Université Lille 2

Université Paris 13

APHM/CHU Sainte-Marguerite, Marseille

CCOMS, EPSM Lille Métropole

Mémoire pour le Diplôme inter-universitaire

« Santé mentale dans la communauté »

Année 2018

Contrat de Ville Santé de Laval Agglomération
Vers un public oublié, en souffrance psycho-sociale

Quelles réponses possibles sur le territoire ?

Myriam Oumarjal

Tutorat:Pauline Guezenec

Je remercie particulièrement :

Pauline Guezénéc pour ses précieux conseils et sa réactivité en tant que tutrice de ce mémoire.

Christine Boulay, cheffe de projet Contrat de Ville, pour la confiance qu'elle m'a accordée lors de la rédaction de ce mémoire et bien au-delà pour le soutien dans mes fonctions.

Fleur Guesné, de l'équipe du Contrat de Ville, pour son soutien technique et pour son entière disponibilité.

Toute l'équipe du Contrat de Ville pour son soutien moral.

Michelle Téréné, infirmière du Contrat de Ville aujourd'hui à la retraite, qui m'a précieusement aidée à la compréhension du dispositif du Contrat de Ville Santé, et qui m'a transmis les valeurs qui motivent nos actions.

Mes ami(e)s pour la relecture, mise en forme et conseils.

« Derrière les troubles de voisinage, nous voyons ainsi se profiler des grandes questions de société ; Celle de l'affaiblissement de la cohésion sociale, en lien avec l'individualisation croissante. Celle de notre de traitement des discrimination et de l'exclusion à l'égard des personnes les plus vulnérables. Celle aussi de la gestion de questions de santé mentale dans la ville, notamment à travers la présence de plus en plus fort des malades mentaux depuis diminution des lits dans les hôpitaux psychiatriques. Enfin le nouveau rôle de garant des sécurités élémentaires donné aux élus locaux des conduites à intervenir sur des sujets qui relevaient jusqu'alors de la qualité du vivre ensemble. »

Jean Furtos

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION **Page 1**

I) CE QU'EST LE CONTRAT DE VILLE **Page 3**

II) GENESE DE L'ACTION ET PROFIL DU PUBLIC : **Page 3**

III)LES CONCEPTS PORTEURS DE CE PROJET : L'ALLER-VERS, LE RÉTABLISSEMENT ET L'EMPOWERMENT : **Page 5**

a) « L'aller vers » : **Page 5**

b) Le rétablissement et l'empowerment : deux concepts liés : **Page 6**

IV) ALLERS-VERS LES PERSONNES REPÉRÉES ET LES ACCOMPAGNER : **Page 8**

a) Par qui les personnes sont-elles repérées et pour quelles raisons les oriente-t-on vers le Contrat de Ville Santé ? **Page 8**

b) Accompagnement, travail en réseau et vignettes **Page 10**

c) Accompagnement mené par les TISF dans le cadre du Contrat de Ville Santé **Page 18**

V) LE CONSEIL LOCAL DE SANTE MENTALE **Page 20**

a) Définition du CLSM de Laval Agglomération **Page 20**

b) Les objectifs du CLSM **Page 21**

1. Participation à la mise en place du PTSM et de son articulation avec le CLSM **Page 21**

2. Travail des cellules de veille : un axe fort du CLSM **Page 22**

3. Développement de l'interconnaissance **Page 24**

4. Lutte contre la stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiatriques et plus largement en souffrance psycho-sociale au travers de la SISM notamment mais aussi de la formation des professionnels **Page 25**

5. Mobilisation autour de la thématique des situations d'incurie dans l'habitat **Page 27**

CONCLUSION **Page 29**

ANNEXES

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

Livres :

Jean-Paul Arveiller et Alain Mercuel (2011). Santé mentale et précarité, aller vers et rétablir. Paris : Lavoisier.

Christian Laval et Jean Furtos (2005). La santé mentale en actes : De la clinique au politique.Toulouse : Erès.

Jean Furtos (2008). Les cliniques de la précarité, Contexte social, psychopathologie et dispositifs.Bastia : Masson.

Marie-Noëlle Besançon et Bernard Jolivet (2009). Arrêtons de marcher sur la tête ! Pour une psychiatrie citoyenne. Les éditions de l'atelier.

Revue :

Rhizome N°68, Bulletin National Santé Mentale et Précarité, « "aller vers" d'autres pratiques ? », juin 2018.

Site internet :

http://m.psycom.org

http://www.ccomssantementalelillefrance.org

INTRODUCTION

En 2017, j'ai intégré en tant qu'infirmière l'Agglomération lavalloise pour des missions d'accompagnement d'un public en souffrance psycho-sociale, éloigné du droit commun et isolé.
Ces accompagnements menés à la fois par l'infirmière et par deux Techniciennes en Intervention Sociale et Familiale (TISF) sont basés sur les principes de « l'aller vers » à partir du repérage d'acteurs de terrain divers. Les notions de « rétablissement » et d'« empowerement » sont au cœur du travail mené avec les personnes accompagnées. C'est aussi un travail de maillage et de réseau pour construire ensemble un accompagnement global autour du parcours de vie, d'inclusion des personnes concernées dans la cité. C'est également changer le regard posé sur la santé mentale et la précarité.

Toutes ces thématiques sont au cœur du Conseil Local de Santé Mentale (CLSM) créé depuis décembre 2016, instance que je coordonne parallèlement à la mission décrite ci-dessus.
Ces missions, initiées dès 2006, s'inscrivent dans le cadre du Contrat de Ville de Laval Agglomération et de son volet santé.

Ce mémoire s'attachera à défendre et promouvoir « l'aller vers », l'accompagnement global des personnes. Nous verrons la pertinence du projet du Contrat de Ville pour un public en souffrance que le droit commun ne prend pas en compte. Depuis plus de dix années, ce dispositif de proximité, de prise en charge globale des personnes pour relayer vers le droit commun, a fait ses

preuves.

En quoi « l'aller vers » et l'accompagnement sont-ils des réponses concrètes face à des situations pour lesquelles le droit commun est insuffisant ? Pourquoi le droit commun est-il en difficulté, spécifiquement quand il n'y a pas de demandes exprimées ? Cela relève-t-il des « limites » des missions des professionnels ? Ou sont-ce des « principes d'interventions » trop centrés sur la demande des personnes ? Ce qui peut paraître, de prime abord, respectueux du cheminement de la personne entraîne dans les faits, une rupture de lien pour ce public en déni et que l'on appelle parfois les « perdus de vue ».

En quoi la dynamique d'un CLSM peut-elle faire bouger les lignes et être un appui pour ces personnes ?

Je rappellerai tout d'abord synthétiquement ce qu'est le Contrat de Ville, puis décrirai la genèse de l'action santé du Contrat de Ville et le profil du public accompagné. Ensuite je définirai succinctement les concepts porteurs de ce projet : « l'aller vers, le rétablissement, l'empowerment ». Je décrirai ensuite le dispositif santé, repérage et l'accompagnement du public, travail en réseau mené par l'infirmière du Contrat de Ville. Deux vignettes illustreront ce dispositif santé. Je développerai aussi l'accompagnement mené en complémentarité avec l'infirmière par les Techniciennes en Intervention Sociale et Famille (TISF). Dans un dernier temps j'exposerai les objectifs du CLSM orienté sur la précarité et ce qu'il peut apporter pour un public marginalisé.

I) CE QU'EST LE CONTRAT DE VILLE

Le Contrat de Ville est, comme son nom l'indique, un contrat conclu entre l'État et les collectivités territoriales pour organiser la mise en œuvre d'actions concrètes et concertées. Ces actions ont pour objectifs d'améliorer la vie quotidienne des habitants dans les quartiers dits prioritaires afin de prévenir les risques d'exclusion sociale et urbaine.

