilleure estime d'elle-même, reprise des études, suivi satisfaisant | méd prév |
| 28 | patient en souffrance | temps d'écoute suite à l'annulation de deux rendez-vous | | | désamorçage du projet suicidaire caché | prof libérale |

HISTOIRES QUI SE SONT MAL PASSEES - non spécialisés

| | SITUATION | RÉACTION | PARTENARIAT | PRISE EN CHARGE | ISSUE | |
|----|---|--|---|--|---|---------------|
| 1 | suicide d'une personne trois jours après sa sortie d'hospitalisation, un vendredi après-midi quand aucun acteur de terrain n'est présent (racontée 2 fois) | colère et incompréhension dans les lieux qu'elle fréquentait | pas eu de relais | | absence de relecture de la situation | santé pub |
| 2 | étudiant mal à l'aise dans ses études, solitaire, en difficulté économique, qui dit subitement qu'il veut "percer" dans le show business | du mal à cadrer l'entretien, sentiment de comportement irrationnel | | | sentiment de n'avoir pas su aider, d'échec par rapport à une orientation | méd prév |
| 3 | candidate pour un EHPAD défini, qui ne veut pas entendre parler d'un autre établissement | impossibilité d'accéder à la demande d'appuyer son dossier | | | sentiment que seuls les aspects négatifs et critiques sont retenus et nullement les actions positives déjà réalisées | trav soc |
| 4 | absence d'information en cas d'hospitalisation ou de sortie | intervenants à domicile non prévenus... | pas de coordination de la prise en charge | | perte de temps et d'argent, agression du tuteur | tutelle |
| 5 | jeune en errance qui présente une psychose hallucinatoire chronique alertes régulières par les parents sur des faits de violence | pas de réactivité, pas de visite au domicile | | | | prof libérale |
| 6 | quand résidant refuse d'être aidé en situation de crise | que faire pour éviter la mise en danger du jeune ou d'autrui | manque d'un partenaire de type SAMU ou pompier | | quelle conduite tenir? Qu'est-ce qui est de notre responsabilité? | logement |
| 7 | petit fils vivant avec sa grand mère, troubles psychiatriques tous les 2, situation de maltraitance | long travail d'entrée en lien, signalement au procureur | transmission écrite et demande de concertation avec la psychiatrie non suivie d'effet | hospitalisation pour évaluatoin puis sortie, petit-fils recommandé comme aidant pour sa grand-mère | Discrédit complet sur notre intervention, rupture du lien thérapeutique, la tutelle se retrouve seule à gérer la situation | santé pub |
| 8 | entretien qui n'a pas pu se mener tant le patient était alcoolisé. Il veut repartir au volant de sa voiture | essai de lui prendre ses clés, signalement du danger | | police | sentiment d'impuissance, impression de ne pas avoir eu "une conduite adéquate". la personne n'est jamais revenue, n'a pas répondu à nos appels. | insertion |
| 9 | locataire qui téléphone pour annoncer une tentative de suicide | demande d'intervention de la DSP et des pompiers | intervention des pompiers refus de la DSP | | mise en cause par la locataire du pouvoir d'intervention du bailleur. sentiment de solitude devant cette situation, absence d'interlocuteur | logement |
| 10 | personne âgée accueillie en convalescence en EHPAD suite à une sortie du CHU, loin de chez elle. Elle ne s'y plaît pas Pas de préconisation de retour au domicile par l'équipe médicale | pas de réponse, méconnaissance des disponibilités dans les autres établissements | | | famille mécontente, Sentiment de manque de ressources externes, de réseau pour répondre à ce type de demande | trav soc |
| 11 | jeune homme incapable de gérer la propreté de son appartement avec nuisance à la tranquillité et la sécurité du voisinage | passage aux urgences | pas de prise en compte du contexte, des éléments décrits dans le certificat | le psychiatre des urgences a considéré l'hospitalisation inutile | retour au domicile sans changement | santé pub |
| 12 | plusieurs situations où une personne est virulente à propos d'autres services sociaux | | manque de concertation de communication avec nos services | | | trav soc |

| | | | | | | |
|----|---|---|--|--|---|---------------|
| 13 | visite commune avec le DSP chez une personne avec trouble psychique désocialisant et fragilisant | refus de soins, | médecin généraliste dans l'impasse, | aucun | la personne acceptant notre visite, faire venir le soin à elle, comment? qui? | trav soc |
| 14 | jeune de 16 ans déscolarisé avec des troubles du comportement... A quitté l'ITEP. Prise en charge coordonnée avec la Mission locale, adhésion puis rupture. Sort beaucoup, boit, fume du haschich et "fait des bêtises" avec ses amis de la cité, malgré ses parents qui essayent de le retenir | pas de prise sur lui, même s'il rentre tous les jours chez lui. Ne veut faire que ce qu'il veut | comment travailler un relais avec la maison des adolescents? | | | enfance |
| 15 | un membre du personnel exprime sa souffrance lors de l'entretien d'évaluation et parle de suicide | orientation vers son médecin généraliste et appel de la médecine du travail | médecine du travail | en attente de la réponse | situation stressante | enfance |
| 16 | étudiante malheureuse et angoissée, qui lors d'un entretien "social" parle de suicide et déclare avoir des hallucinations | écoute et orientation | | | ce qui a manqué c'est un professionnel du soin qui puisse la recevoir juste après mon entretien | méd prév |
| 17 | un demandeur d'asile Somalien très précarisé, et qui s'est mis à boire de plus en plus. Il arrive maintenant complètement ivre | accompagnement vers les soins psychiatriques | manque d'interprétariat, insuffisance de coordination, de préparation à la sortie: hébergement, aide à la prise du traitement... | hospitalisé en psychiatrie, ressorti au bout de 4 jours, | aggravation de la clochardisation, s'est fait agresser, a dû quitter la ville pour se mettre à l'abri | trav soc |
| 18 | impossibilité de suivre une formation pour reconversion durant un arrêt maladie | | impossibilité (réglementaire) d'une PEC financière | | | méd prév |
| 19 | secrétaire placée sur un poste informatique, car disparition de son poste: inadéquation et souffrance | il ne se passe rien | pas de démarche pour trouver une solution, ni par la salariée, ni par l'entreprise | | | méd prév |
| 20 | jeune fille de 24 ans avec troubles phobiques majeurs, repli sur elle-même, isolement, difficulté de suivi, même par téléphone | accompagnement vers les soins psychiatriques | services de psychiatrie | en attente d'une prise en charge depuis 7 mois, car inadéquation entre l'offre de soins et la pathologie | statu quo | méd prév |
| 21 | toxicomane exige une ordonnance | négociation tendue | | | refus, le patient se sent rejeté, doute quant à sa volonté de s'en sortir | prof libérale |

Diagnostic préalable à l'élaboration
du contrat local de santé
sur la santé mentale
Ville d'Angers – ARS Pays de la Loire

Francis Nock
Consultant
en santé publique

1. Définitions et repères

Définitions de la santé mentale

Organisation Mondiale de la Santé:

- La santé mentale fait partie intégrante de la santé; il n'y a pas de santé sans santé mentale
- La santé mentale est plus que l'absence de troubles mentaux

Définitions de la santé mentale

Organisation Mondiale de la Santé:

Etat de bien-être qui permet à chacun
de réaliser son potentiel,
de faire face aux difficultés normales de la vie,
de travailler avec succès et de manière
productive
et d'être en mesure d'apporter une contribution
à la communauté

Définitions de la santé mentale

Pacte européen pour la santé mentale et le bien-être (2008):

« La santé mentale est un droit de l'homme. Elle est indispensable à la santé, au bien-être et à la qualité de vie. Elle favorise l'apprentissage, le travail et la participation à la société »

Définitions de la santé mentale

Ministère de la santé:

Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015:

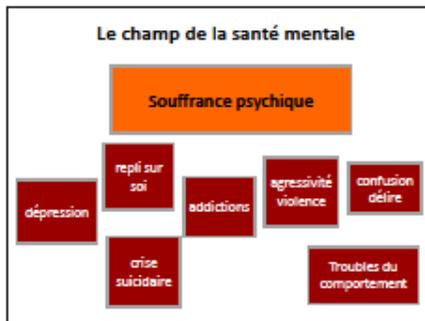
3 dimensions de la santé mentale:

- La santé mentale positive
- La détresse psychologique réactionnelle
- Les troubles psychiatriques

Le champ de la santé mentale

La santé mentale positive
 Promouvoir la santé mentale en agissant:

- auprès des personnes
- auprès de la population
- sur l'environnement:
 - professionnels
 - dispositifs
 - réglementation



Santé mentale: plans et schémas

Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015
 Projet régional de santé ARS Pays de la Loire
 Plan stratégique régional de santé
 Schéma régional de prévention
 Schéma régional d'organisation des soins
 Schéma régional d'organisation médico-sociale
 PRAPS
 Programmes territoriaux
 Contrats locaux de santé

Les contrats locaux de santé

- Prévus par la loi HPST
- Visent à valoriser/favoriser l'implication des collectivités territoriales dans le champ de la santé
- Doivent permettre la déclinaison du Projet régional de santé
- Peuvent associer d'autres partenaires institutionnels
- S'inscrivent dans la durée

2. Le dispositif local de soin spécialisé en santé mentale

Le dispositif spécialisé

CESAME

7 secteurs adultes
thématiques transversales

2010 - 2011

Angers = 28% de la population
 34% de la file active ambulatoire
 36% de la file active des secteurs
 41% des hospitalisations temps plein

Le dispositif spécialisé

CESAME

7 secteurs adultes

Taux de recours au soin (2011)

Habitants d'Angers = 33 %
 Habitants des cantons = 17 %

Le dispositif spécialisé

CESAME

7 secteurs adultes

Entre 2007 et 2009: ↑ patients > ↑ habitants

Surtout Hommes
 15-24 ans et 65 ans et +
 Quartiers prioritaires
 Prises en charge longue

Le dispositif spécialisé

CESAME

Activité intersectorielle

Maison d'arrêt 2010

File active = 768 (39 auteurs de violence sexuelle)
 18-24 ans: 28%
 25-44 ans: 69%

Le dispositif spécialisé

CESAME

Activité intersectorielle

CHU

2010

Géronto-psychiatrie: 352 personnes

UPAP: 2386 passages
 27% orientés vers CESAME

Le dispositif spécialisé

CESAME

2 secteurs infanto-juvéniles
CASIA – Fédération adolescents

Activité 2010

Part urbaine de la file active secteurs: 36%

Part urbaine de la file active ambulatoire: 32%

Taux de recours au soins: 17 %

Agés de 7 à 15 ans: 73%

Le dispositif spécialisé

CESAME hospitalisation sans consentement

2011

| | |
|--|-----|
| Sur demande du représentant de l'état: | 127 |
| Sur demande d'un tiers: | 854 |

Le dispositif spécialisé

CHU Psychiatrie et psychologie médicale

Unité de psychiatrie de l'adulte: 2010
 9 lits accueil des suicidants: 353 entrées
 11 lits de médecine psycho-sociale 451 entrées
 Consultations externes
 Psychiatrie de liaison

Le dispositif spécialisé

CHU Psychiatrie et psychologie médicale

Unité de psychiatrie de l'enfant
 Consultations (2008)
 Enfants hospitalisés 2380 (1/2 clinique de l'adolescent)
 Consultations externes 2060
 Permanence d'accueil de l'enfant en danger
 Unité fonctionnelle de psychologie néonatale

Le dispositif spécialisé

Praticiens libéraux Angers

34 psychiatres

25 psychologues

La sécurité publique

POLICE Interventions en Maine-et-Loire
 2011

| | |
|-------------------------------------|----|
| Hospitalisations sans consentement: | 33 |
| Recherche malades en fugue: | 5 |
| Suicides (majeurs) | 35 |
| Tentatives de suicide (majeurs) | 78 |
| Tentatives de suicide (mineurs) | 1 |

Quels indicateurs de suivi?

Aujourd'hui:
 Données qui reflètent l'utilisation du système de santé

A développer:
 Indicateurs reflétant:
 la mobilisation des acteurs
 les situations « hors » système de santé

3. L'enquête auprès des acteurs de la santé mentale

Le diagnostic

L'enquête auprès des acteurs

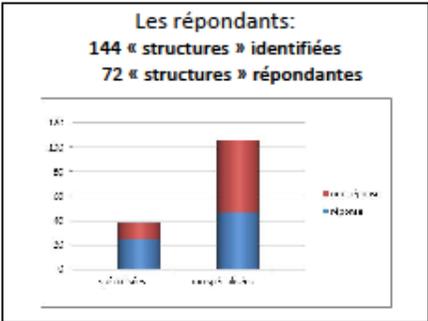
Double objectif:

- **Etat des lieux:**
Recueil des problématiques, des ressources et des manques
- **Mobilisation:**
Recueil des propositions de thématiques à inclure dans le CLS

L'enquête auprès des acteurs

Méthode:

- Elaboration des questions, discussion en comité technique, test
- Questionnaire en ligne
- Définition des structures à contacter
- Rencontres avec les acteurs principaux
- Envoi par mail suivi d'une relance
- Diffusion interne dans les grosses structures



Les structures répondantes spécialisées

| | |
|--------------------------------------|---|
| SOMMÉES SPÉCIALISÉES 14/21 | CEBEMIE: 6 secteurs-édifiés 2 secteurs de périscopie CEBEM, UPAS, MEDA |
| USAGERS 2/2 | CHL: secteur adulte + USAP, P3 suffrants, Basse |
| | Adaptologie: AHA 48 SPH la Clélon |
| | UNAPM: association de parents et de proches |
| | COPIRE: groupe d'entraide mutuelle |

Les structures répondantes spécialisées

| | |
|--------------------------------|--|
| MÉDICO-SOCIAL 3/3 | SNMOM Nord de Loire MOPH |
| INJECTION EMPLOI 4/7 | BIAT LE GENRE ANNI CUF EMPLOI |
| | Ann 48 Les Chemises Psychiatrie |
| | SSAP |

Les structures répondantes non spécialisées

SANS
Généralistes
2/7

Ministère généralistes
Ministère du Travail

Ville d'Angers: comité publique
généraliste
autres
Inspection Académique
SUNAPP
UCJ
SMA
RCP

PREVENTION
SANTÉ
PUBLIQUE
8/13

Les structures répondantes non spécialisées

USAGERS
1/8

Quener

MEDICO-
SOCIAL
3/4

Arcom Angers
MJD
Conseil Général PMH

Les structures répondantes non spécialisées

SOCIAL
ACCUEIL AIDE
9/18

ATLAS
ASAP
ADRENH
SES Anis
Bureau France
Ville d'Angers
CCMS
Pactes de la
Généraliste
Conseil Général
ADE