Ce contrat est décliné en trois piliers :

La cohésion sociale recouvrant le social, l'éducatif, la santé, la citoyenneté et la prévention

L'habitat, le cadre de vie

L'emploi , le développement économique

La thématique santé s'inscrit dans le pilier Cohésion sociale – du Contrat de Ville.

Si la santé ne constitue pas une compétence de l'Agglomération lavalloise, celle de la politique de la ville s'avère obligatoire pour les établissements publics de coopération intercommunale à fiscalité propre. C'est donc dans ce cadre que j'exerce, en tant qu'infirmière, une mission spécifique d'accompagnement individualisé de personnes isolées en souffrance psychique ainsi que la coordination du Conseil Local de Santé Mentale CLSM de Laval Agglomération. Ces deux missions sont complémentaires.

Il s'agit d'améliorer la prise en charge des personnes en souffrance psychosociale, isolées et éloignées des services de droits commun et de favoriser la mise en réseau de tous les acteurs concernés par la santé mentale : soin, social, médico-social, prévention, logement, transport, travail, éducation, culture, etc.

II) GENESE DE L'ACTION ET PROFIL DU PUBLIC

Cette mission d'accompagnement a été initiée dès 2006 dans le cadre de la politique de la ville de Laval puis sur le territoire de l'Agglomération lavalloise. La santé ne relevant pas des compétences d'une agglomération, c'est bien la politique de la ville qui a permis d'insuffler cette dynamique. Pourquoi le contrat de ville s'est-il orienté vers ces actions ?

En 2006/2007, un diagnostic santé participatif a mis en évidence des manques d'intervention

pour des publics précaires, isolés et bien souvent en non demande. Il a donc révélé l'absence de prise en compte de ces personnes.

En effet, des entretiens réalisés, entre autres, auprès des professionnels des quartiers « cibles » de la politique de la ville, ont révélé un sentiment d'impuissance de ces derniers face à ce public. Ils ont souligné l'importance de l'accompagnement, de la prévention qu'ils ne pouvaient pas toujours assumer par rapport à des situations de repli dramatique, d'hommes et de femmes seuls, en refus de soins, bénéficiaires des minima sociaux le plus souvent, concentrant souffrances psychologiques et répercussions physiques (malnutrition, addiction etc.) et dont l'état général se dégrade. Durant ce diagnostic il a été évoqué le « choc » des partenaires face à ces constats de découvertes inopinées de personnes retrouvées mortes dans leur logement « dans la plus grande indifférence ».

Ce diagnostic vécu par les partenaires professionnels, institutionnels, associatifs comme « électrochoc » a conforté la nécessité « d'aller vers » ce public isolé. Ce dernier a été défini ainsi dans la première convention cadre du contrat de ville 2006 /2010 comme *« toute personne en situation de repli, connue ou non des professionnels pour qui les démarches d'accès aux soins et de prévention générale sont éloignées de leur quotidien ou appréhendées de manière insuffisante, voire ignorées. A terme, cet abandon entraîne des problèmes médicaux et sociaux qui mettent en péril la santé de l'individu, son insertion professionnelle et dans un contexte plus large, mais très en lien avec les problématiques des quartiers défavorisés, influent sur la vie en collectivité. Toutes les catégories d'âge sont concernées, jeunes en manque de repères, adultes en rupture de vie sociale et familiale, également certaines personnes handicapées et personnes âgées souffrant de solitude. »*

C'est bien en l'absence de ressources existantes - pas d'équipe mobile psy / précarité, visites à domicile limitées des CMP, pas assez de coordination entre les partenaires, pas de CLSM - que le dispositif d'accompagnement a été mis en place depuis 2006. Ainsi l'agglomération lavalloise a positionné une infirmière diplômée d'État sur ce volet d'accompagnement et d'aller-vers. Elle lui a donné aussi un rôle de maillage des professionnels intervenant dans le champ de la santé, et plus largement autour des questions de santé mentale dans la communauté. Cela a débouché plus tardivement à la création d'un CLSM en décembre 2016.

Parallèlement, le Contrat de ville a financé dès 2007 l'intervention de 2 TISF (techniciennes en intervention sociale et familiale de l'association Aid'à dom) pour travailler en lien avec l'infirmière auprès de ce public fragilisé. L'objectif étant de consolider l'adhésion des personnes au

parcours de santé avec une aide autour de la gestion du quotidien, du logement et de la vie sociale. Ces temps TISF sont d'ailleurs depuis 2015 co-financés par l'ARS et le Contrat de ville.

III) LES CONCEPTS PORTEURS DE CE PROJET : L'ALLER VERS, LE RÉTABLISSEMENT ET L'EMPOWERMENT

a) « L'aller vers »

Il est essentiel d'insister sur le concept d'aller vers qui est le principe d'action, fondateur du dispositif du Contrat de Ville. Alain Mercuel, psychiatre et Chef de pôle inter établissement « GHT-Psychiatrie-Précarité », GHT « Psychiatrie et neurosciences » de Paris, Centre hospitalier Sainte-Anne à Paris, a explicité et clairement défendu cette pratique dans son article « Aller vers en psychiatrie et précarité : l'opposé du « voir venir… ! » (annexe 1).

Selon Alain Mercuel, « l'aller vers » est « *une forme de pratique qui tente de réduire les inégalités d'accès aux soins, ce que la psychiatrie n'a pas su réaliser suffisamment* »
Il nous donne les indications de « l'aller-vers ».
« *Aller vers tout lieu de vie lorsque la personne ne peut se déplacer vers un lieu de consultation, et ce, quelles qu'en soient les raisons : impossibilité physique ou psychique (refus, déni...), situation clinique de non-demande (enfants, adolescents reclus, personnes âgées, syndrome de Diogène, état d'inhibition...), lorsqu'un tiers ne peut accompagner la personne en souffrance, "aller vers" lorsqu'il semble important de prendre en compte l'environnement réel et le contexte entourant les aspects cliniques, évaluation sociale et élargissement des acteurs possibles, maintien sur le lieu de vie et prévention des phénomènes d'exclusion/expulsion des lieux de vie, de soins ou d'accompagnements concernés "aller vers" des populations plus spécifiques et ayant des difficultés à accéder aux soins offerts, gens du voyage, toxicomanes, prostituées, jeunes en errance, sans domicile fixe (SDF) et grands exclus, précaires, migrants... À l'opposé, les contre-indications pourraient se résumer à toute situation pouvant induire la mise en danger de soi ou d'autrui (patient, entourage, équipe, partenaires...), persécuteur désigné, patient armé, etc. Dans ce cas, l'"aller vers" n'est pas interrompu mais requiert l'intervention d'autres dispositifs.* »

Sur le territoire de Laval Agglomération, dans le cadre du diagnostic participatif santé de 2006 (cité plus haut), le public identifié en situation de repli dramatique, d'isolement, d'auto-exclusion, de non-demande mais aussi "l'impuissance des professionnels" justifient d'après Mercuel cette idée « d'aller vers ».

« Aller vers » puis après ? C'est ici qu'intervient sans doute un changement de regards, de paradigmes. C'est croire qu'il y a possibilité d'inclure la personne en souffrance dans la cité, hors institutionnalisation. C'est aussi redonner au public son propre pouvoir d'agir pour envisager un mieux-être et aller vers son rétablissement.

b) Le rétablissement et l'empowerment : deux concepts liés

« Le "rétablissement[1] " est un concept anglo-saxon qui trouve son origine dans des mouvements d'usagers des années 1980 et 1990, qui prônaient la reprise du pouvoir d'agir et la défense des droits. Il désigne un cheminement personnel de la personne pour se réapproprier sa vie et se réinsérer dans la société. Pour les soignants, ce modèle suppose un accompagnement sur le long terme et axé dès le début vers l'autonomie de la personne.

Le rétablissement consiste à rendre sa vie intéressante et satisfaisante, en se concentrant sur ses forces et son bien-être, en présence ou non de symptômes de maladie. L'amélioration symptomatique demeure importante mais la qualité de vie, telle que définie par l'individu lui-même, est cruciale. La preuve la plus flagrante du rétablissement réside dans les témoignages des patients. L'espoir est au centre du rétablissement.

Le rétablissement ne survient pas dans l'isolement. Il est étroitement associé à l'inclusion sociale.et à la capacité d'assumer des rôles sociaux significatifs et satisfaisants dans la communauté.

La famille et les autres aidants jouent souvent un rôle décisif dans le rétablissement et devraient être acceptés comme partenaires dans la mesure du possible. »

1 http://m.psycom.org/Espace-Presse/Sante-mentale-deA-a-Z/Retablissement

« *L'empowerment c'est développer le pouvoir d'action qu'on a tous en soi. L'idée étant que la personne puisse faire ses propres choix et soit décisionnaire de son projet de vie* », explique Emmanuelle Jouet, chercheuse en santé mentale au Laboratoire de recherche de l'hôpital Maison Blanche.

« *L'empowerment*[1] *désigne l'accroissement de la capacité d'agir de la personne malade via le développement de son autonomie, la prise en compte de son avenir et sa participation aux décisions la concernant. L'empowerment est étroitement lié à la notion de rétablissement. Ce concept est apparu en France dans les années 1990, sous l'impulsion des personnes vivant avec le VIH-sida. Il s'est vu renforcé par la loi du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé, qui consacre les usagers comme des acteurs de leur propre santé. Ainsi que par la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, qui propose d'une part une définition du handicap psychique et crée d'autre part les groupes d'entraide mutuelle (Gem). On dénombre aujourd'hui plus de 300 GEM en France. Au niveau individuel :La prise en compte de l'expérience du vécu de la maladie et du savoir expérientiel acquis par le patient au cours de sa maladie est au centre des approches favorisant l'empowerment des usagers. Au niveau collectif et organisationnel :L'empowerment consiste à concevoir le système de soins comme une organisation apprenante qui favorise le changement. Il implique une évolution des mentalités, des politiques, des formations et des soins en santé mentale. La représentation des usagers dans les services sanitaires et sociaux doit également être assurée : la réalité de la démocratie sanitaire doit être surveillée, et tous les moyens doivent être donnés aux associations afin d'assurer une présence réelle.* »

Nous avons donc pu expliquer les différents concepts qui sous-tendent la philosophie du Contrat de Ville Santé. Développons désormais ses missions et ses actions.

1 http://m.psycom.org/Espace-Presse/Sante-mentale-deA-a-Z/Empowerment

IV) ALLERS VERS LES PERSONNES REPÉRÉES ET LES ACCOMPAGNER

a) Par qui les personnes sont-elles repérées et pour quelles raisons les oriente-t-on vers le Contrat de Ville Santé ?

C'est à partir d'une inquiétude, d'une alerte de professionnels, de voisins, d'élus, que le public est repéré et que l'infirmière va aller à la rencontre de celui-ci. Il y a bien souvent une mise en danger de la personne, à plus ou moins long terme, qui justifie cet aller-vers.
Le repérage, les orientations sont faits essentiellement par des assistantes sociales (Conseil Départemental, Centre Hospitalier), par des bailleurs sociaux, par le CCAS, les CMP, le CSAPA, les CHRS, les résidences sociales, le PLIE, la police, les pompiers, les élus, parfois les familles (via l'UNAFAM : Union Nationale des Familles et Amis de personnes Malades et/ou handicapées psychiques notamment) et les associations d'usagers comme « Pouvoir d'Agir » ou tout un chacun inquiet par une situation.

Ces partenaires se retrouvent face à de réelles difficultés d'agir face à des situations telles que l'incurie dans le logement qui sont d'ailleurs en nette augmentation. Souvent les bailleurs, les assistantes sociales, la psychiatrie nous interpellent dans l'urgence, quand les odeurs deviennent insupportables pour le voisinage ou que les risques sanitaires et sécuritaires deviennent alarmants, ou bien en cas de mise en place de procédure d'expulsion.

Par ailleurs, les bailleurs sociaux nous alertent pour : troubles de voisinage, plaintes d'habitants déposées, troubles de comportement, nuisances sonores, dettes de loyers. Ce sont aussi les agents de proximité ou agent de médiation qui observent le courrier qui s'accumule dans les boites aux lettres. C'est lors de la réalisation de travaux dans le logement, que l'on va découvrir une personne dont la santé est très détériorée, un logement incurique, des situations de Diogène, la présence exagérée d'animaux, etc. C'est aussi des travailleurs sociaux qui n'arrivent plus à obtenir de rendez-vous avec les personnes, qui s'inquiètent de discours délirants, d'une inadaptation du comportement ou qui se retrouvent face à des portes fermées et qui après des sollicitations vaines des CMP se tournent vers le dispositif du Contrat de ville. Mais c'est également le Centre Hospitalier de Laval via le service social, qui peut aussi nous interpeller en cas de sortie d'hospitalisation ou lors de difficultés pour réintégrer et maintenir la personne dans le logement.
On peut regretter que trop souvent les sorties des patients de l'hôpital soient non anticipées et que le

service social de l'hôpital fasse appel « au pied levé » à notre dispositif pour mettre en place un accompagnement administratif, social, de gestion du quotidien en attendant un relais droit commun possible (portage des repas, intervention d'une aide à domicile, ouverture des droits sociaux). Il arrive parfois que les professionnels d'addictologie de l'hôpital ou de la psychiatrie orientent vers nous un public en rupture de soin. Ce sont les travailleurs sociaux du CCAS qui par exemple ont décelé chez les SDF (via les élections de domiciles) ou les migrants des troubles psychiatriques, psychiques vécus comme des freins à l'insertion sociale et au relogement. Le PLIE (Plan Local d'Insertion par l'Économique) ou des acteurs des chantiers d'insertion sont aussi des partenaires qui peuvent nous solliciter au cours de leurs accompagnements car les problématiques de santé deviennent des freins pour l'accès à l'emploi.

Par ailleurs, tous ces partenaires nous sollicitent quand aucune demande n'est exprimée, et quand la situation est inquiétante. Quand il n'y a pas de demande explicite d'aide ou de soins, notre intervention est alors objectivée par l'inquiétude réelle autour de la situation, voire une mise en danger de la personne. En effet, sans demandes, les institutions du droit commun ne se déplaceront pas et c'est l'absence de demande qui est mise en avant par les institutions pour ne pas s'y rendre. Nous notons que les professionnels orientent vers nous de plus en plus de publics non-demandeurs. Parmi ce public en non demande on compte des personnes en refus de soin, en déni de soin.
Nicolas Chambon explique dans son édito de la revue Rhizome de juin 2018 que *« le refus de soins peut se comprendre d'un point de vue clinique et témoigner d'une impossibilité psychique à s'inscrire dans une démarche thérapeutique, nécessitant la mise en place d'approches plus proactives. »*

À noter que nos critères d'entrée dans l'accompagnement par le Contrat de Ville Santé sont très souples : il n'y a pas de contrat établi avec la personne, ce qui justifie majoritairement l'accompagnement, c'est que la personne est en souffrance et que peu ou pas d'acteurs n'intervient dans la situation. C'est bien pour un public isolé et éloigné des services de droit commun que ce dispositif est pensé.
D'ailleurs le dispositif est bien identifié et reconnu par les partenaires, et le nombre de situations orientées augmentent d'années en années. D'une vingtaine de suivi en 2007 nous en sommes un peu plus de 120 par an. Nous arrivons au-delà de nos limites dans le nombre de nos accompagnements.
D'où l'importance de penser à impliquer un peu plus le droit commun à cette démarche « d'aller vers ». Un changement de paradigme est aussi nécessaire autour de la santé mentale. Tout cela fait d'ailleurs l'objet du CLSM qui sera décrit par la suite.

b) Accompagnement, travail en réseau et vignettes

L'accompagnement se fait à la suite de l'orientation des partenaires. L'infirmière du Contrat de ville a un rôle d'investigation et, auprès des professionnels ressources (Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie, centre médico-psychologique, médecins généralistes, services sociaux, services de mesures de protection…), elle cherche à savoir si la situation est connue par l'un ou plusieurs d'entre-eux. Il arrive, après cette phase d'investigation, de se rendre compte que l'orientation vers le Contrat de Ville n'est pas justifiée. En effet, la personne peut être suivie voire « multi suivie » par la psychiatrie, les curateurs, travailleurs sociaux, etc. Cependant cette « mauvaise orientation » permet à la personne de réintégrer le droit commun. Dans ces cas, le Contrat de Ville n'interviendra pas ; il a juste un rôle de réactivation du réseau de droit commun et permettra de réinterroger les prises en charge. Cela est parfois révélateur d'une faille de ce réseau et d'un manque de coordination entre ces différents partenaires.