HEBERGEMENT
LOGEMENT
18/27

Angers habi, Tall eng, Centre eng, Val Loire
Atré Pradonnes, PHARE, Anger Insertion
Habitat, 606 Immo, Habitat Homologues
France Terre d'Haute, Bédaride
BY Dorais, Marguerite d'Anges, Mistral,
Municipal

Les structures répondantes non spécialisées

INSERTION
EMPLOI
4/18

Mission locale anglaise
Rando-trac
Via formation
Jazz séjours

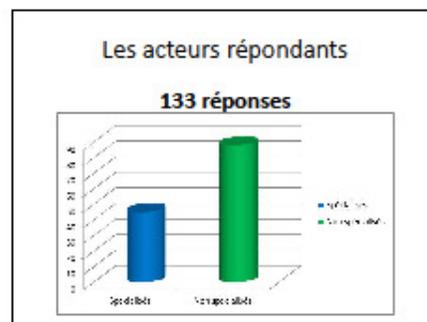
JUSTICE
4/10

Protection Juridique de la Jeunesse
UDNF
ADRENH
GC

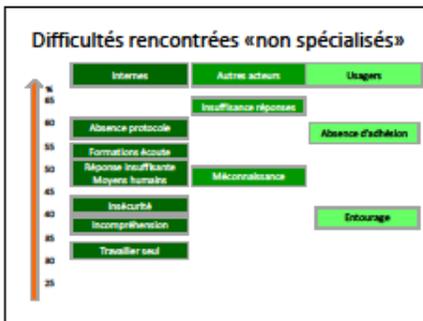
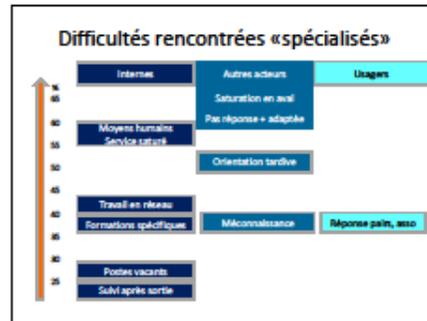
Les structures répondantes non spécialisées

SECURITE
2/8

Police nationale
Ville d'Angers police municipale



- Autres types de publics posant des difficultés de prise en charge**
- Personnes souffrant d'exclusion sociale, grande marginalité, co-morbidité psychiatrique et addictions
 - Personnes étrangères avec des difficultés au regard de leur séjour en France, barrière de la langue
 - Adolescents et jeunes adultes sans ressources
 - Personnes qui refusent la prise en charge



Les manques internes

| | Spé | Non spé |
|------------------------------|--------|---------|
| | 36 rép | 59 rép |
| Temps et moyens humains | 50% | 29% |
| Déficit de réponses "psy" | 17% | 19% |
| Communication, partenariat | 8% | 15% |
| Formation | 8% | 14% |
| Déficit de réponses sociales | 6% | 7% |
| Analyse de la pratique | 3% | 7% |
| Sécurité | 0 | 7% |

Les ressources internes

| | Spé | Non spé |
|------------------------------------|--------|---------|
| | 29 rép | 60 rép |
| Travail d'équipe | 66% | 50% |
| Formation et expérience | 41% | 23% |
| Analyse de la pratique, régulation | 20% | 20% |
| Coordination, réseau, protocole | 31% | 13% |

- Les ressources externes**
- 92 répondants
- 101 structures différentes citées
 - 363 citations 126 soins psychiatriques
54 accueil et aide sociale
34 institutions
 - Les usagers et les proches sont très peu cités (7)
 - Les acteurs des soins somatiques sont cités par les « non spécialistes »

Situations rapportées

55 professionnels ont exposé des situations
41 « non spécialisés » et 14 « spécialisés »

- 48 situations qui se sont « bien passées »
- 49 situations qui se sont « mal passées »
- + 3 « *Cela ne se passe jamais bien* »

Situations rapportées

3 niveaux de situations :

- **Réponse interne:** entre une personne et un ou des acteurs de la structure
- **Orientation:** la personne est orientée auprès de partenaires connus en position de répondre
- **Accompagnement:** un partenariat spécifique est élaboré pour trouver une solution à une situation complexe

Situations rapportées

Facteurs jouant dans la résolution du problème :

- **Adhésion de la personne:** expression verbale, acceptation, déni, agressivité, entourage...
- **Compétence interne:** formation à l'écoute et à l'entretien, protocole, anticipation...
- **Partenariat:** connaissance des missions et des services, contact, coordination, réseau...
- **Environnement:** dispositif, réglementation...

Situations rapportées

REPONSE INTERNE 23 situations (17 non spé)
16 pers. suivis psychiatrique
11 se sont « mal passées »

Clés:

- **Adhésion/déni/refus de la personne**
- **Compétences:** formation à l'écoute et l'entretien d'aide, anticipation des situations, protocole...

Situations rapportées

ORIENTATION 17 situations (12 non spé)
8 pers. suivis psychiatrique
7 se sont « mal passées »

Clés:

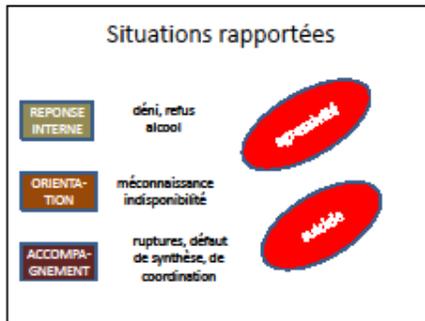
- **Partenariat:** connaissance des dispositifs et des acteurs, qualité de la réponse
- **Compétences:** capacité à faire accepter l'aide
- **Adhésion de la personne**

Situations rapportées

ACCOMPAGNEMENT 58 situations (43 non spé)
16 pers. suivis psychiatrique
32 se sont « mal passées »

Clés:

- **Partenariat:** passage de relais, construction commune, prise en compte de l'avis des acteurs, des besoins et souhaits de l'utilisateur
- **Adhésion de la personne au parcours proposé**
- **Environnement:** réglementation, accessibilité

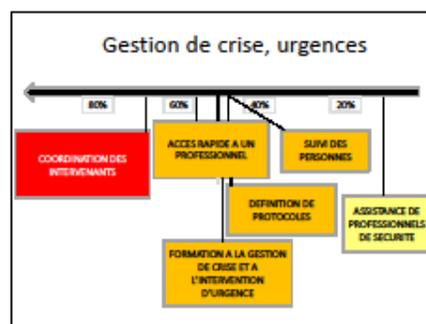
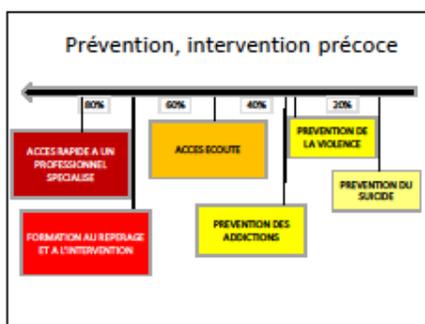


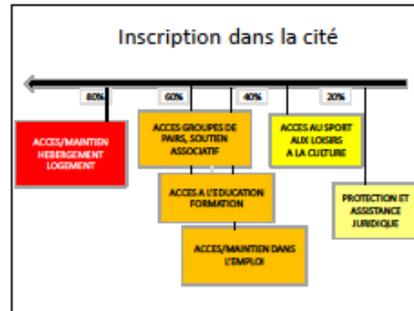
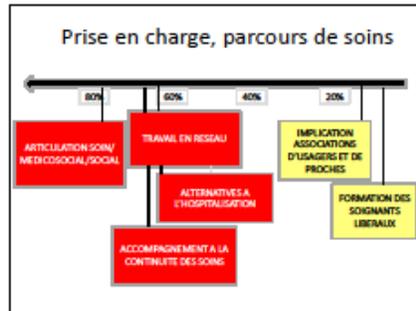
4. L'enquête auprès des acteurs de la santé mentale

Les propositions

Les axes prioritaires

| AXES | NON SPECIALISES | SPECIALISES |
|------------------------------------|-----------------|-------------|
| PROMOTION DE LA SANTE | 7,3 | 7,1 |
| PREVENTION, INTERVENTION PRECOCE | 8,4 | 8,4 |
| GESTION DE CRISE, URGENCES | 8,1 | 8,0 |
| PRISE EN CHARGE, PARCOURS DE SOINS | 8,6 | 8,0 |
| INSCRIPTION DANS LA CITE | 7,0 | 7,7 |





5. Les groupes de travail

Les groupes de travail

Objectif:
Proposer à l'ARS et à la Ville d'Angers des actions à développer dans le cadre du contrat local de santé

Temps de travail:

- 12 juin: lister les actions prioritaires
- Septembre: préciser les objectifs, le public, les acteurs et un calendrier.

Les groupes de travail

4 groupes:

1. Prévention et repérage précoce
2. Gestion de crise et des situations d'urgence
3. Prise en charge et parcours de santé
4. Inscription dans la cité

Feuilles de route distribuées aux participants de chacun des 4 ateliers réunions de JUIN 2012

Axe 1 « Prévention et repérage précoce »

Définitions et repères :

La prévention est entendue ici comme l'ensemble des actions pouvant être menées au niveau individuel avant la survenue de situations critiques. Elle doit permettre un repérage précoce et doit s'accompagner d'une action ou d'un ensemble d'actions visant l'amélioration de la situation : écoute et conseil, orientation ou accompagnement vers une prise en charge adaptée.

Ces actions peuvent s'adresser à des personnes souffrant :

- de détresse psychologique réactionnelle due à des situations éprouvantes ou à des difficultés existentielles,
- de troubles psychiatriques nécessitant des soins spécialistes et pouvant entraîner un handicap.

Ces personnes peuvent être bien intégrées socialement, vivre dans la précarité ou se trouver très à l'écart des dispositifs de prise en charge. Certaines périodes de la vie demandent une attention particulière : l'enfance, l'adolescence, le grand âge..

La prévention dans le plan national « Psychiatrie et santé mentale 2011 – 2015 » :

Sont citées : la prévention du suicide, la prévention des addictions, l'anticipation des situations critiques.

La prévention dans le Projet régional de santé de l'ARS Pays de la Loire :

Schéma régional de prévention

- Obj. 3 : Parmi les priorités régionales : les conduites addictives, le bien-être mental et le risque de suicide.
- Obj. 6 : Sensibiliser les professionnels de santé à l'identification des principaux facteurs de risque.
- Obj. 7 : Associer systématiquement les représentants d'usagers dans les politiques de prévention.
- Obj. 8 : Engager tous les établissements de santé et médico-sociaux dans le repérage des risques et l'orientation vers une réponse de prévention adaptée.
- Obj. 13 : Repérer et aller vers les personnes qui ne sollicitent pas de soutien. S'appuyer sur des intervenants de proximité formés et coordonnés pour repérer et agir préventivement.
- Obj. 15 : Renforcer la coopération et la coordination des acteurs autour de la naissance, de la petite enfance et de l'adolescence.

La prévention dans l'enquête auprès des professionnels

- 53% des répondants « spécialistes » citent l'orientation très tardive comme une des difficultés rencontrées lors de la prise en charge.
- La Prévention est classée 1^{er} axe prioritaire chez les « spécialistes » et 2^{ème} chez les « non spécialistes »
- Les thématiques les plus citées dans l'axe Prévention sont l'accès rapide à un professionnel spécialisé, la formation au repérage et à l'orientation, et l'accès à une écoute personnalisée.

Situations rapportées par les répondants

- Logement : Montée progressive d'un état délirant chez un résidant. Accompagnement en limitant l'impact sur les autres résidants. L'interpellation de différents intervenants conduit à une hospitalisation brève. Le retour au domicile s'effectue en douceur.
- Travail social : Lors d'un entretien, un mari se dit épuisé physiquement et psychologiquement, dépassé par la prise en charge de sa femme devenue rapidement dépendante. Proposition d'aides professionnelles, autorisation d'en parler en réunion de concertation, prise d'un rendez-vous pour une visite. Acceptation de l'aide, soulagement.
- Profession libérale : Enfant de 3 ans avec des troubles envahissants du comportement. Orientation et prise en charge rapide par l'équipe du CMP. Soulagement rapide de la tension intra familiale.
- Enfance : Troubles du comportement chez un enfant. Rencontre avec les parents et la pédiatre d'un jardin d'enfants adapté. Adhésion des parents.
- Travail social : Une épouse suivie en CMP angoissée par l'hospitalisation programmée du mari. Mise en place d'interventions coordonnées pendant l'absence du conjoint.
- Insertion : Un jeune stagiaire confie vouloir mettre fin à ses jours. Obtention de l'accord pour une orientation. Prise en charge rapide en lien avec l'accompagnement à l'insertion.
- Profession libérale : L'annulation de deux rendez-vous permet une écoute approfondie d'un patient en souffrance et le désamorçage d'un projet suicidaire caché.
- Santé publique : Jeune homme incapable de gérer la propreté de son appartement avec nuisance à la tranquillité et la sécurité du voisinage. Passage aux urgences. Hospitalisation jugée inutile. Retour au domicile sans changement.

Axe 1 « Prévention et repérage précoce »

Synthèse des travaux

1. Discussion sur la présentation de la thématique (15 min maximum)
2. Liste des principaux manques et des difficultés majeures vécues à Angers (25 min)
3. Identification des actions à mettre en place dans le cadre du contrat local de santé

Axe 2« Gestion des situations de crise, interventions d'urgences »

Définitions et repères :

Les situations de crise sont entendues ici comme toutes les situations qui demandent une intervention rapide de la part des personnes qui en sont témoins. Ces situations dépassent les ressources habituelles du professionnel, de la structure ou de l'entourage socio-familial, et nécessitent souvent l'intervention d'acteurs spécialisés. Les situations de crise sont d'intensité variable. Elles peuvent générer anxiété et insécurité, elles peuvent comprendre une part de danger, le plus souvent pour la personne en crise, mais parfois aussi pour les acteurs de prise en charge, dont l'entourage. Certaines situations peuvent déboucher sur une hospitalisation sans consentement.

Ces situations concernent des personnes qui peuvent souffrir :

- de détresse psychologique réactionnelle due à des situations éprouvantes ou à des difficultés existentielles,
- de troubles psychiatriques nécessitant des soins spécialistes et pouvant entraîner un handicap.

Ces personnes peuvent être bien intégrées socialement, vivre dans la précarité ou se trouver très à l'écart des dispositifs de prise en charge. Certaines périodes de la vie demandent une attention particulière : l'enfance, l'adolescence, le grand âge ; de même pour les situations de rupture, les événements douloureux.