En cas de non suivi par les services de droit commun, un premier rendez-vous est organisé, avec la personne, l'infirmière du Contrat de Ville et le repérant. Ce premier contact se fait au domicile de la personne la plupart du temps mais aussi au bureau, sur une place publique, dans un café, la voiture de service, une maison de quartier... Ceci pour faire une première évaluation, créer un premier lien. Au fil du temps, et après plusieurs contacts, est évoqué avec elle son parcours, ses besoins, ses envies si la personne est en capacité de les exprimer.

L'idée est de proposer les premières aides possibles pour faire levier : lire les derniers courriers, aller faire des courses, proposer une aide pour le ménage, si la personne le souhaite prendre un rendez-vous plus axé sur le soin et accompagner physiquement vers le médecin généraliste par exemple ; il ne s'agit pas d'orienter vers, mais aller avec la personne et faire l'interface avec les partenaires de droit commun. En effet combien d'orientations non abouties parce que la personne n'est plus en capacité de faire, n'a plus les repères suffisants pour assurer son rendez-vous ? Et à quelle vitesse la situation peut se dégrader, physiquement, psychologiquement ? La dégradation se constate aussi en termes de perte de droit : carte CMU non renouvelée, perte de RSA, d'AAH (Allocation Adulte Handicapé) parce que les démarches auprès des impôts et CAF sont non renouvelées ?

Parfois c'est proposer une écoute, un échange, afin de créer le lien car ces personnes n'ont en général pas pu créer d'accroche dans la continuité avec les services sociaux et sanitaires. C'est pourquoi dans beaucoup de situations, le soin n'est pas abordé lors des premiers temps parce que ce

n'est vraiment pas la préoccupation de la personne. L'accompagnement est donc mené pas à pas. On essaie, dans un premier temps, de tisser du lien, au rythme de la personne, en acceptant qu'ici, avec ses difficultés, la personne accompagnée « dictera » le tempo des rencontres. Il est difficile d'établir un « planning d'intervention » quand la personne est totalement en perte de repère. L'accompagnement se fait donc de manière souple, adaptée et implique la persévérance. La souplesse signifie savoir accepter les absences, les portes fermées ou les entretiens menés au seuil de la porte. L'objectif étant de maintenir du lien a minima, motivé par l'inquiétude exprimée de l'infirmière ou de la TISF à la personne par le seul fait que « nous sommes inquiets pour elle ».
Ce sont aussi des passages réguliers qui permettent de garder des liens et d'assurer une fonction de veille sur la personne tout en respectant son cheminement. L'accompagnement ne doit pas être ressenti comme intrusif et c'est accepter des pauses de quelques semaines à quelques mois. Mais une veille discrète peut s'organiser si besoin en lien avec les bailleurs par exemple.
Les questions posées par Alain Mercuel, dans son article de la revue Rhizome paru en juin 2018 : « " *aller vers " pourquoi ? "Aller vers" à quelle vitesse ?,"aller vers", jusqu'où ?,"aller vers", avec quels moyens ?* »prennent ici tout leur sens, et ce sont ces questions qui guident notre philosophie d'accompagnement.

Accompagner c'est d'abord créer une rencontre pour prendre en compte l'autre dans sa souffrance psycho-sociale. Pour certains, l'objectif à long terme est l'accès au soin. Pour d'autres, c'est le « prendre soin » qui prime, qui passe par l'écoute, la bienveillance, l'empathie, le non-jugement. « Prendre soin » c'est accompagner vers le recouvrement de droits qui améliore le confort de vie et permet d'assouvir les besoins vitaux. L'objectif de l'accompagnement n'est peut-être pas l'effacement de certains symptômes, mais bien le rétablissement. La personne n'ira peut-être pas voir un médecin ou un psychiatre mais sa qualité de vie sera améliorée. Durant les accompagnements, il est important de travailler auprès des professionnels l'acceptation que les symptômes ne s'apaiseront pas ou que très peu.

Le travail en réseau : comme nous le voyons l'accompagnement d'une personne se pense au travers de son parcours et il implique obligatoirement de le mener avec le droit commun afin d'établir un travail en réseau de proximité. Il se fait notamment par temps de regards croisés, via des synthèses « plus classiques » avec tous les partenaires concernés par la personne. Des échanges se font aussi au quotidien avec les infirmières à domiciles, les services de maintiens à domicile, de portage de repas qui peuvent être sources d'informations et sont parfois le seul lien sur l'extérieur pour la personne.

Le travail en réseau se fait aussi lors de cellules de veille qui sont inscrites maintenant dans le CLSM et décrites ultérieurement.
Ces temps d'échanges et de synthèses sont des moments qui permettent de réévaluer le bien-fondé du dispositif d'accompagnement du Contrat de Ville Santé. En effet il est bien question de s'appuyer sur le droit commun et non de se substituer à ce dernier. Ce dispositif a pour objectif d'être transitoire le temps de passer le relais vers le droit commun.

VIGNETTES

Première vignette :

Monsieur D. C 50 ans, habite un quartier prioritaire de la politique de la ville, vit seul dans une tour HLM, est isolé, sans contacts avec sa famille.
Il est suivi par le dispositif du Contrat de ville depuis 2009 orienté vers l'infirmière du Contrat de Ville par l'adulte relais du CCAS.

Il est décrit comme dépendant à l'alcool, avec un comportement asocial, abusé par certaines personnes. Il fait des allers-retours aux urgences et au commissariat pour ivresse sur la voie publique ; il en ressort bien souvent avec une carte du CMP dans les mains (sans aucun rendez-vous proposé).

Il est connu de l'assistante sociale de secteur dans le cadre son contrat RSA. Cependant, il est sans suivi rapproché car il est peu demandeur et au vu de son comportement, les travailleurs sociaux du quartier étaient désemparés et certains en avaient peur.

Monsieur présente des comportements relevant de trouble de l'humeur, avec des phases maniaques : instabilité psycho-motrice, jeux de mots, passages du coq à l'âne, mise en danger, agressivité, incivilité envers son voisinage, alcoolisation... Puis présente des phases dépressives graves où il peut vivre quasi reclus (ne sort que pour faire ses courses alimentaires) vit dans le noir, avec un amaigrissement important, des troubles du sommeil, et quasi mutique. Monsieur D. a bénéficié d'un accompagnement rapproché par l'infirmière du contrat de ville. Les premiers contacts se sont faits par l'intermédiaire de l'adulte relais qui le

croise au hasard de ses maraudes à la gare ou dans le quartier. Lors de ses phases maniaques ses troubles entraînent régulièrement des pertes de papiers, les clés de son domicile, etc. L'infirmière s'appuie donc sur cette nécessité pour lui de refaire ses démarches pour créer du lien et débuter son accompagnement. Le besoin de médiation avec les services administratifs, sociaux se faisait ressentir, du fait de son comportement inadapté, de ses phobies. En effet, Monsieur D. n'est pas forcément bien accueilli quand il veut réaliser ses démarches seul.