Les urgences et situations de crise dans le plan national « Psychiatrie et santé mentale 2011–2015 » :

« Concernant la réponse aux appels et situations d'urgence, l'enjeu consiste à élaborer ou consolider un dispositif, connu des usagers et des aidants, ainsi que par les acteurs susceptibles d'être saisis de la situation » Il faut « faire que ces crises soient gérées le plus possible en limitant le transfert vers le système hospitalier (formation et soutien des équipes...) ».

Les urgences psychiatriques dans le Projet régional de santé de l'ARS Pays de la Loire :

Schéma régional d'organisation médico-sociale

Obj 2. Apporter un soutien aux aidants ... permettant de répondre aux situations d'urgence.

Schéma régional d'organisation des soins

« L'approche intersectorielle pour la prise en charge et la prévention des crises au domicile sera favorisée. »
« Mise en place d'équipes mobiles d'intervention en urgence ».

La gestion des crises et les urgences dans l'enquête auprès des professionnels

- Parmi les difficultés rencontrées, les répondants « non spécialistes » citent le manque d'adhésion des personnes (57%), l'insécurité face à leur comportement (41%) et l'absence de formation pour entrer en relation avec elles (56%). Les personnes ayant une conduite agressive sont citées parmi les publics qui posent le plus de difficulté par environ un répondant sur six.
- La Gestion de crise est classée 2^{ème} axe prioritaire chez les « spécialistes » et 3^{ème} chez les « non spécialistes ».
- Les thématiques les plus citées dans l'axe Gestion de crise et les interventions d'urgences sont : la coordination des intervenants, l'accès rapide à des professionnels qualifiés, la formation à la gestion de crise et à l'intervention d'urgence, la définition de protocoles d'intervention et d'orientation.

Situations rapportées par les répondants

- Soins : Une personne aux urgences nécessite une hospitalisation en psychiatrie. Nombreux entretiens avec la patiente et sa famille pendant plusieurs heures, qui débouchent sur une hospitalisation consentie.
- Soins : Signalement de détresse au domicile d'un patient ayant fugué des urgences. Impossibilité d'aller au domicile évaluer la situation.
- Soins : Patient sans antécédents psychiatriques admis suite à une évaluation flash en garde à vue. Une brève hospitalisation a permis une amélioration de l'état.
- Association : une adhérente en agresse physiquement une autre. Intervention pour les séparer, entretien et appel des parents qui viennent la chercher.
- Travail social : Situation de crise avec violence et délire. La réactivité de la DSP a permis une hospitalisation à la demande d'un tiers.
- Insertion : Une personne dans le déni de sa souffrance psychique, risque de suicide. Intervention et orientation rapide vers le CMP. Hospitalisation au CESAME.
- Médecine préventive : Une étudiante menace de se défenestrer. Le directeur de la cité universitaire applique le protocole Réagir, élaboré par le CROUS et le SUMPPS.
- Soins : défenestration d'un adolescent de 17 ans dans un contexte de psychose schizophrénique débutante. Refus du patient et de l'entourage d'une prise en charge en milieu spécialisé.
- Enfance : Un père en état d'ébriété veut partir en voiture avec ses filles. Proposition d'appeler son épouse. Devant son refus, signalement à la police.
- Insertion : Une personne suivie arrive en criant son mécontentement de manière confuse. Impossible de la canaliser.

Axe 2« Gestion des situations de crise, interventions d'urgences »

Synthèse des travaux

1. Discussion sur la présentation de la thématique (15 min maximum)
2. Liste des principaux manques et des difficultés majeures vécues à Angers (25 min)
3. Identification des actions à mettre en place dans le cadre du contrat local de santé

Axe 3« Prise en charge, accompagnement et parcours de santé »

Définitions et repères :

La prise en charge et le parcours de soins recouvrent ici l'intervention des structures sanitaires, médico-sociales, sociales, associatives, éducatives et judiciaires, la place des familles, dans le but d'accompagner les personnes souffrant de troubles psychiques ou en situation de souffrance psychosociale vers une amélioration de leur état de santé. Pour adapter au mieux le parcours de santé et éviter les ruptures, les différents acteurs doivent coordonner leurs interventions, en respectant la volonté et les possibilités de la personne en difficulté et/ou de son entourage. Les personnes souffrant de troubles psychiques ne sont pas toujours en capacité d'exprimer une demande, ni d'accepter facilement une aide, un traitement ou un accompagnement dans la durée.

La prise en charge et l'accompagnement peuvent s'adresser à des personnes souffrant :

- de détresse psychologique réactionnelle due à des situations éprouvantes ou à des difficultés existentielles,
- de troubles psychiatriques nécessitant des soins spécialistes et pouvant entraîner un handicap.

Ces personnes peuvent être bien intégrées socialement, vivre dans la précarité ou se trouver très à l'écart des dispositifs de prise en charge. Certaines périodes de la vie demandent une attention particulière : l'enfance, l'adolescence, le grand âge.

La prise en charge dans le plan national « Psychiatrie et santé mentale 2011 – 2015 » :

Sont cités : Le développement de mesures pour éviter des ruptures de prise en charge aux âges de transition, du partenariat avec les aidants, des coopérations entre les services d'addictologie et de psychiatrie, de la participation des usagers, l'amélioration des conditions de mise en œuvre des systèmes de protection juridique. L'accent est mis sur l'articulation des offres sanitaires, médico-sociales et sociales et sur le rôle important des médecins généralistes, des élus locaux et des associations.

La prise en charge dans le Projet régional de santé de l'ARS Pays de la Loire :

Schéma régional d'organisation médico-sociale

Obj. 1 : Associer la personne, ses proches, le médecin traitant à l'élaboration du projet de soins. Identifier un référent auprès de la personne.

Obj. 2 : Prendre en compte la place de l'aidant dans la réponse à la personne.

Obj. 8 : Assurer l'adéquation des prises en charge aux âges clé de la vie.

Obj. 11 : Articuler les dispositifs de soins, sociaux et médico-sociaux.

Obj 16 : Aller vers les personnes en situation de vulnérabilité sociale.

Schéma régional d'organisation des soins

Les articulations entre les secteurs hospitalier, libéral et médico-social doivent être renforcées. Une réponse adaptée doit être apportée aux populations nécessitant une prise en charge spécifique : adolescents, personnes âgées, personnes souffrant de troubles envahissants du développement, personnes souffrant de conduites addictives, d'idées suicidaires.

La Prise en charge et le parcours de soins dans l'enquête auprès des professionnels

- Les répondants « non spécialistes » citent l'insuffisance et la méconnaissance des réponses externes, l'insuffisance des réponses internes. Les répondants « spécialistes » mentionnent la saturation des structures d'aval l'insuffisance de réponses plus adaptées, la faiblesse de réponses des pairs. Le manque de moyens humains et l'insuffisance du travail en réseau sont cités par les deux catégories.
- La Prise en charge est classée 1^{er} axe prioritaire chez les « non spécialistes » et 2^{ème} chez les « spécialistes »
- Les thématiques les plus citées dans l'axe Prise en charge sont l'articulation sanitaire, médico-social, social, le partage d'information et l'accompagnement à la continuité des soins, les alternatives à l'hospitalisation.

Situations rapportées par les répondants

- Soins : Accompagnement vers le soin et le logement d'une personne sans domicile rendu possible par le réseau d'intervenants connaissant bien la culture, les missions et les limites des uns et des autres.
- Insertion : arrêt du suivi d'un jeune en suivi judiciaire et psychiatrique, mais un partenariat intersectoriel permet que l'errance soit contenue, psychologiquement et socialement.
- Enfance : Une famille étrangère en situation irrégulière, avec un enfant de 9 ans en difficulté scolaire et l'autre de 5 ans ne parlant pas. La concertation des acteurs débouche sur une proposition d'étayages à domicile et d'un accompagnement de la mère et des enfants.
- Insertion : Sortie d'hospitalisation pour tentative de suicide d'un malade psychique, sans accompagnement prévu pour la reprise du travail. Le patient démissionne, perte de sa trace : rupture de parcours.
- Soins : Personne âgée réhospitalisée trois fois après un séjour de quelques jours en maison de retraite, du fait d'échanges restreints entre les structures et d'une faible pratique de l'intersectorialité.
- Santé publique : Suicide d'une personne trois jours après sa sortie d'hospitalisation, en fin de semaine, quand aucun acteur de terrain n'est présent.

- Travail social : Accompagnement vers les soins psychiatriques d'un demandeur d'asile très précarisé qui s'est mis à boire, sortie au bout de 4 jours, absence d'interprète, de coordination, de préparation à la sortie : aggravation de la clochardisation.
- Médecine préventive : Jeune fille de 24 ans avec troubles phobiques majeurs, isolée, avec des difficultés de suivi, même par téléphone. Attente depuis 7 mois d'une prise en charge adaptée.

Synthèse des travaux

1. Discussion sur la présentation de la thématique (15 min maximum)
2. Liste des principaux manques et des difficultés majeures vécues à Angers (25 min)
3. Identification des actions à mettre en place dans le cadre du contrat local de santé

Axe 4« Inscription dans la cité »

Définitions et repères :

L'inscription dans la cité recouvre ici l'ensemble des actions visant la réhabilitation psycho-sociale, c'est-à-dire le maintien ou l'accès à une insertion sociale satisfaisante. Les domaines concernés sont ceux de l'hébergement et du logement, de l'accès à une formation, à un emploi ou à une activité présentant une utilité sociale, de l'accès à la citoyenneté, à l'éducation, aux services publics, aux loisirs, aux sports et à la culture.

La prise en charge et l'accompagnement peuvent s'adresser à des personnes souffrant :

- de détresse psychologique réactionnelle due à des situations éprouvantes ou à des difficultés existentielles,
 - de troubles psychiatriques nécessitant des soins spécialistes et pouvant entraîner un handicap.
- Ces personnes sont empêchées dans une ou plusieurs dimensions de la vie sociale Certaines d'entre elles bénéficient du statut de handicapé psychique, qui ouvre des droits à compensation.

L'inscription dans la cité dans le plan national « Psychiatrie et santé mentale 2011–2015 » :

Développer l'accès et le maintien au logement par une offre de logement accompagné, adaptée et diversifiée. Améliorer la qualité de vie des personnes, leur participation sociale et l'accès à la vie professionnelle. Améliorer l'accès des personnes aux droits.

L'inscription dans la cité dans le Projet régional de santé de l'ARS Pays de la Loire :

Schéma régional d'organisation médico-sociale

- Obj 5 Assurer la réponse graduée de l'offre médico-sociale en adéquation aux besoins de la personne.
- Obj 6 Favoriser la vie en milieu ordinaire (maintien à domicile, scolarisation, insertion professionnelle).
- Obj 8 Assurer l'adéquation des prises en charge aux âges clés de la vie (petite enfance, jeunes 16-25 ans, personnes handicapées vieillissantes).
- Obj 16 Favoriser Renforcer l'offre de services en SAMSAH et les groupes d'entraide mutuelle (GEM) pour favoriser l'insertion et la socialisation des personnes souffrant de handicap psychique.

L'inscription dans la cité dans l'enquête auprès des professionnels.

- L'inscription dans la cité est classée 4^{ème} axe prioritaire chez les « spécialistes » et 5^{ème} chez les « non spécialistes ».
- L'hébergement/logement est classé prioritaire par 77% des répondants, les associations et groupes de pairs par 55%, l'éducation et la formation par 54%, l'emploi par 45%, les loisirs, le sport et la culture par 35%, la protection juridique par 14%.

Situations rapportées par les répondants

- Tutelle : Placement en Maison de Retraite, par un service social, d'une personne âgée atteinte d'une maladie psychique suivie par notre service, mais pas d'accompagnement de la personne ni d'analyse des besoins et des souhaits de la personne.
- Soins : Personne âgée acceptée en cure en attendant une place dans un service adapté. La place n'existait pas et le service adresseur n'a pas repris contact. Retour forcé à domicile après plusieurs semaines.
- Insertion : jeune femme en CDD bien intégrée dans l'entreprise, mais quelques absences injustifiées et un comportement difficile à canaliser posent problème. Le point de la situation avec son service d'accompagnement social montre d'importants progrès de puis son contrat de travail. Solution : stabilisation des lieux et des horaires de travail, qui posaient problème.
- Médecine préventive : reconversion professionnelle grâce à un an de bagarre, la volonté du salarié et l'adhésion de l'employeur.

Axe 4« Inscription dans la cité »

Synthèse des travaux

1. Discussion sur la présentation de la thématique (15 min maximum)
2. Liste des principaux manques et des difficultés majeures vécues à Angers (25 min)
3. Identification des actions à mettre en place dans le cadre du contrat local de santé

Comptes rendus des 4 ateliers réunions de JUIN 2012

Compte rendu de l'atelier n°1 sur l'axe « Prévention et repérage précoce »

1) Les constats :

- Au niveau du repérage précoce :

La 1^{ère} approche se fait souvent à partir du corps, la demande est souvent d'abord somatique mais derrière, se révèle une souffrance psychique, voire une pathologie, et pour les jeunes à partir d'une demande en rapport avec la sexualité ou les problèmes d'addiction.

Le temps de la rencontre :

Il est très important, il nécessite une écoute de qualité, c'est le moment où le travail avec la personne est à installer ;

Un temps suffisant doit lui être consacré.

Mais la question des moyens et de la pression de la demande permettent de moins en moins de disposer du temps nécessaire.

Les modalités de la rencontre :

- Aller vers les personnes (le cas du DIASM) nécessité pour les situations d'urgence.
- Ou être suffisamment identifié pour que la personne s'adresse à vous (Maison des adolescents, CMP)

Les modalités de l'accueil :

- Spontané, sans rendez-vous (de moins en moins à la MDA compte tenu des moyens).
- Sur rendez-vous mais avec des délais raisonnables.
- Spécifiques pour les migrants, nécessités de l'interprétariat.
- Par un professionnel seul, ou deux professionnels (cas de la MDA)

La prise en charge et l'accompagnement :

- préférable dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire et pluri institutionnelle car cela contribue à une prise en charge globale, et cela fluidifie les liens interinstitutionnels.
- Quand le travail est installé, il s'agit de suivi et de soutien.
- La réponse sociale vient souvent colmater la souffrance psychique mais il faut aller au-delà.
- A une accumulation de facteurs correspond une accumulation de réponses
- Dans le secteur gérontologique, difficultés à rassembler les intervenants.
- Difficultés de l'accès à domicile pour les personnes âgées.

2) **Les pistes**

Pour repérer, désamorcer, relayer

- **La mise en place d'un réseau de type R.E.S.P.P.A** (réseau souffrance psychique et précarité) (sa disparition est regrettée) ou d'un espace de rencontre de professionnels pluridisciplinaires et multi partenarial, qui organise la coordination, qui aide la démarche de recherche d'efficience et d'efficacité, avec des groupes de personnes ressources formés au repérage des situations et à leur désamorçage et des temps de rencontre à géométrie variable pour analyser les situations les plus problématiques.
- A la question de savoir si un conseil local de santé mentale pourrait y répondre : à condition qu'il ne soit pas uniquement institutionnel mais qu'il favorise la rencontre et la coordination des acteurs de terrain et s'attache aux besoins constatés par ces acteurs.
- La nécessité de moyens suffisants est posée pour maintenir, pérenniser, et développer les réponses adéquates (cas de la MDA ,du DIASM et de ce qui pourrait à nouveau être construit en matière de réseau multi partenarial et pluridisciplinaire).
- L'engagement pérenne des collectivités territoriales, tant ville que conseil général est souhaité.
- S'appuyer aussi sur « les collectifs santé » existant dans les quartiers prioritaires ainsi que sur les dispositifs de type « réseaux de voisinage ».
- Développer l'approche collective, support de davantage de réponses (santé au travail, éducation à la santé en milieu universitaire).
- Proposition formulée de recourir au RPIB (repérage précoce - intervention brève) utilisée dans la lutte contre les addictions.
- Développer les formations de professionnels pluridisciplinaires au repérage précoce (elles existent mais ne sont pas suffisamment utilisées pour des raisons de temps et de financement par les employeurs).
- Mettre en place un dispositif d'adultes relais dans les établissements scolaires du second degré, formés au repérage et à l'orientation vers les relais compétents (ex cité de la Vienne).
- Prévoir le financement de l'interprétariat pour les migrants en souffrance psychique.
- Réfléchir pour permettre aux usagers et aux associations qui les représentent (UNAFAM, GEM) d'être plus associés à ce travail.

Il est souhaité que soient invités au prochain groupe de travail des représentants des maisons de quartiers et centres sociaux pour l'aspect sports, loisirs, parentalité ainsi que la PMI, l'ASE ,un médecin généraliste et un médecin du travail.

Dates proposées : les 11 et 20 septembre

CLS ANGERS

Atelier N°2 Axe « gestion des situations de crise, urgences »

Liste des présents

Animateur : Claude WOLTER : atelier de l'évaluation / Francis NOCK Consultants

Rapporteur : Dr Juliette DANIEL – Médecin Inspecteur ARS DT 49

Participants :

Pierre-Louis DUFOUR – Infirmier, CESAME – travaille avec : le DIASM, les Urgences, CCAS, DSP

Simone BETIN – Responsable de service – accueil social de la ville d'Angers – 20 salariés, tous publics, demandeurs d'aide financière, fait face à de l'agressivité

Maryse SINGARRAUD, Présidente SOS femmes – Angers

Pr Jean Bernard GARRE – Praticien Hospitalier – psychiatre au CHU d'Angers – Unité Hospitalière Médico-Sociale, psychiatrie de liaison

Bénédicte GOHIER – Prise en Charge des Urgence psychiatriques – CHU Angers

Gaëlle METAY – Responsable de l'accompagnement des bénéficiaires du RSA – CCAS – fait face à de la violence, de l'agressivité

Francine BRARD-RASSAT – Travailleur Social, CHRS d'Angers : accueil des rapatriés, demandeurs d'asile, familles, bénéficie de 4H de psy/semaine, se dit démunie face à la violence, les urgences

Nathalie BECHET – Infirmière à l'Université Catholique d'Angers – Sa situation lui semble moins difficile, mais rencontre quelques problèmes avec les étudiants étrangers

Eric FRAPPART – Cadre de l'UPAP, gère les infirmiers psychiatriques, mis à disposition du CHU, assure le lien entre les différents champs

Jean Pierre L'HUILLIER : Président CME – CESAME – UPAP – Collabore avec le CHU

Dominique FLAMENT – Psychologue au SIUMPPS

Charlotte BRETODEAU – Psychologue - Abri de la providence espace accueil – accueil des primo demandeurs d'asile

Marie France QUENTEL – Médecin généraliste – bénévole à Médecins du Monde

Sandrine MARTIAL – MDPH 49 – Responsable du service « parcours »

DATES RETENUES : Mardi 11 et Mardi 25 septembre 2012

1. Discussion sur la présentation de la thématique

Sandrine MARTIAL – MDPH 49

Pour l'accueil, les gens se déplacent, et ce qui arrive, pour une dizaine de personnes qui ne viennent que quand elles vont mal, c'est qu'elles se mettent en colère. Je ne suis pas formée à l'accueil et l'écoute, la gestion de la crise c'est protéger les conseillers d'accueil. Je reçois ces personnes, elles ont des troubles psy ou pas, et le cas échéant, j'en parle aux tuteurs. Pour les personnes sans soins, c'est plus dur, on arrive souvent à ce qu'elles repartent calmées, mais comment les aider, les orienter, vers qui ?

Pierre-Louis DUFOUR – Infirmier, CESAME

J'accueille, j'évalue, j'oriente, j'ai une grande connaissance du réseau et des contacts

Simone BETIN – Responsable de service – accueil social de la ville d'Angers

Il faut mettre les agents en sécurité, avoir un réseau identifié, pouvoir effectuer une évaluation.

Maryse SINGARRAUD, Présidente SOS femmes

Chez nous, les femmes viennent se mettre à l'abri, elles ne voient pas d'issue à leurs situations, se dévalorisent, sont en crise suicidaire ; il faut protéger ces femmes, les enfants, et les femmes les unes des autres. On a pas de personnel pour pouvoir ET gérer les crises qui adviennent ET pour les comprendre. Les ambulanciers, qui ne sont pas formés à cette question aggravent en fait la situation. On a pas de protocole.

Pr Jean Bernard GARRE – Praticien Hospitalier – psychiatre au CHU d'Angers

Évaluation, décision, orientation, connaissance des ressources locales, on peut pas faire ce travail sans carnet d'adresse. On est à cheval entre la « crise psychosociale » et la « crise psychiatrique », avec des pontages avec la psychopathologie de la vie quotidienne. Cette façon de voir est très pertinente mais présuppose quand même un temps d'évaluation : on fait pas pareil avec un bipolaire ou un schizophrène

Bénédicte GOHIER – Prise en Charge des Urgence psychiatriques – CHU Angers

On prend du temps pour accompagner l'entourage, pour expliquer la prise en charge à l'entourage. A propos des crises suicidaires et de l'urgence, on pourrait faire un peu pareil, en tous cas dans les formations (au repérage de la crise suicidaire) qu'on organise.

Gaëlle METAY – Responsable de l'accompagnement des bénéficiaires du RSA – CCAS

Moi je veux aborder la question des situations d'urgence, mais à distance, celles qui se passent au téléphone ; il faut intervenir, mais qui, comment ?

Francine BRARD-RASSAT – Travailleur Social, CHRS d'Angers

En CHRS, il y a l'accueil, on est rarement seuls. Quand la famille arrive, le dossier est vide ! on peut être très démunis car ça peut exploser, comment évaluer ? on est que des travailleurs sociaux, on a 1 psy 4 heures/semaine, on a aussi besoin d'elle dans nos réunions d'équipe. Problème d'évaluation, d'orientation, contexte de violence conjugale, on gère des situations nouvelles : appels pour annoncer des décès.

Nathalie BECHET – Infirmière à l'Université Catholique d'Angers

Nous avons des étudiants en souffrance, moi je ne me sens pas en danger, mais quel délai de prise en charge ? qui appeler ? comment faire accepter (la PEC) ?. On travaille avec le SIUMPPS, il arrive qu'on appelle un taxi pour la psy, mais l'étudiant alors s'enfuit....

Eric FRAPPART – Cadre de l'UPAP, gère les infirmiers psychiatriques, mis à disposition du CHU

La crise = Souffrance -> risques pour la personne ou l'entourage : la prise en charge et l'évaluation sont des choses qui ne peuvent pas être différées

Jean Pierre L'HUILLIER : Président CME – CESAME – UPAP

La notion d'accueil ! quel interlocuteur ? ça guide nos activités, comment améliorer cet accueil ?. On a le CMP, le CHU, on voit bien qu'il y a des défaillances, est-ce qu'on écoute bien ? est-ce qu'on est pas dans l'évitement ? a t'on les bons outils ? Les acteurs, il faut qu'ils aient des qualités, de compétences, qu'ils puissent s'appuyer sur une structure de référence.

Dominique FLAMENT – Psychologue au SIUMPPS

Quelle réponse aux demandes d'accompagnement des personnes en situation de crise, définition du protocole, quand on repère quelqu'un qu'on met dans un projet de soin et qu'on ne peut accompagner physiquement ?. Le personnel de la cité U rencontre de grosses difficultés et ne sont pas formés.

Charlotte BRETODEAU – Psychologue - Abri de la providence espace accueil

L'urgence est fréquente ! on a des hébergements d'urgence et des fois, elle explose et le service en devient le réceptacle, il arrive que ça explose ! La difficulté est aussi la barrière de la langue, la personne n'a pas pu être « rencontrée » dans sa langue. Les délais du temps administratif, le contexte légal-administratif,

Marie France QUENTEL – Médecin généraliste – bénévole à Médecins du Monde

Nous avons rarement des gens vraiment très mal. Mais détecter quelque chose et envisager une prise en charge se heurte à la langue, et, avec ce public, si on ne fait pas la détection le jour même c'est perdu ! La culture rend difficile l'envoi en psychiatrie (la langue, la prise en charge, l'acceptation, l'argent)

2. Liste des principaux manques et des difficultés majeures vécues à Angers (25 min)

Sandrine MARTIAL – MDPH 49

Hormis la Police, qui puis-je appeler ? ou alors il faut prendre la voiture et y aller seule

Pierre-Louis DUFOUR – Infirmier, CESAME

Protocole, régulation du SAMU, pompiers

Les pompiers expédient aux urgences alors qu'ils pourraient envoyer au CESAME

La police municipale

La police nationale vient en appui dans les hospitalisations d'office (HO) mais pas dans les hospitalisations à la demande d'un tiers (HDT) on appelle le SAMU mais pas la Police, l'évaluation se passe à domicile. Et on a aucun protocole.

Simone BETIN – Responsable de service – accueil social de la ville d'Angers

Au CCAS, j'ai des collègues de la Police Municipale qui interviennent dès que je lève le petit doigt, j'ai aussi Pierre-Louis DUFOUR – Infirmier, CESAME et Monsieur BOUSSIN, il me manque un protocole pour me retrouver dans les circuits ! Les pompiers étaient venus pour embarquer une femme en psy, et, comme elle

a refusé, les pompiers sont partis ! je sens que ces personnes sont en danger, et quand je les laisse repartir, je sais pas ce qu'il en advient.

Maryse SINGARRAUD, Présidente SOS femmes

L'évaluation, les protocoles, pour les travailleurs sociaux, c'est douloureux, le problème des enfants aussi : qu'en fait-on en cas d'hospitalisation ? on devrait avoir affaire à des professionnels de la prise en charge eux aussi formés à la problématique spécifique des femmes battues.

Pr Jean Bernard GARRE – Praticien Hospitalier – psychiatre au CHU d'Angers

Nous manquons d'équipe mobile, on déclenche des hospitalisations d'office, on a l'impression qu'on a deux services d'urgence, la réanimation et le SAMU, les suicides arrivent en réanimation alors qu'ils devaient aller au SAMU, on a le problème de la tranche d'âge 15-18 ans qui se baladent entre l'unité adulte et l'unité enfant au gré des événements.

La Cellule d'Urgence Médico Psychiatrique dysfonctionne, c'est pas organisé c'est pas clair, ça marche pas. Il y a des problèmes aussi avec l'intoxication alcoolique aiguë, qui est le pain quotidien des urgences, des problèmes aussi avec les délais de rendez-vous, en psy de ville et dans les CMP. Des problèmes encore avec les Médecins généralistes, problèmes de locaux, problèmes de réorganisation des services d'urgence, problème de moyens humains, de TEMPS ! Du côté de la psychiatrie, on a un format temporel de 24H quand il en faudrait 48/72Heures, et il y a les problèmes de consentement, de lits sécurisés

Gaëlle METAY – Responsable de l'accompagnement des bénéficiaires du RSA – CCAS

Quand Pierre-Louis DUFOR – Infirmier, CESAME est là, ça sécurise tout le monde, la présence du médiateur santé, c'est un rapprochement du monde social d'avec le monde de la santé, par son réseau il accompagne aussi les acteurs dans leur posture par rapport aux usagers, c'est important en amont comme en aval.

Francine BRARD-RASSAT – Travailleur Social, CHRS d'Angers

Il manque un référent. On en a un sur, par exemple, le juridique, on a une A.S., il nous faut un Pierre-Louis DUFOR – Infirmier, CESAME ☺

Nathalie BECHET – Infirmière à l'Université Catholique d'Angers

Il manque un annuaire, ne pas toujours compter sur Louis DUFOR – Infirmier, CESAME ☺. On a chacun un petit annuaire personnel, mais c'est insuffisant. Question ? le CLS sera t'il disponible pour tous ? Je voudrais que tout ne repose pas sur moi, quand je suis pas là par exemple, il y a un grand manque de formation des ambulanciers.

Eric FRAPPART – Cadre de l'UPAP

Il manque autour de cette table les pompiers, la police, et puis on gagnerait à rendre plus lisible le secteur psychiatrique, et pour les intoxications médicamenteuses, qu'elles cessent d'arriver en réanimation.

Jean Pierre L'HUILLIER : Président CME – CESAME – UPAP

Est-ce que nos actions et acteurs (CMP, VAD, etc...) sont bien connus ? y compris des Médecins Généralistes ?, le problème important du déni de la maladie..., nous organisons et avons organisé des formations sur les différents modes de placement, et pourtant le dispositif est resté inconnu, on doit être perfectibles dans notre façon d'afficher, de cartographier (secteurs), annuaire de proximité, se présenter à l'autre, et vice versa, savoir ce que l'on peut en attendre, se mettre d'accord sur les rôles, c'est dans ce sens là que l'on veut ouvrir des unités d'accueil, permanentes et cohérentes.

Francine BRARD-RASSAT – Travailleur Social, CHRS d'Angers

Confronté aux décès, nous avons rencontré l'équipe de soins palliatifs du CHU, et le fait d'avoir passé convention avec eux nous a permis d'y voir clair.

Dominique FLAMENT – Psychologue au SIUMPPS

Protocole, réseau, on a eu des retours tels que « refus des pompiers ou de la police de se déplacer, » on sait pas qui contacter

Charlotte BRETODEAU – Psychologue - Abri de la providence espace accueil

Il y a beaucoup d'existant sur Angers (le DSP, DIASM...), on les sollicite beaucoup et on est au moins rassurés, un semblant de réassurance. On gagnerait à développer l'interprétariat.