Peu à peu, il est accompagné sur un parcours de soin en partant surtout de toutes ses plaintes somatiques (dentistes, rhumatologue, neurologue, médecin généraliste) ; il n'est pas question pour lui d'entendre l'idée de soins psychiatriques, Monsieur. D. étant clairement dans le déni de sa maladie.

Un travail en collaboration avec les médiateurs du bailleur social a été mené pour expliquer et négocier avec Monsieur D. et son voisinage. De nombreuses plaintes pour nuisances sonores, insultes raciales étaient déposées auprès du bailleur.

La situation s'aggravant avec l'arrivée de nouveaux voisins, a été envisagée en 2016 une hospitalisation sous contrainte de Monsieur D. et un signalement a été rédigé à l'attention du maire afin d'y expliquer les troubles. Ce signalement n'a pas pu aboutir en l'absence de médecin généraliste acceptant de se déplacer au domicile pour établir un certificat médical circonstancié.

L'accompagnement se poursuit donc au gré des aléas de la vie de Monsieur D. Beaucoup d'entretiens informels, de rencontres où l'infirmière lui signifie ses inquiétudes par rapport à son comportement, pose des mots sur ses troubles, sur sa maladie, l'informe via une brochure sur la bipolarité qu'il lira seul, plus tard. Parallèlement, la commission RSA au vu de son parcours l'incite fortement à avoir recours à des soins psychiatriques sous peine de sanctions financières. Le médecin généraliste a également plusieurs fois invité Monsieur D. à se rendre au CMP.

L'infirmière a pu accompagner une fois Monsieur D. au CMP de son secteur pour une première évaluation par l'infirmière du CMP. L'accroche a été difficile et il n'est resté que cinq minutes dans son bureau en mettant en avant le fait qu'il refusait qu'on « *lui trifouille la tête.* » D'autres rendez-vous ont été repris, non honorés par Monsieur D. qui s'excusait malgré tout du fait de ne pas s'y rendre mettant en avant d'autres priorités (aller aux restos du cœur,

par exemple).

Finalement, il accepte le rendez-vous pris par l'infirmière du Contrat de Ville auprès du psychiatre libéral, toujours accompagné physiquement par cette dernière. L'infirmière avec l'accord de Monsieur D. s'est tournée vers une prise en charge par le psychiatre privé car la psychiatrie de secteur refusait de poser un rendez-vous (après des annulations de dernières minutes de ses RDV infirmiers)

Une accroche avec le psychiatre libéral a pu se nouer et a permis de constituer un dossier AAH (Allocation Adulte Handicapé). Depuis 2017, il accepte durant son état dépressif sévère de prendre un traitement thymo-régulateur, malgré cela la Maison de l'Autonomie (anciennement MDPH) refuse toujours de lui accorder l'allocation adulte handicapée ; après rédaction de plusieurs certificats médicaux par son psychiatre auprès de la Maison De l'Autonomie, on lui a accordé l'AAH.

Tout ce long parcours lui a permis de cheminer et d'accepter petit à petit sa « *bipolarité* » comme il le dit souvent lui-même. Depuis quatre mois il a adhéré à l'idée d'une injection mensuelle faite par les infirmières du CMP.

Son humeur reste légèrement exaltée mais il n'y a plus de mise en danger, pas de troubles à l'ordre public, plus d'alcoolisations, pas de soucis avec son voisinage, il se rend à tous ses rendez-vous médicaux et psychiatriques.

À ce jour, le lien avec le droit commun pour sa prise en charge de ses soins psychiatriques est effective. Il reste qu'il ne s'y rend pas seul encore. Ces questions restent donc à aborder avec les équipes de psychiatrie.

Nous voyons bien au travers de cette vignette qu'il est possible de passer le relais au droit commun, même si le parcours est long ,et que le soin hors les murs est possible. Toutefois, il a fallu souplesse, adaptation, persévérance et non-jugement. Le parcours d'accompagnement n'est donc totalement clos : Monsieur D. reste isolé socialement, a peu d'amis, de visites, de loisirs. Quid de tous ces aspects ? N'est-ce pas au CLSM de questionner cela ?

Deuxième vignette :

Les partenaires interpellent le Contrat de Ville de plus en plus sur des situations d'incurie dans l'habitat. Bien souvent, ces situations spectaculaires d'entassements entraînent une certaine pression de la part des élus, des voisins, des bailleurs, etc. Il est impossible de penser nos interventions dans l'urgence car cela nécessite un travail sur du long terme si l'on admet que la prise en charge de l'incurie n'est pas seulement une réponse technique, de désencombrement, de tri et de nettoyage. C'est aussi voir ce qui est négociable entre ce qui est tolérable pour les voisins et la personne concernée, s'il y a mise en danger de la communauté et/ou de la personne elle-même. En effet les retours d'expériences autour des syndromes de Diogène ou d'incurie dans l'habitat montrent que si l'on intervient seulement autour du désencombrement (société de nettoyage) et que nous ne pensons pas un accompagnement de proximité alors la situation d'incurie va se reproduire rapidement.

C'est aussi admettre que ces situations sont complexes, que les réponses apportées ne sont pas satisfaisantes au regard des normes sociétales. Le message à transmettre auprès des partenaires est une forme de tolérance sur la situation. La personne risque de ré-accumuler. L'important est bien de trouver un équilibre acceptable par tous sans mise en danger de quiconque.

Monsieur C. , 73 ans à ce jour, est suivi par le dispositif du Contrat de Ville depuis décembre 2008. Il habite une tour d'un quartier prioritaire de Laval.

Il a été orienté par le bailleur social car il accumule dans son appartement des sacs plastiques, des cartons, et nombre de petits détritus entraînant une incurie dans le logement. Monsieur C. présente également une incurie corporelle : il est édenté et se nourrit exclusivement de viennoiseries, de purée de marrons et camembert et il ne boit que du café et du soda. Lui exprime que ce choix d'alimentation n'est pas en lien avec sa dentition qu'il n'a plus, mais que c'est par réel plaisir.

Monsieur C. n'a pas de soucis financier, son frère qui vit dans un département voisin gère son budget et il a des économies. il a une retraite, et de plus, est très économe et se décrit lui-même comme ayant « *des oursins dans les poches* ».

Par ailleurs, Monsieur C. est friand de relation sociale, il s'inscrirait volontiers dans

des associations caritatives et religieuses mais son incurie corporelle est excluante de tous ces réseaux sociaux.

L'accompagnement se construit autour de ses désirs mais également de ses problématiques.

En négociant avec lui, les bailleurs et sa famille, une société de nettoyage est contactée ; Monsieur C. s'engage oralement à entretenir son logement sinon il risque l'expulsion.

Parallèlement, a été proposé par l'infirmière du Contrat de Ville un travail plus global vers la santé, la nutrition, sur l'hygiène de vie et corporelle : Mr C. est accompagné auprès d'un dentiste-prothésiste, d'un orthopédiste pour des semelles, d'un médecin généraliste, etc.. Mais au fil du temps Monsieur C. ne porte plus ses prothèses dentaires, ses semelles.

Il a été accompagné vers des réseaux d'échanges de savoir, des associations d'accueil, vers le secours catholique, etc.

Une pause dans l'accompagnement a donc été faite.

Cependant, la situation dans le logement s'est de nouveau dégradée : Monsieur C. accumulait tellement qu'il ne pouvait plus accéder à son logement au point qu'en 2012 il dormait dehors. Il s'est retrouvé à la rue pendant plusieurs mois.

C'est par l'inquiétude du voisinage et du fait que la boite aux lettres débordait que le Contrat de Ville a de nouveau été interpellé par le bailleur.