Marie France QUENTEL – Médecin généraliste – bénévole à Médecins du Monde

Il y a des pys adossés à la consultation médicale avec un service d'interprétariat...c'est à Paris ! On pourrait rêver à une plate-forme type SOS psy

3. Identification des actions à mettre en place dans le cadre du contrat local de santé

Sandrine MARTIAL – MDPH 49

Il faut un référent ! qui appeler. L'idée d'une équipe mobile chargée d'évaluer, orienter ET donner la date du Rendez-vous. Éviter les crises en « prévenant quelque chose » comment faire de la prévention ?, la notion de délai, une information plus large de la part du soignant

Tout le monde

Ce système d'équipe mobile existe à Rennes, Paris, il y a un colloque très bientôt (Tordjmann), l'accueil se fait à deux l'un au téléphone, l'autre apprécie la situation et déclenche l'intervention...

Pierre-Louis DUFOUR – Infirmier, CESAME

Le droit commun ! un usager peut parler à un médecin régulateur du SAMU, à un médecin généraliste, le site Internet du CESAME permet d'emblée de savoir de quel secteur on dépend et « de s'hospitaliser soi-même » si besoin. Le « livret SDF », le « livret d'accueil de la mission locale », il y a déjà de quoi faire en matière d'annuaire

Sandrine MARTIAL – MDPH 49

Si vous vous présentez comme un professionnel du soin, vous vous ferez entendre, mais si vous êtes juste un administratif ou un social, le médecin généraliste (par exemple) vous enverra balader ! On a pas la même aide selon qu'on soit du soin ou du social ou de l'administratif,

Simone BETIN – Responsable de service – accueil social de la ville d'Angers

Je confirme ce qu'elle vient de dire

Pr Jean Bernard GARRE – Praticien Hospitalier – psychiatre au CHU d'Angers

Ce n'est pas la règle commune, on a affaire à des susceptibilités sourcilleuses

Jean Pierre L'HUILLIER : Président CME – CESAME – UPAP

Ce serait bien de rappeler les règles (en cette matière)

Tout le monde

Tout ça c'est de l'ordre du signalement, une fonction de donneur d'alerte, c'est essentiel que ce soit entendu et pour nous c'est essentiel

Pierre-Louis DUFOUR – Infirmier, CESAME

Je voudrais qu'on parle de compétences et de limites. Je ne peux travailler qu'en réseau, il faut un minimum d'évaluation et comment restituer ça à l'usager

Pr Jean Bernard GARRE – Praticien Hospitalier – psychiatre au CHU d'Angers

La communication délétère existe aussi en médecins, des médecins du travail qui se font envoyer sur les roses par des psys au détriment du patient...

Maryse SINGARRAUD, Présidente SOS femmes

Il faut faire un protocole, une plate-forme commune police, pompiers, SAMU

Francine BRARD-RASSAT – Travailleur Social, CHRS d'Angers

Je pense qu'il faut toujours s'autoriser à appeler un médecin généraliste

Pierre-Louis DUFOUR – Infirmier, CESAME

A Angers, nous voyons (en tant qu'intervenant) 1 000 personnes à la rue par an, il est rare qu'elles soient totalement inconnues, il y a un curateur, un ASE, une famille, quelque chose. Si le système dysfonctionne c'est par manque de mobilité, de disponibilité, mais le dispositif est malgré tout dense et complet.

Bénédicte GOHIER – Prise en Charge des Urgence psychiatriques – CHU Angers

Il faut un N° de téléphone pour les patients et un N° de téléphone pour les professionnels, un N° unique harmonisé, un lieu de référence expert, (demande de l'ADOPS) apporter une aide à la régulation téléphonique du SAMU pour les questions de psy

Pierre-Louis DUFOUR – Infirmier, CESAME

Il y a ce problème de frontière entre les procédures « police », « police municipale », « pompiers », « SAMU », où on change 5 fois de camionnette et on arrive jamais au CESAME, le temps d'attente induisant une mise en danger. Il y a nécessité d'une unité fonctionnelle (projet du CESAME) qui met autour

de la table les différents acteurs . Il n'y a plus de brigade canine à Angers le jour, un type avec un gros chien chez lui et pas moyen d'intervenir, il a fallu que je fasse intervenir la gendarmerie avec énormément d'insistance, et le type était en malaise hépatique et a failli mourir.

Bénédicte GOHIER – Prise en Charge des Urgence psychiatriques – CHU Angers

Pr Jean Bernard GARRE – Praticien Hospitalier – psychiatre au CHU d'Angers

Il y a un protocole à écrire pour améliorer cette prise en charge des urgences en situation de crise

Il faut une équipe mobile qui évalue avec médecin, infirmier, et un interne

Pierre-Louis DUFOUR – Infirmier, CESAME

Il y a beaucoup de précaires, on a perdu 35 lits de CHRS, il y a une histoire de la maladie psychique sur

Angers, Monsieur BOUSSIN c'est quelqu'un qui se déplace chez les gens, il fait un travail de médecin de

terrain et c'est pas banal. Il y a une PASS. Il faut une équipe mobile équivalente à un SAMU PSY articulé au

CHU, en lien avec l'unité d'accueil.

Concernant les formations, celles-ci existent depuis 5 ans, sont ouvertes à tous les professionnels : des formations sur la schizophrénie, faire face à la violence, réponse à la crise suicidaire, diplôme inter-universitaire de la prise en charge des conduites suicidaires, tout ça existe !

Il y a une réorganisation des filières d'urgence, privilégiant le circuit court, avec une meilleure définition d'un service psychiatrique au SAU (service d'accueil des urgences ?) ; mutualisation interhospitalière entre le CESAME et le CHU, on s'achemine vers une plateforme à la fois intriquée et séparée entre CESAME et SAMU, on passerait 72 heures à observer les gens et l'hospitalisation n'interviendrait qu'après, avec une équipe qui ferait le tour d'une problématique donnée et qui ne déciderait d'hospitaliser qu'après.

Il manque à Angers des lits « halte soins santé » 5 ou 6 lits ce serait utile, ça leur éviterait de passer par le CESAME

Liste des actions à mettre en place :

- Mise en place d'un SAMU Psychiatrique
- établissement de protocoles : pompiers, police, SAMU
- Création d'une plate-forme téléphonique avec un N° usagers, un N° pro
- Les annuaires : Il y en a déjà plein, il ne faut pas de surabondance (Livret SDF, Mission Locale Angevine, Site du CESAME), 3 supports différents qui ont vocation à persister, faire l'inventaire de ce qui existe
- La formation, mais il y en a déjà plein assurées par le CHU et le CESAME

Compte-rendu atelier 3
« prise en charge, accompagnement et parcours de santé du 12 juin 2012

Etaient présents :

- Sylvie BOUDIER - UMPSP / CHU d'Angers
- Bénédicte BOUESSEL du BOURG - Maison Relais Farman
- Martine CHARLERY - CESAME
- Patricia COMMON - Maison Relais Farman
- Gérard DEBLED - UNAFAM
- Jean-François DUFOUR - Angers Loire Habitat
- Catherine GAUDIN - Association France Terre d'Asile
- Marie-Claude GUILLOT - CESAME
- Chantal HOUEE - AAPAI
- Doriane HUART - Ville d'Angers
- Anastasia MARION - ALPHA-API
- Caroline MEUNIER - UNAFAM
- Conception MOUSSEAU-FERNANDEZ - CEFR
- Francis NOCK - Consultant
- Bérangère OBERDORF - Ville d'Angers
- Véronique POEHR - UDAF 49
- Elizabeth POULAIN - LOGI OUEST
- Gilles SALAÛN - CESAME
- Sylvie SUREAU - Ville d'Angers

Excusés :

- AAVAS

I- Tour de table : expression des partenaires sur leurs attentes

Les participants sont invités à faire un tour de table en se présentant et en faisant part de leurs remarques sur le diagnostic et ce qui leur paraît problématique dans la thématique qui nous intéresse.

- Angers Loire Habitat : le diagnostic ne soulève pas de remarque particulière. Angers Loire Habitat s'intéresse à la santé mentale par la porte d'entrée de ce qui est subi : troubles du voisinage qui viennent mettre en difficulté la responsabilité du bailleur d'assurer la jouissance paisible du logement à ses locataires, c'est la problématique récurrente des bailleurs. Faute de solutions dans la prise en charge des auteurs de troubles, sont souvent engagés les procédures des résiliations de bail alors que l'on préférerait trouver des alternatives (type logement Croix Marine, type appartement thérapeutique).

- CEFR, FNARS, SIAO : depuis 5-6 ans, les structures d'hébergement accueillent un nombre croissant de personnes qui présentent des troubles psychiatriques. Le SIAO oriente par défaut des personnes sur ces structures d'hébergement qui ne relèvent pas que du social et donc le partenariat avec le soin devient très important. Or, le SIAO ne comporte pas de professionnels du soin dans son équipe et les situations sont analysées uniquement par des professionnels de l'hébergement et du logement adaptés.
- Logi Ouest : là aussi, les troubles du voisinage sont une porte d'entrée dans la problématique de la santé mentale mais pas seulement. Il y a aussi des personnes qui ne font pas de bruit mais qui présentent par exemple des problématiques d'impayés de loyers et dont les portes restent fermées à toute rencontre ou négociation. On regrette alors l'arrivée à la résiliation de bail parce que l'on a pas pu évaluer la situation en amont, d'autant plus que les travailleurs sociaux des MDS notamment ne se déplacent plus à domicile.
- Maison Relais Farman : les problématiques rencontrées se concentrent souvent autour de moments de crise pour les personnes et de la difficulté du retour à domicile avec un manque de lien après l'hospitalisation. Le public des maisons relais est globalement susceptible d'être connu du CESAME, pas assez de lien après l'hospitalisation et pas assez de prise en compte de l'évaluation faite par les intervenants de la maison relais faite en amont. Est également soulignée la difficulté pour les bénévoles de la structure à comprendre ce qui se passe, à tenir un cadre cohérent par manque de formation sur les tenants et les aboutissants de l'accueil de personnes présentant un trouble psychique.
- UDAF 49 : il est rappelé qu'ils ont en charge la protection juridique des majeurs et que la loi de 2007 impose qu'une personne ait une altération mentale ou physique pour bénéficier d'une mesure de protection, ce qui implique que le public accompagné par l'UDAF a majoritairement des troubles psychiques ou psychiatriques. Les tuteurs ou curateurs ont eux aussi toujours besoin de formation sur l'accueil de ce public et plus précisément sur la place de l'argent dans la relation avec ces publics (gestion de l'agressivité,...). Un travail rapproché se fait avec le CESAME et une convention partenariale avec les organismes tutellaires est au travail. Il est toujours important de mieux se connaître les uns des autres, de connaître nos limites d'interventions réciproques afin d'éviter les ruptures dans la prise en charge. Ceci également pour que la personne adhère le plus possible au processus de soins, notamment dans les curatelles puisqu'il faut l'adhésion de la personne (question de l'arrêt des traitements). L'UDAF identifie aussi le besoin d'un logement - étayage, type résidence accueil, et un logement durable étayé de ce type doit ouvrir en septembre 2013 puisque les financements ont été accordés pour 22 places sur la zone des éclateries, structure qui sera déséctorisée et supportée par l'UDAF, l'association ALPHA et le CESAME.
- AAPAI : depuis 10 ans, le service accueille de plus en plus de personnes qui ont des troubles psychiatriques qui n'est pas le public cible à l'origine. La difficulté réside en un manque de formation à l'accueil de ce public, ceci associé au souhait d'un partenariat plus soutenu avec le soin spécialisé pour continuer l'accueil de ce public en ESAT là où il n'y a plus toujours de déficience intellectuelle (le public peut présenter des troubles psychiatriques mais pour la moitié, ils ont un bon niveau scolaire). L'écart entre le public attendu et le public accueilli laisse l'équipe mal préparée et en souffrance.
- UNAFAM : pour rappel, l'objectif de l'association est de venir en aide aux familles ayant un proche malade psychique. Ils accueillent 2 à 3 familles par semaine qui sont en souffrance.

Les problématiques récurrentes sont le suivi des proches à la sortie d'hospitalisation quand il y a rupture de traitement et de suivi. Les familles restent dépourvues ; les problèmes de logement sont quotidiens, les bailleurs font obstacles pour louer à des personnes quand ils ont connaissance des troubles psychiques de la personne et/ou engage des procédures de résiliation de bail et le proche malade dans le meilleur des cas se retourne vers la famille. L'UNAFAM note également l'incompréhension de certains voisins face aux troubles de la personne. L'UNAFAM apprécie le mode d'intervention de l'équipe de la Direction Santé Publique, souffrance psychique et précarité en particulier, pour son action en faveur de l'accès aux soins en lien avec l'entourage socio-familial des personnes en souffrance et en articulation avec les soignants.

- France Terre d'Asile : ici, les problématiques de santé mentale arrivent au croisement du traumatisme d'exil et d'une décompensation psychique. Ce cumul ne rencontre pas facilement la mise en place d'un suivi du fait de la différence de cultures et de langues. Il n'existe pas de budget dédié à l'interprétariat et l'accès aux soins est très difficile. Des soignants du CESAME insistent sur cette question de l'interprétariat qui est à mettre au travail car l'arrivée de ces publics exilés est nouveau pour le CESAME. Le barrage de la langue peut faire que des symptômes lourds ne soient pas évalués. A ce barrage peu s'ajouter celui des agendas CESAME/APTIRA/France Terre d'Asile qui ne correspondent pas toujours malgré la nécessité quand un suivi à long terme s'impose. En conséquence, le CESAME priorise pour les gens qui ont une urgence psychiatrique (décompensation) avec besoin d'hospitalisation et peu de moyens sont alloués pour le suivi. La problématique récurrente pour les soignants est de savoir si la question psychiatrique préexistait au traumatisme d'exil. Répondre à cette question demande du temps et le type de réponse de soin en dépend. Il y a donc un besoin de formation pour les soignants sur ces problématiques. A savoir, un groupe sur l'ethnopsychiatrie s'est mis en place au CESAME et est ouvert aux partenaires qui le souhaitent.