L'infirmière du Contrat de Ville a donc recherché Monsieur C. dans les endroits qu'il avait l'habitude de fréquenter : le secours catholique, les supermarchés du quartier, le centre multi-activités du quartier, etc. Il a été finalement retrouvé dans le rayon livres du supermarché. Ravi de revoir l'infirmière qui l'aiderait à sortir de cette impasse , il a évoqué un sentiment de honte pour expliquer le fait qu'il ne l'ait pas contactée.

Une nouvelle intervention d'une société de nettoyage a été organisée pour vider son logement ; A été négociée avec Monsieur C. la présence hebdomadaire d'une TISF au titre du Contrat de Ville (interventions financées par le Contrat de Ville) afin de permettre l'entretien avec lui de son logement et d'éviter la reproduction de ce problème. Cet accompagnement a permis à Monsieur C. de s'habituer à la présence d'un tiers. La TISF a mené un travail de fourmi pour encourager Monsieur C. à ne plus cumuler autant et à jeter ses sacs plastiques régulièrement tout en négociant avec lui la conservation de quelques sacs.

Sur le long terme, la situation s'est améliorée Monsieur C. désormais finance ses heures d'aide à domicile à raison d'une heure par mois ; il accepte que l'agent de médiation du bailleur vienne s'assurer que le domicile reste correct avec une accumulation raisonnable. Une veille est assurée par l'infirmière du contrat de ville une fois par trimestre environ. Les partenaires restent vigilants car l'accumulation est toujours plus ou moins présente ; l'agent de médiation du bailleur et l'aide à domicile sont sans cesse dans des démarches de négociations : *« on peut vous prêter 5 romans policiers mais si le mois prochain vous n'ouvrez pas la porte aux aides à domicile vous n'en aurez que 4 ».*

Cela demande aussi de la part des aides à domicile de prévenir rapidement l'agent de médiation et l'infirmière du Contrat de Ville si Monsieur C. ouvre ou non sa porte afin de renégocier avec lui Il lui est d'ailleurs rappelé qu'il risque l'expulsion s'il ne respecte pas ses engagements.

L'hygiène de Monsieur C. reste très précaire, idem pour le logement mais il ne se retrouve pas dans une situation d'incurie totale. Cela reste tolérable pour la communauté, le voisinage (plus d'odeurs, etc.).

Socialement il continue à voir ses réseaux religieux principalement. Il reste en contact téléphonique via le bailleur social (Monsieur C. n'a pas de téléphone) avec sa famille mais que très rarement.

En ce qui concerne l'accès aux soins, Monsieur C. est dans le refus total d'aller voir un médecin, dit se porter bien, il n'a aucune surveillance. Par ailleurs, on peut questionner le bien-fondé des premières démarches vers le dentiste, l'orthopédiste sachant qu'il l'appareil dentaire a fini dans un de ses petits sacs, idem pour ses semelles !

Cette vignette relate un accompagnement global qui on l'a vu ne résout pas toutes les problématiques mais qui a permis de maintenir comme il le souhaitait dans son logement. Ses choix ont été respectés, une veille non intrusive et bienveillante perdure pour éviter une dégradation et un retour dans la rue.

Il a aussi permis l'acceptation de ses troubles, des bizarreries de son comportement auprès des voisins, des bailleurs. Ceux-ci tolèrent même la présence de ses « petits sacs » dans les parties communes de l'immeuble.

Cela montre aussi que la relation de confiance installée entre Monsieur C. et l'infirmière est importante certes mais insuffisante pour éviter que la situation se reproduise. Il y a donc nécessité d'une veille au long cours par plusieurs partenaires (réseau de proximité). Il est à noter l'importance de la bienveillance et de l'implication du bailleur social autour de Monsieur.

c) Accompagnement mené par les TISF dans le cadre du Contrat de Ville Santé

Une autre partie du dispositif innovant du contrat de ville santé a été expérimenté et financé dès 2006 puis pérennisé : c'est le soutien aux accompagnements de l'infirmière du contrat de ville par des TISF (Travailleuses en Insertion Sociale et Familiales d'Aid'à dom, association de service à domicile).

L'intervention de la TISF est objectivée d'une part par l'adhésion de la personne. Mais également au regard de son isolement, par la possibilité de faire évoluer favorablement une problématique de santé, et d'éviter des complications ou hospitalisations. D'autre part son intervention est aussi justifiée pour assurer une veille et garder un lien. On fait bien sûr appel à elle s'il n'y a pas d'autres possibilités d'intervention par le droit commun. En effet le dispositif du RSA peut financer des heures TISF au titre de la santé mais il faut le temps de l'instruction du dossier et celle-ci n'est pas toujours favorable. Les TISF interviennent aussi le temps de l'instruction d'une demande d'Allocation Adulte Handicapé (AAH), d'une demande de SAVS (Service d'Accompagnement à la Vie Sociale) sous réserve de délais d'attente extrêmement longs en cas de réponse positive. Elles accompagnent aussi des personnes sans aucunes ressources, sans droits et peuvent alors travailler en lien avec les services sociaux vers le recours aux droits.

Ce sont souvent les travailleurs sociaux du Conseil Départemental, du Centre Hospitalier et les bailleurs sociaux qui sont en demande d'accompagnement par les TISF au titre du Contrat de Ville Santé. Et les demandes passent par l'infirmière du Contrat de Ville qui les valident ou non au regard des critères ci-dessus.

Une première rencontre se déroule au domicile avec l'orientateur, et l'infirmière. Cette dernière peut débuter l'accompagnement et poser les premiers jalons en matière d'accès aux droits et aux soins. Le relais est passé aux TISF le cas échéant, lors d'une rencontre ultérieure, afin de poser plus finement les objectifs : reprise ou continuité des soins, liens avec les travailleurs sociaux, aide à

l'entretien du logement, aide à l'autonomie dans les démarches au quotidien, une veille active sachant que la situation sanitaire peut être parfois préoccupante.

Le travail que mènent les TISF auprès de personnes est complémentaire à celui des partenaires de la santé, du social, du logement mais aussi de la justice. En effet elles peuvent faire du lien, jouer un rôle de coordination et sont au cœur même de la notion d'accompagnement à travers le parcours de vie de la personne. Elles partent des demandes et des envies qui pourraient paraître non prioritaires mais vont petit à petit susciter d'autres demandes et besoins et mois après mois peuvent enfin travailler avec la personne autour de l'accès aux soins, au loisir et au bien-être. Nous sommes ici au cœur même de la notion de rétablissement.

Des points de situation et temps de synthèse réguliers avec l'infirmière et les partenaires sont faits régulièrement. Des analyses de situations se font tous les trimestres avec le psychologue de l'Équipe Mobile en Addictologie, les TISF et l'infirmière du Contrat de ville afin de pouvoir porter des regards croisés, offrir un regard tiers. Cela apporte également un temps d'écoute pour les professionnelles que nous sommes, bien souvent uniques interlocutrices des personnes en détresse, en grande précarité. C'est aussi un espace qui permet de prendre du recul sur nos pratiques, et de la distance face, parfois, à nos frustrations, et de mieux comprendre ce qui les génèrent.

Au travers de ces quatre premières parties, nous avons pu voir que l'aller vers et l'accompagnement d'un public précarisé, hors du soin, peuvent permettre un ancrage vers le droit commun, relier les personnes auprès d'acteurs d'horizon divers. Cela nécessite une adhésion des partenaires à ces notions de parcours de vie, d'aller vers, d'empowerment, de rétablissement, de décloisonnement des pratiques, de dé-stigmatisation, de changement de regard mais aussi de pratiques. Le rôle du Conseil Local de Santé Mentale est bien de diffuser toutes ces notions mais aussi de mettre en place des actions et de renforcer le réseau autour du public précaire. Nous savons aussi que c 'est un processus qui se construit sur du long terme avec tous les acteurs concernés par le champ de la santé mentale.