- Direction Santé Publique - service Souffrance Psychique, Précarité, Autonomie : l'action du service se situe au carrefour de ce qui a été énoncé par l'ensemble des partenaires. La problématique récurrente rencontrée sur le service est celle de la continuité de la prise en charge et comme les maisons relais, de la prise en compte des soignants, de l'évaluation faite par l'équipe en amont, de même, la difficulté à être associé à la suite de la prise en charge (aucune transmission sur le projet de sortie du patient que l'on découvre une fois que le patient est en rupture et qu'il faut un nouvel accès au soin). Le service est souvent interpellé sur le temps de crise psychiatrique en lien avec l'entourage socio-familial et/ou les soignants. Deux points sont à soutenir pour ce service : penser le soin à plusieurs et avoir un temps dédié et financé pour cela (quand cela est possible, cela débouche sur des situations cliniques qui trouvent le plus souvent leur voie d'amélioration), permettre d'intervenir en sécurité dans l'intérêt de la personne comme des intervenants dans la prise en charge (aujourd'hui les services de police municipale comme nationale n'interviennent que lorsque une difficulté se présente le temps de l'intervention alors que souvent nous avons suffisamment d'éléments pour penser nécessaire d'anticiper leur présence). Reste également la difficulté à pouvoir évaluer les personnes qui n'ouvrent pas leur porte et le recours aux mesures de référé auprès du Juge des Référé dont le coût se reporte sur la personne concernée. Au Point Accueil Santé Solidarité, où sont accueillis des demandeurs d'asile et le public sans domicile, on note que parmi le public en grande précarité, il y a beaucoup de psychoses sans soin et qui pose la question de l'hébergement des personnes qui ne sont pas stabilisées du point de vue psychiatrique. Il manque des lits halte-santé sur le territoire.

- CESAME : ce qui marche dans la prise en charge des patients de manière continue c'est le maillage en équipe pluridisciplinaire avec les partenaires, c'est à dire tous les acteurs importants pour le patient. Une des clés de la continuité des soins réside dans la capacité à se mettre autour de la table pour parler du patient, de son métier, ce qui donne de la connaissance dans la fonction d'où on peut intervenir auprès du patient sans avoir le monopole du savoir sur la personne. Une autre problématique récurrente au CESAME : quel avenir pour les personnes psychotiques vieillissantes, quel lieu de vie ? Certains patients ont besoin d'un lieu de vie parce qu'ils ne pourront jamais vivre à l'extérieur. A ce sujet, il est évoqué un diagnostic sur l'hébergement initié par la DDCS qui, par ailleurs, se retire sur de vrais besoins : résidence accueil, semi collectif,... De même, l'ARS marque par son absence sur ces besoins alors qu'il y a des projets sur tout le département. L'UNAFAM précise que le Département 49 est le parent pauvre de la région. Dans d'autres départements plus "équipés", les structures existent à l'initiative d'associations et non à l'initiative du public qui ne fait pas d'appel à projet. Il est par ailleurs précisé que le département 49 est traditionnellement très en retrait par rapport à ces problématiques. Le Conseil Général est en difficulté financière, l'ARS dit "on propose et on ne finance pas, voyez avec le Conseil Général...". Par ailleurs, il est précisé que le SIAO a une fonction d'observatoire et propose de faire remonter toutes ces réalités comme la problématique d'hébergement des personnes psychotiques vieillissantes. Le directeur rappelle que la loi de la sectorisation protège la psychiatrie de la séparation entre le social et le médical et la situe du même coup dans une position intermédiaire par rapport à l'hôpital. Il rappelle la diminution du nombre de lits (qui n'est pas encore rendue au minimum recherché et les services ne s'en sortent pas) et précipitation des sorties pour tenir. Par ailleurs, de nombreuses conventions avec des organismes sociaux et médico sociaux ont été signées par le CESAME ce qui est beaucoup mais pas encore suffisant. Il est également rappelé que la loi ne permet pas aux soignants du CESAME d'intervenir dans l'accès aux soins d'urgence et sans consentement et le CESAME apprécie le travail mené par la Direction Santé Publique à ce niveau.

- ALPHA-API : l'ensemble des constats précédents est partagé : une problématique du SAMSAH est sa liste d'attente qui augmente ainsi que la durée des accompagnements qui sont de plus en plus longs. Il est difficile de trouver des relais : nécessité de soutenir des activités comme celles du SAMSAH et du DIASM. Il est précisé, au niveau du DIASM, que l'équipe travaille depuis 5 ans avec 1 300 situations à l'année dont 60 % orientées vers le soin. L'association ALPHA est, par ailleurs, parrain de 2 GEM. Le GEM n'étant pas un lieu de soin, comment interpeller un secteur quand une problématique se présente sur le lieu d'accueil ? Il est par ailleurs évoqué une recherche menée par l'association ALPHA sur les ressources en santé mentale sur le territoire et qui peut être complémentaire aux travaux du Contrat Local de Santé. Il est aussi évoqué un espoir sur la création d'un CREPSI qui a des missions départementales et régionales qui sera soutenu par l'association ALPHA et le CESAME. Les financements sont arrivés.

- PASS Périnatalité, CHU : 30 % des patientes accueillies sont psychotiques. Un travail régulier avec le CESAME est en place. L'idée étant de prendre en charge ces patientes le plus tôt possible en faisant le lien avec les partenaires qui gravitent autour d'elles. Cela représente environ 50 femmes accompagnées par an mais ces accompagnements sont très chronophages au regard de la complexité de leur situation. Ce service angevin est novateur et tend à mettre en place des accompagnements "sur mesure". L'un des manques observé est une structure d'accueil mère-bébé sur Angers. A défaut, aujourd'hui la maternité est obligée de travailler avec les départements voisins pour conserver le lien mère enfant ce qui est loin d'être idéal. Il est enfin rappelé qu'un projet a eu cours sur la création d'un CATT (centre d'accueil thérapeutique à temps partiel) mère-bébé et qui n'a pas pu voir le jour mais les équipes sont

également demandeuses et au travail sur cette question en lien avec la PMI, CHU, pédopsychiatrie, psychiatrie....

II- Les besoins à retenir

- a) Besoin de formation à différents niveaux :
- Formations sur les bases de l'accueil des personnes présentant des troubles psychiques (formations ex RESPAA gratuites ? payantes ?)
 - Formations croisées (le stagiaire est aussi formateur pour une présentation réciproque, partage sur les expériences en matière de relation d'aide)
 - Stages de sensibilisation en présence de professionnels proposés par l'UNAFAM.
- b) Déficit de structures spécifiques par type de public :
- Public précaire (exemples : lits halte-santé, soin et interprétariat langue / culture pour les demandeurs d'asile, logement alternatif type résidence accueil)
 - Structure d'accueil mère-bébé (type Home de Nantes, CATTP mère-bébé)
 - Public adolescent
 - Psychotiques vieillissants (lieux de vie type résidence accueil)

Remarque : les réponses atypiques sont souvent portées par des associations, des petits groupes qui peuvent être démobilisés par la complexité des dossiers à monter. Il faut rentrer dans les budgets médico-sociaux : ARS, Département, PRIAC. Comment soutenir ces initiatives ? Pour les initiatives du champ médico-social, le Département est le principal financeur mais manque cruellement de financement. Stratégiquement, Francis NOCK précise l'importance de parvenir à l'échelon régional et à positionner les projets dans le temps : que veut-on pour dans un an ? pour dans 5 ans ? Le groupe soulève la pérennité des actions et donc des moyens et rappelle avec force que les partenaires ont besoin de pérennité là où ils doivent travailler à éviter les discontinuités de prise en charge ou d'accompagnement.

Prochaine rencontre :

**lundi 17 septembre 2012
de 14h00 à 17h00
Salle David d'Angers - Ville d'Angers**

Atelier 4 inscription dans la cité

Le but de l'atelier du jour est de répondre à 3 questions :

- 1° qu'entend t-on par « inscription dans la cité »
- 2° Echanger sur ce qui existe, ce qui manque
- 3° Quelles actions mettre en place.

Qu'est ce que c'est la cité ?

L'endroit où l'on vit, où l'on a ou n'a pas de toit. Les personnes sans domicile fixe ont une appartenance à la cité, elles savent où elles vivent, ont des repères. «la rupture ne signifie pas la désinscription ». Le fait de vivre dans une ville ne laisse pas indifférent

C'est un lieu où on a ses repères

Est-ce que vivre dans la cité c'est être citoyen ?

La cité, il y a une dimension spatiale, mais également une dimension symbolique. (la question de la citoyenneté, la place qu'on a dans la ville)

L'idée de «former communauté» est également exprimée

Il peut y avoir des représentations négatives quand on est en situation de souffrance psychique. Cela est particulièrement vrai pour les personnes migrantes.

A remarquer que certains termes qui continuent à d'être utilisés y contribuent : les aliénés, les malades mentaux. De même l'utilisation du mot « handicap » peut générer un regard différent de la part de l'entourage.

La cité ; la vie dans l'Agora

La participation à la vie de la cité est une question pour tous que l'on soit ou non en situation de handicap. On est tous inscrit dans la cité. C'est une asymptote qu'on n'atteint jamais. Il faut tendre vers la vie dans la cité, la citoyenneté, à la vie dans le quartier. On peut s'inscrire dans la cité sans être citoyen.

En fait, il y a des cités dans la cité ; chacun a son cercle social, de consommation, d'institutions, de loisirs,...

On parle également de cohabitation, de rencontres, de « contrat social ».

Ce qui fait que l'on s'y sent bien ou non ? Comment vivre ensemble ?

Le club thérapeutique est une association loi 1901 qui associe, à part égale, des soignants et des patients. Il y en a un sur le pôle 2 à la Roseraie. Il est inscrit dans la vie associative et par là même à la vie de la cité. Le club a, par exemple, loué un jardin familial et a été ainsi créateur de lien social avec les autres jardiniers. Par la suite, c'est un membre du club qui est devenu président de l'association des jardiniers. Toutefois, les liens sont fragiles. Par exemple, il y a moins de relation avec la maison de quartier et les rencontres du club se font plutôt dans son local avec un risque de renfermement et moins d'ouverture. Dans le cadre du jumelage avec Bamako, des membres du club sont allés au Mali. Le club a également accueilli des jeunes maliens dans le cadre d'un chantier d'été avec l'OCIA. Un club thérapeutique à Chalonnès a contribué à redonner du souffle à la vie associative locale.

L'utilité sociale peut favoriser l'inscription dans la cité. Elle a été définie comme la réaffiliation sociale contributive, la possibilité pour les personnes d'être inscrites, reconnues, acteurs. Comment créer du lien, favoriser la participation des usagers comme le prévoit la loi de 2002 ? Il faut qu'il y

ait du processus participatif, il faut susciter l'envie. Pour cela il faut parfois enclencher un projet et le faire connaître ; par exemple, mettre en place des petits moyens de communication : journal, etc. Comment faire en sorte que les personnes puissent se voir proposer des tâches et ainsi se sentir appartenir à la cité ? Mais aussi comment créer les conditions de la rencontre ; par exemple les associations de locataires qui n'existent plus.

Les bailleurs se sont engagés au-delà de leur seul rôle de louer des logements avec notamment le soutien à la mise en place d'animations ; exemple des jardins en pied d'immeuble au programme «le petit bois à Trélazé» ou bien encore l'entretien des espaces verts à la Roseraie. Cependant il faut du temps pour monter le projet et trouver un porteur pour le faire vivre dans le temps. Quel dispositif faut-il activer pour une réponse innovante de proximité ? CUCS, gestion urbaine de proximité,...

Le logement

Pour être inscrit dans la cité il faut que le lieu de vie plaise et qu'il ait une perspective durable.

Il manque des structures palliatives ou intermédiaires entre la sortie de l'hôpital et le logement autonome. C'est aussi vrai lors de la sortie d'hébergement ou du CHU.

Il est évoqué le groupe «PODELIHA» qui rassemble les Castors d'Anjou, le Val de Loire et le Toit Angevin, qui a réalisé un projet avec Aide Accueil et les Jardins de Cocagne. En mutualisant les compétences, il permet de proposer à Durtal un projet de logement dans une démarche d'insertion.

Il n'y a pas suffisamment de réponses adaptées ; résidence accueil, pension de famille, maison relais, lits halte soins santé.

Les résidences sociales ne répondent pas aux besoins des familles et aux personnes qui ne souhaitent pas s'associer dans un groupe. Elles permettent de prendre en charge des personnes en «défaut d'autonomie».

Ces accueils collectifs ne sont pas la réponse mais une réponse. En cas de difficulté dans un logement banal il ne faut pas tout de suite penser accueils collectifs ni faire appel à des services plus lourds comme les SAVS ou les SAMSAH.

Le déficit de réponses adaptées et durables conduit souvent le bailleur à traiter les situations de grande souffrance psychique par le biais de la procédure. Par ailleurs, les difficultés de prise en charge amènent certaines structures d'hébergement à faire un préalable du soin.

Les mesures d'accompagnement social sont en nombre insuffisant et trop courtes dans la durée pour traiter ces questions. Il faudrait des mesures durables même si elles sont allégées, avec la possibilité d'activer ou de réactiver d'autres moyens en cas de difficulté. C'est par exemple le projet de veille sociale porté par Anjou Insertion Habitat.

Le dispositif de veille sociale du Plan Départemental au Logement est évoqué avec la lourdeur actuelle des financements européens et notamment des procédures d'évaluation qui amèneront les acteurs à abandonner mais surtout l'orientation imposée de l'accompagnement vers l'insertion économique dont un certain nombre de personnes sont très éloignées et pour lesquelles cela ne peut être une priorité.

Est évoqué également le dispositif « accord collectif départemental (30 logements sociaux/an) porté par les services de l'Etat et la nécessité de disposer d'une offre alternative de logements adaptés comme ceux d'Une Famille un Toit qui outre l'environnement travaille aussi une gestion locative sur mesure visant à garantir le logement.

Les pôles du CESAME n'ont plus les moyens d'effectuer beaucoup de visites à domicile. Il faut pourtant privilégier la démarche du «aller vers». C'est ce que propose le Dispositif d'Appui en Santé Mentale même si aujourd'hui il est saturé par les demandes.

Il faudrait aussi des structures de suivi de grande proximité de «marquage à la culotte» pour accéder ensuite à d'autres réponses plus autonomes.

Il faut évaluer la capacité à habiter, pouvoir la tester dans des conditions favorables, se poser la question du comment la cité, la société ou les citoyens deviennent «hospitaliers».

L'appartement thérapeutique propose la présence de soignants 24/24h

L'association Croix Marine gère des appartements associatifs (60 places sur le Maine et Loire). Il y a une colocation de 2 ou 3 personnes avec la visite de soignants. Malheureusement, le manque de moyens humains limite les visites à domicile avec le risque de rechutes qui peuvent amener à un échec pour les personnes de l'appartement associatif. Les résidents prennent des aides ménagères pour l'entretien des logements. Ils peuvent bénéficier de la prestation de compensation du handicap décidée après évaluation par la MDPH.

La question de la formation des intervenants des services d'aide à domicile est posée, alors que ce sont eux qui sont, parfois le plus longtemps, en contact avec les personnes. De la même façon ils sont souvent absents des synthèses car ce temps de réunion n'est pas rémunéré. Ces temps de synthèses doivent éviter le morcellement dans les interventions avec une impression de succession d'intervenants plutôt qu'une approche globale.

Le projet «du logement d'abord ou housing first» est nommé. Comment éviter pour un accompagnant de se retrouver seul lorsque la personne a trouvé un logement alors qu'il faudrait pouvoir continuer à travailler en partenariat, en complémentarité ?

Nécessité de construire puis de maintenir les réseaux qui existent avant l'entrée dans un logement, et ce dans la durée.

Le besoin d'une politique interministérielle est nécessaire pour ne pas laisser des décideurs ou financeurs en dehors de la démarche. Il faut notamment que l'Etat à travers la DDCS soit signataire du Contrat local de santé de même que le Conseil Général ; Ce sont les deux partenaires de la question de l'hébergement et du logement, point d'ancrage dans la cité.

Pour les personnes en situation de demande d'asile, il est évoqué la difficulté d'entrer dans le droit commun quand elles ont obtenu le statut de réfugié. Elles ont été longtemps dans une situation d'attente et parfois elles s'effondrent lors de l'annonce de la régularisation. Il faut donc d'une part prévoir un logement dans le droit commun et un accompagnement durable.

La situation de statut d'étranger malade semble être très difficile. La langue et la culture différentes sont des difficultés pour s'inscrire dans la vie de la cité.

La culture, les loisirs

Dans les structures d'accueils collectives on sent parfois un repli sur soi des résidents ce qui peut créer un obstacle à sortir.

On veut participer à l'offre culturelle proposée. C'est plus facile dans la démarche de groupe d'autant plus que des opérateurs proposent des réponses adaptées

Si la personne est autonome pour assumer son choix individuel, il n'y a pas de problème. Si ce n'est pas le cas, on n'a pas les moyens d'assumer les accompagnements individuels.

Le droit commun n'est pas encore adapté à tous les publics. L'idéal serait une réponse adaptée dans un lieu généraliste, comme par exemple les maisons de quartier.

Aujourd'hui les financements sont difficiles voire impossibles à obtenir. La culture ou le loisir ne sont plus prioritaires, c'est l'insertion par l'économie. Pourtant c'est une force d'intégration forte. Auparavant on pouvait inscrire cette thématique dans les contrats RMI. C'est impossible aujourd'hui.

Pour certaines personnes la marche est très haute pour arriver au droit commun. Pour d'autres ce sera impossible et il faut des réponses adaptées. Pour les structures qui en proposent c'est de plus en plus compliqué. On en arrive à penser «public rentable» en fonction des financements. On s'aperçoit qu'un public en chasse un autre.

Quelle ambition a-t-on pour l'accès à la culture et aux loisirs ? Il faut, d'une part la volonté d'innover et d'autre part la volonté pour les financeurs de soutenir l'innovation. Il faut faire confiance aux acteurs.

Pourquoi ne pas faire une enveloppe globale en rassemblant plusieurs sources de financements, comme un CUCS spécifique pour éviter aux associations de galérer dans la recherche de financements ? Cela permettrait peut être d'avoir une vision globale et une démarche cohérente. Il faut sortir de la distance entre la démarche transversale des acteurs et celle verticale des institutions quant aux financements ?

On peut faire des activités gratuites, mais il faut financer l'accompagnement.

Comment développer les échanges de savoirs entre associations, mais aussi entre professionnels et usagers? Des lieux de partage ont disparu.

On a du mal à connaître tout ce qui existe même à l'échelle d'une ville ; faire un état des lieux de l'existant

Où en est le schéma unique social et médico-social du département ? Comment le croiser avec le Contrat local de santé ?

Services publics

MDPH : un partenariat avec le CESAME a été mis en place pour être plus compétent dans l'accueil des personnes en situation de souffrance psychique. Par ailleurs, un psychiatre vient une fois par mois, apporter son expertise dans le traitement de dossiers complexes.

Permettre à tout le monde d'accueillir ces personnes et ne pas tout « psychiatriser » il faut prendre le temps de construire une réponse adaptée, une formation ou une médiation au regard de l'autre.

Il ne suffit pas de tout «normaliser », mais se donner les moyens d'accueillir « la différence »

Il faut veiller à ce que la réponse d'une institution ne vienne pas mettre à mal le travail réalisé par d'autres acteurs.

On évoque de nouveau la nécessité d'une synergie pour prendre en charge les personnes.

Les services publics ne sont pas toujours au fait de la façon d'accueillir des cultures différentes ou des personnes en situation de handicap psychique avec le risque d'apporter une réponse inadaptée ou de rompre la confiance et de ne plus revoir les personnes. Il faut organiser des rencontres entre les acteurs et développer la culture de réseau pour permettre les appels à l'aide. Encore une fois, il faut investir sur la qualité de l'accueil adapté et professionnel (échange de pratique, de savoirs, formation, etc)

Ne pas oublier de prendre en compte les besoins des enfants. Par exemple comment la ville d'Angers compte t-elle accueillir des enfants en situation de handicap dans ses accueils de loisirs. Est évoquée la démarche municipale du Projet d'Accueil Personnalisé qui est construit avec la famille, l'enfant, les acteurs susceptibles d'intervenir ou qui connaissent l'enfant et la structure d'accueil.

15/06/12

Comptes rendus des 4 ateliers réunions de SEPTEMBRE 2012

Synthèse de la réunion du groupe « prévention et repérage précoce » Atelier 1 Mardi 11 septembre 2012 CLS ANGERS

1- Milieu scolaire :

S'appuyer sur le contrat de partenariat en promotion et protection de la santé, signé le 29 mai 2012 entre l'ARS et le rectorat. Un comité technique départemental sera constitué avant la fin de l'année. Ceci sera une opportunité pour définir les actions partenariales à mettre en place sur le territoire d'ANGERS, en particulier pour le repérage précoce des manifestations de souffrance psychique et des troubles du développement chez l'enfant et l'adolescent ainsi que prévenir les conduites suicidaires et faciliter leur prise en charge.

2- Maison des adolescents :

La MDA est déjà positionnée comme lieu ressource et interpellée sur des situations ponctuelles et des animations ou actions de sensibilisation en milieu scolaire. La formation est également dans leurs missions : débats, sessions de formation.

La pédopsychiatrie intervient dans le secteur de l'Education Nationale pour des sessions de formations et de rencontres pour les IDE et les médecins avec comme thématique le repérage précoce, les conduites à risques et le suicide.

La MDA peut déplacer le soin vers la cité dans le champ de la prévention pour le public 13-30 ans, mais ceci nécessite des moyens pour le réaliser.

Problématique de la MDA : dispositif non pérenne actuellement à stabiliser sur le volet socio-sanitaire, hébergement = locaux, budget de fonctionnement.

3- La géronto-psychiatrie

Besoin d'un maillage au niveau de la prise en charge. De formation pour les acteurs en gérontologie.

En partenariat entre le CESAME, la plate forme gérontologique PASS ÂGE et les CLIC : comment travailler mieux ensemble.

Besoin d'un poste IDE comme pour le DIASM pour orienter et évaluer les situations.

Le CESAME a mis en place un groupe ressources intersectoriel et a créé un annuaire gérontopsychiatrie. Des rencontres ont eu lieu entre le CHU, l'hôpital Saint Nicolas et le CESAME, c'est un début de réseau inter-établissements et sur le terrain.

Des formations proposées au personnel du CESAME sont ouvertes aux personnels des établissements médico-sociaux, la communication est à améliorer.

La prévention est nécessaire pour les intervenants des CLICS et EHPAD.

4- Médecin du Monde

Actuellement difficultés à faire du repérage à cause de la langue. Qui accueille ? Quels moyens ?

Problème de connaissance du réseau pour trouver les personnes ressources.

Nécessité de formation au repérage précoce.

5- Centre maternel

Le public a changé depuis 10 ans = santé psychique au cœur du problème.

Question du refus du passé de la personne

Question du repérage et de qui interpeler.

Pouvoir mettre toutes les personnes en charge du dossier pour une concertation autour du cas. Ce problème est transversal à toutes les problématiques.

Synthèse des propositions d'actions :

- 1- **Prévention milieu scolaire** : s'appuyer sur le contrat de partenariat en promotion et protection de la santé, signé le 29 mai 2012 entre l'ARS et le rectorat. Un comité technique départemental sera constitué avant la fin de l'année.
- 2- **Problématique de la MDA** : dispositif non pérenne actuellement à stabiliser sur le volet socio-sanitaire, hébergement = locaux, budget de fonctionnement.
- 3- **Formation au repérage précoce** : pour les intervenants de terrain (milieu scolaire, étudiants, personnes âgées, migrants...).
- 4- **Groupes ou équipes ressources en fonction des différentes populations (jeunes, étudiants, personnes âgées, migrants, situation de précarité-marginalité)** : pour maillage, formations, analyse des situations (à partir de cas voir ce qui n'a pas fonctionné et donner des pistes pour améliorer la prise en charge et la formation), échanges de pratiques professionnelles.

Délégation Territoriale de Maine-et-Loire
Affaire suivie par : Juliette Daniel

Téléphone : 02.41.25.76.90

Télécopie : 02.41.88.04.47

Contrat Local de Santé Atelier 2
Groupe : "Urgences et situations de crise"
Propositions d'actions et perspectives

L'objectif de cette dernière réunion de travail est de valider et de préciser les actions à mettre en place dans le cadre du contrat local de santé.

1) Mise en place d'une équipe mobile de psychiatrie

L'équipe mobile "DIASM" existe déjà. Il convient donc de ne pas créer un nouveau dispositif mais de conforter le DIASM.

- Pérenniser et stabiliser le DIASM sur le plan financier selon un dispositif pérenne clair et adapté.
- Définir le fonctionnement du DIASM (ses liens avec la Police, la sécurité des personnels, son mode de fonctionnement et de saisie, ses missions en urgences et hors urgences..., son mode de déclenchement) dans un partenariat étroit CHU d'Angers / CESAME / Ville d'Angers / Conseil général : un protocole précis devra résumer et décrire le fonctionnement de cette équipe mobile.

2) Améliorer les transports des patients admis en psychiatrie

Constat partagé de dysfonctionnements regroupés dans le transport de patients.

Plusieurs exemples sont actés :

Le refus des pompiers sauf exception d'admettre un patient directement au CESAME même attendu. Mais les patients seraient admis aux urgences du CHU d'Angers. Il en est de même avec les services de la Police Municipale d'Angers. De plus il existe de grandes difficultés à trouver à certaines heures dans un délai raisonnable une ambulance pour admettre les patients au CESAME.

- remettre à plat l'ensemble des protocoles de transports des patients sur l'agglomération angevine permettant d'admettre les patients directement au CESAME (Préfecture / SDIS-Pompiers / Ville d'Angers / ARS / CHU d'Angers / SAMU / CESAME). Les objectifs sont clairs : permettre des admissions directes au CESAME et tout spécialement des patients attendus dans un souci d'efficacité, de qualité des prises en charge et d'une réduction du nombre de patients admis aux urgences du CHU d'Angers.
- Faire connaître et définir clairement le rôle des différentes structures accueillant les patients en santé mentale ainsi que leurs articulations : rôle des secteurs avec leurs CMP, la place de l'UAO, les urgences du CHU d'Angers.
- Mettre en place une coordination des structures d'urgence à intégrer au sein de la CHT sous forme d'une fédération ou coopération entre les urgences du CHU d'Angers et l'UAO en lien étroit avec l'équipe mobile de psychiatrie ou DIASM consolidé. La question d'un chef de service unique est évoquée et à débattre en concertation.

3) Clarifier tant pour les usagers que les professionnels les modalités de signalement et d'alerte.

La question d'un guichet unique d'alerte et de signalement est posée. La question est complexe. Quelles modalités ? Dans quelles perspectives il est conclu.

- prioriser la journée aux heures ouvrables hors week-end et jours fériés fera que la priorité est donnée au CMP de secteur et hors heures ouvrables la nuit et jours fériés l'UAO devra jouer ce rôle en coordination avec les urgences du CHU d'Angers (UPAP). Il est important d'informer les professionnels en particulier l'ADOPS.
- Développer une communication simple et adaptée précisant les modalités de cette coordination et les lieux d'information des usagers et professionnels.
- Dans un deuxième temps constat nécessaire d'un travail identique spécifique aux réponses pour la prise en charge des adolescents en lien avec le pédopsychiatrie et la MDA.

4) Permettre en lien étroit entre le 1^{er} recours dont les maisons de santé (MSPP) avec la santé mentale.

Le site de Verneau sur Angers doit permettre de débiter cette coopération selon des modalités construites en partenariat avec la MSPP / le CHU d'Angers / la Ville d'Angers / le CESAME.

5) Les annuaires

De nombreux dispositifs existent. Il convient de ne pas en refaire et d'utiliser les documents, sites internet existants (ex : site du CESAME, numéro d'urgences...)

6) Formations

De même, de nombreuses formations sont déjà mises en place dans les établissements (CHU d'Angers, CESAME, Universités...) et il convient de les faire mieux connaître en interne.

Toutefois, pour les acteurs des structures sociales, médico-sociales ou associatives, il existe un réel besoin de formation à la gestion de crise ou de la violence.

- solliciter le CHU et le CESAME afin qu'ils construisent ensemble un programme de formation spécifique à destination des acteurs, structures et professionnels extérieurs avec 2 volets :
 - 1 volet : gestion de la violence et des situations d'urgences
 - 1 volet : gestion de la crise suicidaire à construire dans la même perspective et mêmes modalités que la formation à la prise en charge de la crise suicidaire.
- informer régulièrement les acteurs, usagers et professionnels sur le fonctionnement de la psychiatrie, sectorisation, éléments de base sur les signes et les pathologies, et conduites à tenir.
- Faire connaître pour les professionnels motivés ou intéressés par des formations plus spécialisées, les dispositifs existants reconnus : D.U. "Urgences Psychiatriques" à Paris.
- Utilisation d'un dispositif très intéressant au CHU d'Angers "Centre de simulation CESAR", véritable outil de gestion, de formation, de reproduction d'évènements ou situations ou scénarios complexes.
- Mais aussi le "D.I.U. de suicidologie" Nantes / Angers / Rennes / Brest.

La Déléguée territoriale Dr Juliette DANIEL.