V) LE CONSEIL LOCAL DE SANTE MENTALE

Le Contrat de ville de l'agglomération de Laval a inscrit dans sa convention-cadre (annexe2) la mise en œuvre du Conseil Local de Santé Mentale qui est créé depuis le 1er décembre 2016. Il est également inscrit dans le Contrat Local de Santé de Laval ainsi que dans le Pacte Territorial d'Insertion du Département. Par ailleurs, selon la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, l'ARS est engagée dans un Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) à l'échelle du département. Le Contrat de Ville y participe activement au travers de son groupe projet du PTSM et des différents ateliers menés sur le courant de l'année 2018.

a) Définition du CLSM de Laval Agglomération

Je reprendrai la définition du document cadre du CLSM de Laval Agglomération :

« C'est un espace de concertation et de coordination rassemblant sur un même territoire de proximité tous les acteurs concernés par la santé mentale. Il permet une réflexion partagée, une culture commune, un diagnostic sur les questions de santé mentale pour aboutir à des actions concertées.

La pleine participation des citoyens, usagers ou non, est recherchée activement ; le CLSM se veut en effet un espace de démocratie locale. Permettre aux personnes de retrouver une place dans le tissu social et d'exercer une vie citoyenne pleine et entière n'est assurément pas seulement l'affaire des professionnels.

Le CLSM ne relève pas seulement d'une compétence santé mais de l'ensemble des politiques publiques destinées à favoriser la cohésion sociale et le mieux vivre dans la cité. Il en est de même pour l'accompagnement des personnes en souffrance qui va bien au-delà de la seule question du soin. »

Il s'agit donc de proposer un espace de réflexion pour des actions concertées avec tous les acteurs gravitant autour de la santé mentale dans la communauté de Laval agglomération.

C'est s'interroger ensemble, et chercher à savoir pourquoi on en arrive à des situations sanitaires et sociales si extrêmes : mise en danger, incurie, voire décès. À des moments donnés de leurs parcours, ces personnes ont bien été en lien avec divers interlocuteurs professionnels, institutionnels (Assistante sociale, CMP, urgences, médecins traitants, pompiers...). Il est donc nécessaire de se questionner sur ces ruptures de parcours, de mettre en exergue les dysfonctionnements afin de trouver des réponses solides pour éviter les failles trop fréquentes. Les accompagnements proposés par le droit commun sont adaptés pour un public compliant et adhérent aux démarches et aux soins. Mais, combien de personnes en souffrance passent au travers des mailles du filet de ce même droit commun, car n'allant pas vers ce dernier ? Il nous semble donc important de nous interroger sur de nouvelles pratiques pour éviter des laissés pour compte et les ruptures de parcours.

Toutes ces réflexions ont débouché sur l'autre volet de la thématique santé du Contrat de Ville : la mise en place d'un Conseil Local de Santé Mentale (CSLM). Cet espace, proposé à des acteurs du territoire de tous horizons, est principalement orienté sur un public précarisé, en souffrance psycho-sociale. Il est donc bien complémentaire du volet accompagnement du Contrat de Ville Santé.

b) Les objectifs du CLSM

Le CLSM de Laval Agglomération s'est donné plusieurs objectifs pour l'année 2018/2019 :

1. <u>Participation à la mise en place du PTSM et de son articulation avec le CLSM</u>

Lors de la présentation du futur PTSM par l'ARS (Agence Régionale de Santé), le CLSM de Laval agglomération, comme d'autres partenaires, a été sollicité pour construire le projet pilote.

Nous avons décidé de nous engager fortement au sein du PTSM qui se décline sur le département de la Mayenne. Il a donc été proposé et validé lors du dernier comité de pilotage du CLSM de Laval Agglomération du 19 février 2018, d'inscrire la continuité des travaux du CLSM dans le cadre du PTSM. On évite ainsi d'essouffler les nombreux partenaires amenés à travailler en groupe sur les problématiques identifiées. Il nous semblait cohérent de participer au diagnostic et de profiter de cette dynamique lancée sur le champ de la santé mentale. Pour nous, le CLSM et le PTSM procèdent de la même philosophie à savoir la prise en charge globale des personnes en souffrances psychiques avec la nécessité de mieux coordonner les dispositifs autour du parcours de vie, d'identifier les points de rupture. Il nous semblait évident de partager nos « forces » et de nous mobiliser sur l 'animation des ateliers de travail et d'échange. Ceux-ci déboucheront notamment sur la rédaction de « fiches actions » qui seront déclinées à la fois sur le territoire départemental mais aussi à l'échelle de Laval Agglomération. Pour citer quelques exemples, une fiche action est en cours de rédaction sur la création d'une équipe mobile psychiatrie et précarité sur le département (dont le territoire de Laval Agglomération pourra bénéficier). Cette équipe mobile a été lors des ateliers du PTSM ainsi que lors des travaux du CLSM maintes fois réclamée. En effet, nombre de partenaires souffrent d'un manque de temps d'évaluation des situations. Il en va de même pour les personnes en ruptures de soins, les programmes de soins en ambulatoires non respectés. Une équipe mobile aurait toute sa place dans le paysage des dispositifs de soins mayennais. C'est un dispositif qui reste efficace dans le repérage, l'orientation mais ce n'est pas dans les prérogatives d'une équipe mobile de suivre et accompagner sur du long terme les personnes en souffrance. Donc reste la question des accompagnements, qui nous semble être au centre d'un meilleur parcours pour des personnes isolées et exclues ; c'est pourquoi l'accompagnement porté par l'infirmière du Contrat de ville de Laval Agglomération ainsi que celui mené par les TISF reste à défendre voire à dupliquer, et nous espérons que dans le cadre du PTSM des actions concrètes d'accompagnement seront renforcées et financées.

Le PTSM semble donc constituer un cadre qui légitime les CLSM.

2. Travail des cellules de veille : un axe fort du CLSM

Les cellules de veille sont des temps de travail, proposés aux partenaires, animés par l'infirmière du Contrat de Ville Santé. Elles permettent de réunir des acteurs de terrain qui se retrouvent en difficultés dans leur prise en charge et qui repèrent les troubles de voisinages, de comportement des habitants. Elles réunissent aussi des acteurs « ressources » tels les infirmiers des

CMP, la psychologue de l'EMA (Équipe Mobile en Addictologie) et les responsables de l'Action Sociale Territoriale du Département. C'est aussi pour faciliter une meilleure coordination que les deux cellules de veille se sont historiquement construites et basées sur la sectorisation de la psychiatrie gérée par le Centre Hospitalier de Laval et qui sur l'Agglomération Lavalloise est divisée en deux (secteur Est et secteur Ouest).
Les cellules de veille sont aussi constituées de membres du Service Insertion du CCAS de la ville de Laval, des médiateurs ou responsables des principaux bailleurs sociaux de Laval, du GLEAM (Groupement Local d'Employeurs d'Agents de Médiation), de directeurs de maison de quartier et depuis peu d'un membre de l'ATMP (Association Tutélaire de Majeurs Protégés).

Ces temps de réflexion entre professionnels qui « gravitent » autour d'une situation dite complexe ont pour objectifs :
- D'éviter la notion « de patates chaudes », et de savoir à l'issue de ces réunions : Qui fait quoi ? Quel parcours proposé et à construire avec la personne ? Qui va concrètement vers elle ? Sur quels objectifs ?
- D'éviter les ruptures de lien pour la personne. Bien souvent, face à des situations d'incurie, d'isolement, de troubles psychiques, de grande précarité, il est essentiel d'avoir des espaces de concertations mais aussi de coordination des intervenants.
- De repérer et de réorienter certaines prises en charge.
- D'instaurer aussi une veille sur certaines situations critiques : parfois cela est le seul objectif d'intervention que l'on se donne sur certaines situations souvent en lien avec un refus d'aide de la personne.
- D'avoir un éclairage plus large grâce aux partenaires issus de différents horizons présents lors de ces rencontres.