Rencontre du 17 septembre 2012
Contrat Local de Santé – Groupe de travail n°3
"Prise en charge et parcours de soins"

Etaient présents :

- Marion FERCHAUD, France Terre d'Asile
- Edith BOUVET, UNAFAM 49
- Gérard DEBLED, UNAFAM 49
- Patricia COMMON, Maison Relais Farman
- Marie-Claude GUILLOT, CESAME secteur II
- Chantal APPARAILLY, Réseau gérontologique, plateforme Pass'âge
- Béatrice GAINARD, CLIC
- Anastasia MARION, ALPHA-API
- Véronique POEHR, UDAF 49
- Chantal HOUEE, AAPAI, service social
- Madame HISTACE, Médecin ARS
- Jean-François DUFOUR, Angers Loire Métropole
- Sylvie SUREAU, Ville d'Angers
- Doriane HUARD, Ville d'Angers
- Francis NOCK, consultant
- Bérangère OBERDORF, Ville d'Angers

Etaient absents :

- Agnès ORGEBIN, AAVAS
- Conception MOUSSEAU-FERNANDEZ, CEFR
- Martine CHARLERY, CESAME
- Sylvie BOUDIER, CHU Angers, UMPSP
- Elisabeth POULAIN, Logi Ouest
- Bernardette BOUESSEL du BOURG, Maison Relais Farman

Mr NOCK rappelle les étapes à venir en vue de l'écriture du Contrat Local de Santé sur la thématique Santé Mentale : fin du travail en ateliers le 20/09 prochain qui permettra la rédaction des actions à inscrire de façon priorisée dans le Contrat pour que la question de sa signature par la Ville d'Angers et l'Agence Régionale de Santé, et éventuellement d'autres partenaires dont l'association serait souhaitable, puisse se poser fin 2012. En amont, à l'issue du travail en ateliers, il est envisagé de soumettre courant octobre

l'ensemble des propositions au comité technique afin qu'elles puissent être validées par celui-ci et avant de les restituer en assemblée plénière courant novembre.

Mr NOCK résume ce qui lui est apparu saillant dans les deux groupes qui se sont réunis la semaine précédente : « prévention et repérage précoce » et « gestion des situations de crise et des urgences ». Les comptes rendus seront mis à la disposition de tous dès qu'ils seront finalisés.

Mr NOCK rappelle les objectifs de ce 2nd temps de travail en atelier : formuler des objectifs et actions précis en vue de la rédaction du Contrat Local de Santé et qui ont pour vocation de répondre aux besoins repérés la fois précédente dans le groupe. Essayer d'indiquer leur ordre de priorité sachant que le contrat s'inscrit sur 4 ans.

Mme HISTACE, médecin à l'ARS DT 49, précise la nécessité de pouvoir articuler le Contrat Local de Santé avec le Projet Territorial de Santé qu'elle mène et qui s'inscrit sur 5 ans, notamment sur la thématique santé mentale, et dans lequel certaines priorités peuvent venir rencontrer les nôtres (par exemple le projet d'une équipe de géronto-psychiatrie) et se soutenir réciproquement.

- **Axe : besoin en lits d'hospitalisation de manière à pouvoir répondre aux besoins d'hospitalisation et au besoin de temps pour que le soin relationnel puisse opérer et que le travail de coordination avec les acteurs de la cité puisse se tisser et être inclus dans le travail de soin :**
 - Cela permettrait d'éviter le syndrome de la porte tournante ou de transinstitutionnalisation qui ont un coût qui se reporte de façon répétée.
- **Axe : besoins en structures spécifiques d'alternative à l'hospitalisation** (résidences accueil, FAM, maisons-relais, lits haltes-santé, ...) et d'accompagnement médico-social à domicile (SAVS, SAMSAH, ...) :
 - Faire un diagnostic de ce qui existe comme structures alternatives à l'hospitalisation et au logement classique pour les personnes atteintes de troubles psychiques invalidants pour le public de 20-60 ans et pour le public vieillissant ;
 - Chiffrer les besoins (listes d'attentes dans les structures alternatives existantes, situations d'impasse chez les bailleurs ou au CESAME, ...) ;
 - Repérer et soutenir tous les projets existants qui proposent des solutions adaptées à ces besoins repérés comme criants par les acteurs du CLS : s'engager à refaire le point chaque année sur l'avancée de ces projets.
- **Axe : besoin en interprétariat pour une meilleure prise en charge des personnes en souffrance psychique inscrites dans un parcours de migration, ne maîtrisant pas le français.** Besoin repéré fortement et par l'ensemble des partenaires réunis dans ce groupe :
 - Combler ce manque identifié par de nombreux acteurs du CLS ;
 - Prévoir l'analyse de pratique de ces interprètes.
- **Axe : Besoin de coordination entre les acteurs du soin, du social et du médico-social, sur chaque secteur géographique de la psychiatrie (7 secteurs sur Angers) :**
 - Mettre en place un espace de concertation sur chaque secteur à **double vocation** :

- **formation croisée**, transmission de savoirs, repérage des besoins de formation, **renforcer la connaissance réciproque** des partenaires entre eux et sur les réalités locales, **analyse des pratiques** ;
- **construire à plusieurs le parcours de santé** à travers des projets de soin et d'accompagnement médico-social, pensés de façon **pluridisciplinaire**, comme des **alternatives à l'hospitalisation** puisqu'il s'agit de mieux encadrer le suivi à domicile par exemple et d'éviter les ruptures dans les prises en charge.
 - o Formaliser le travail à plusieurs à travers des conventions qui incluent, reconnaissent et dégagent ce temps nécessaire au travail à plusieurs
- Besoin de coordination et d'animation au niveau du territoire de la ville :
 - o Animer et coordonner l'ensemble des territoires de secteur afin de faire remonter ce qui peut être transversal dans les besoins en formation par exemple, ou en besoin plus spécifiques et directement liés à la prise en charge des personnes.
- Axe : besoin en structure de soin spécifique à l'accueil mère-bébé : identifier et soutenir les projets qui proposent ce type de réponse.
- Axe : besoin de lever des freins financiers dans certains moments de la prise en charge des personnes en situations de souffrance psychique :
 - o Sur le temps de l'accès au soin quand rien n'est possible pour entrer en contact avec la personne, la mesure de demande de référé auprès du Juge des Référés est utilisée pour pouvoir constater l'état de santé et organiser si besoin l'accès au soin en urgence. Dans ce cas, le coût de l'intervention est reporté sur les personnes qui, dans la plupart des cas, n'en ont pas les moyens ;
 - o Sur le temps de décision d'une demande de mesure de protection, l'expertise médicale, qui conditionne la suite donnée à la demande, doit être payée par la personne elle-même, ce qui est un frein à la démarche évident.

Rencontre du 20 septembre 2012
Contrat Local de Santé – Groupe de travail n°4
Atelier « vivre dans la cité »

F Nock rappelle les avancées des autres groupes de travail

Groupe 1 : Prévention et repérage précoce

- Santé scolaire : intégrer dans le CLS ce qui se fait sur Angers
- Comment repérer les situations de souffrance, lever les tabous et ouvrir la parole ? nécessité d'une formation au repérage sur les états de souffrance au-delà de la seule prévention du suicide.

Groupe 2 : gestion des situations de crise, urgence

- Organiser une formation sur le repérage des situations à risque et de la potentialité de violence
- La crise : comment répondre à la demande ? (DIASM modifié, plateforme téléphonique, organisation des transports,...).

Groupe 3 : prise en charge, accompagnement et parcours de santé

- Etoffer un maillage de réseau très en proximité (rencontres, formation croisée, interaction micro locale)
- Etoffer un réseau plus large des acteurs
- Analyse des situations, type analyse de la pratique pour éviter ou diminuer les ruptures de parcours
- Nécessité d'un coordinateur qui pourrait être au CREPSY
- Carence de places dans le médico-social. On manque de structures alternatives à l'hospitalisation. Identifier et soutenir les demandes

Intervention de Mr Poirault, directeur de la maison de quartier Marcelle Menet

La MQ est une association d'habitants et un espace privé. Elle est porteuse d'un projet.

Elle est financée à 80% par la ville d'Angers, à 10% par l'Etat, 10 % CAF et une petite partie par la participation des usagers aux activités.

La MQ intervient sur les quartiers Deux-Croix/Banchais et sur Saint Exupéry.

Elle a deux métiers :

- loisirs éducatifs
- et celui d'un centre social avec un rôle d'agent de développement social sur le territoire et d'un travail en partenariat avec les acteurs.

Des axes d'interventions :

- enfance et jeunesse en dehors des temps scolaires
- parentalité
- médiation culturelle
- soutien à la vie associative avec notamment la mise à disposition de moyens.

Mr Poirault insiste sur le fait que les acteurs de la MQ ne sont pas des travailleurs sociaux, et qu'il ne faut pas confondre les missions d'un travailleur social et celles d'un animateur.

Les publics peuvent être porteurs de problèmes. Cependant, ils arrivent tous d'abord comme des habitants. On parle d'ailleurs de Maison pour Tous. Il faut respecter le fait de pouvoir venir dans un espace où son histoire n'est pas connue. On a tous besoin d'espaces de respiration.

Il ne nie pas qu'il y a parfois des situations difficiles qui mettent en difficulté. Faut-il pour cela signaler ou pas la situation des personnes qu'en tant que professionnel on oriente vers la MQ ? Il ne faut pas négliger la problématique de la mise en danger d'un groupe ou le départ de personnes qui fuient les difficultés générées par des usagers en souffrance.

La MQ a mis en place des initiatives pour les prendre en compte :

- un point hebdomadaire avec un retour de pratiques
- une charte du bien vivre ensemble
- un conseil de prévention de la santé des salariés au travail.

Le projet du Centre Menet contribue à sécuriser l'ensemble des acteurs. Son objectif est de créer du lien social, de favoriser la mixité sociale.

On peut être usager sans être adhérent. « Au-delà de l'adhésion on essaie de travailler sur la participation au débat.

Les associations sont invitées à venir au Centre social. La MQ accueille des groupes notamment pour favoriser des passerelles après la découverte de la structure.

Toutes les maisons de quartiers d'Angers n'ont pas les mêmes projets.

Echanges

- l'entrée dans le logement

Le bailleur, quand il accueille une personne, a peu ou pas d'information. Cela peut entraîner un échec. Que peut-on échanger comme information qui permettrait de prévenir un échec et de répondre au mieux aux besoins de la personne sans rompre le secret professionnel? Mme Anger du Val de Loire évoque un travail avec le CESAME et France Terre d'Asile et une charte d'éthique avec Aide accueil.

Plus que d'un diagnostic, il y a besoin de connaître les formes d'expression de la souffrance et les déterminants à prendre en compte pour éviter de mettre la personne en souffrance. Attention cependant à ce que les contraintes ne restreignent pas l'offre.

De quoi le bailleur a-t-il besoin ?

Est évoqué la notion de commission multidisciplinaire au sein des commissions d'attribution. Il est rappelé que la loi Borloo permet aux associations d'y participer.

Quels objectifs et cadres de transmission d'information ?

Mme Anger évoque un travail avec des associations sur la Roseiraie notamment pour le fleurissement en pied d'immeuble. Cela fait écho à ce qui a été dit la dernière fois sur l'utilité sociale.

Mme Martin-Renaud évoque un support « le guide d'évaluation » prévu par la loi de juillet 2011 sur les MDPH qui permet un partage d'information.

- les différents types de logement ou d'hébergement

Mr Ethevenot évoque la notion d'habitat adapté qui est une réponse sur mesure à chaque situation individuelle. Il rappelle que le mouvement du « logement d'abord » va se développer au détriment des logements spécialisés type CHRS. L'accompagnement social y est construit après.

Est également évoqué la notion de référent unique sensé accompagner la personne et proposer les réponses.

Sont nommés des dispositifs comme les lits Halte soins santé, les Appartements de Coordination Thérapeutique, les appartements associatifs, les logements à bas seuils d'exigence qui sont développés sur Angers. Apparaît ici le besoin de connaître les différents modes d'hébergement ou d'habitat afin de trouver la solution la plus adaptée. Les différentes interventions témoignent de travaux déjà menés ici ou là qu'il faut récupérer.

Mr Ethevenot, Président du SIAO, rappelle que cette structure reçoit toutes les demandes d'hébergement. Les situations les plus faciles sont traitées dans une commission hebdomadaire. Les

autres sont étudiées 2 fois par mois avec l'intervention de professionnels qui connaissent la personne. Dans les dossiers apparaissent l'historique des hébergements et les difficultés éventuelles.

- l'accompagnement logement

Comme la dernière fois, il est regretté l'existence de financements fléchés qui font rentrer les personnes dans des cases avec des « clientèles rentables » alors qu'il faudrait partir de la personne et de ses besoins.

Est évoqué le nouveau service Accueil Habitat Adapté, géré par le Comité de liaison des personnes en situation de handicap, en partenariat notamment avec les bailleurs sociaux qui permet à ces dernières de trouver une offre adaptée plus rapidement après une analyse fine de la demande. Ce service ne peut pas prendre en compte les personnes en situation de souffrance psychique, car il prend en compte des solutions techniques. Faut-il penser un service spécifique pour l'accès au logement ?

D'autres échanges sur :

- les personnes handicapées vieillissantes, l'existence des Unités pour personnes Handicapées Vieillissantes (UPHV) ou les Unités pour Personnes handicapées Agées (UPHA). Mr Bonal regrette les difficultés pour obtenir des dérogations de la MDPH pour permettre l'admission d'une personne handicapée de moins de 60 ans en maison de retraite alors que c'est parfois la solution la plus adaptée compte tenu de l'autonomie ou pour permettre un rapprochement familial. LA MDPH étudie les dérogations à partir de 55 ans.
- Mme Cadot fait remarquer qu'on ne capitalise pas assez les expériences
- Mme Lemercier et Mr Smaïl font remarquer qu'on a peu évoqué la santé des migrants ou des gens du voyage. Ils citent des expériences de maisons de la santé mentale à destination des migrants dans certaines villes comme Paris ou Strasbourg. La connaissance et la prise en compte des représentations culturelles permettraient d'éviter des refus de logement.
- Comment faire un lien avec les Conseils de quartier ?
- Quelle implication du public ?

Evocation de quelques objectifs :

Logement

- Créer sur le territoire des solutions alternatives de logement ou d'hébergement pour disposer d'un panel de réponses permettant des parcours résidentiels
 - recenser les différents travaux réalisés
 - établir une liste des programmes ou dispositifs
 - inscrire dans le temps les projets envisagés ou souhaités
- Permettre d'accéder et de vivre dans un hébergement ou à un logement
 - travailler sur l'accompagnement logement tant dans son aspect qualitatif que quantitatif
 - faciliter le travail en réseau
 - sortir de la logique de financements fléchés
 - mettre en place des réponses adaptées tenant compte des cultures ou des langues différentes

Vie dans la Cité

- connaître l'offre et la demande en terme d'activité
 - étude en cours menée par le Conseil local des personnes en situation de handicap
 - questionnement des usagers via les clubs thérapeutiques, le GEM
- développer les réseaux d'échanges de savoirs
- favoriser les événements qui contribuent à changer l'image comme la Semaine d'Information en Santé Mentale
- mettre en place des réponses adaptées tenant compte des cultures ou des langues différentes.

Accessibilité aux services publics

- développer une offre de formation

Gérard Boussin