Nous souhaitons ouvrir ces cellules de veille à d'autres partenaires qui nous semblent jouer un rôle majeur dans les situations évoquées : les deux principaux organismes tutélaires, l'assistante de service sociale de la police et de la gendarmerie.

Nous avons décidé aussi de nous consacrer à l'élaboration d'une charte de fonctionnement éthique, de nous pencher sur la notion de « secret partagé », « d'informations partagées » des personnes concernées, etc. C'était une grande attente de certains professionnels qui souhaitaient être *« rassurés »* et le plus *« transparents »* possible.

Une première réunion sur la charte en septembre 2018 a permis de se mettre d'accord sur la

participation de la personne en difficulté aux temps d'échange de la cellule de veille. Il nous paraissait évident de construire son projet autour de son parcours en sa présence. Nous avons rédigé une première mouture d'un courrier type d'invitation qui sera envoyé par celui qui repère la situation. La personne aura un délai de réponse pour se tourner vers le professionnel et dire si oui ou non il souhaite participer et s'il donne son accord à ce que l'on échange autour de sa situation.
Bien sûr, au vu du public rencontré, qui parfois n'ouvre pas sa porte, ni même sa boîte aux lettres, cette invitation restera peut-être lettre morte. Cela n'empêchera pas les partenaires d'évoquer la situation préoccupante au regard des inquiétudes posées si mises en danger.

3. Développement de l'interconnaissance

C'est un des rôles majeur du CLSM que de mieux se connaître pour mieux travailler ensemble. Le diagnostic participatif et les journées formations/actions menées par le CEAS (Centre d'Études et d'Action Sociale) courant 2017 avait pour objectif d'enrichir cette interconnaissance sur le territoire de Laval Agglomération. Six demi-journées de travail ont réuni à chaque fois entre 60 et 80 acteurs de tous les horizons. Chaque institution, association, usagers a pu présenter ses missions, services mais aussi ses limites et ses freins, etc. Nous avons toutefois regretté un manque de temps, de débats et d'échanges lors de ces présentations. Nous avons ressenti une certaine frustration des participants. Le CLSM reste une instance pérenne et nous serons attentifs à créer d'autres temps de débats.

Ces journées avaient entre autre pour objectif l'élaboration d'un « répertoire » regroupant tous les acteurs concernés par la santé mentale sur la communauté de Laval Agglomération. (annexe 2) Il est à ce jour en cours de rédaction, il sera en ligne et ré-actualisable. Il pourra être consulté par tout un chacun et permettra d'y trouver les contacts (adresses, téléphone, mail...) ainsi que les missions des structures concernées. Cela a été une demande des différents acteurs qui ne savaient pas vers qui se tourner face à des problématiques de santé mentale et qui, on l'a vu, mobilisent tous les champs de la société. (associatif, hospitalier, social, etc.).

Tous les partenaires, dont les usagers, soulignent les effets positifs de cette interconnaissance :*« c'est plus facile de s'interpeller, de se dire les choses quand on se connaît »*.
Ces temps sont d'autant justifiés que les équipes sociales et sanitaires sont soumises à un turn-over.
Cela permet aussi de mieux comprendre les missions et prérogatives de chacun, de savoir jusqu'où vont les champs de compétences de chacun, sa temporalité, d'acquérir une culture commune. .
Ces temps de lien, de meilleure connaissance sont aussi offerts par les cellules de veille, lors des

assemblées plénières, des comités de pilotages et le CLSM souhaite porter ce processus d'interconnaissance autour de ces différents projets (SISM, formation, groupe de travail, etc.).

4. Lutte contre la stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiatriques et plus largement en souffrance psycho-sociale au travers de la SISM notamment mais aussi de la formation des professionnels

Un autre objectif du CLSM est son engagement fort autour de la dé- stigmatisation dans la société, au travers du soutien à l'UNAFAM, lors des Semaines d'information en Santé Mentale (SISM) et au travers du soutien à l'association Pouvoir d'Agir notamment autour de son projet de pair-aidance.

Le CLSM souhaite aussi prendre activement sa part dans la lutte contre les préjugés et la stigmatisation auprès d'un public plus large, c'est pourquoi son rôle dans la préparation des SISM est cohérent. C'est un rôle d 'animation des réunions auprès des partenaires qui souhaitent se mobiliser (psychiatrie, association de familles et d'usagers, les GEM, la ville, etc.) mais aussi un rôle de proposition d'action en fonction des thématiques proposées (film, débats, conférences...). C'est aussi un rôle de diffusion de l'information et de communication (création des affiches, diffusion.).

Les SISM sont des moments ponctuels une fois l'année qui mobilisent bien souvent un public bien averti sur les questions de santé mentale. Aussi une autre initiative germe pour toucher un public plus large : proposer aux radios locales (l'Autre Radio, Radio Mayenne, Radio Fidélité) des temps d'information, de communication, témoignages sur la santé mentale. Il faudra bien entendu définir les contours de ce projet avec le groupe technique santé du Contrat de Ville.

Nous avons la chance en Mayenne de pouvoir travailler en collaboration avec l'association Pouvoir d'Agir (annexe 3), association de personnes souffrants de troubles psychiatriques. Celle-ci est partie prenante du CLSM (participation aux instances de pilotage, aux groupes de travail, etc.) et elle a pu insuffler les notions de savoirs expérientiels, de rétablissement, d'empowerment et d'inclusion sociale. Par ailleurs Pouvoir d'Agir souhaiterait développer au sein de son association la pair-aidance (un programme de formation est en réflexion). C'est une toute jeune association avec qui le partenariat est précieux, que le Contrat de ville ainsi que le CLSM soutien activement.

La pair-aidance[1] : « *elle repose sur l'entraide entre personnes souffrant ou ayant souffert d'une même maladie, somatique ou psychique. Les groupes supports entre personnes ayant vécu des expériences similaires existent depuis longtemps dans le domaine des addictions par exemple. De nombreuses expériences de pair-aidance et de pair-émulation ont été menées en Amérique du Nord (notamment via le mouvement social pour la Vie Autonome, des Alcooliques anonymes), et se développent à présent en France.*

Le partage du vécu de la maladie et du parcours de rétablissement constitue les principes fondamentaux de la pair-aidance qui peut prendre plusieurs formes :

Participation à des groupes de parole au sein d'association d'usagers

Rencontre dans des Groupes d'Entraide Mutuel (GEM)

Ou encore l'intégration de pairs aidants bénévoles ou professionnels dans les établissements de santé.

Le partage d'expérience et l'entraide induisent des effets positifs dans la vie des personnes souffrant de troubles psychiques, notamment en permettant de rompre l'isolement et d'apprendre à vivre avec la maladie. La pair-aidance a une vocation de réhabilitation psychosociale, et vise à permettre à l'individu de sortir du statut de « patient » pour devenir acteur de son rétablissement.

Fort de son expérience et de ses compétences acquises tout au long de son parcours de rétablissement, le pair-aidant peut :

Redonner espoir, puisqu'il a lui-même affronté et franchi des obstacles liés à la maladie et adopté des stratégies facilitant son rétablissement,

Soutenir et responsabiliser ses pairs dans la reprise de pouvoir sur leur vie et leur rétablissement,

Participer à réduire la stigmatisation : par le témoignage et une implication dans les services de santé mentale.

En pratique le pair-aidant partage avec ses pairs les expériences personnelles qui l'ont mené au rétablissement ainsi que des outils qu'il a lui-même expérimentés (expression artistique, relaxation par exemple). »

Notre collaboration avec Pouvoir d'Agir est embryonnaire et est en construction ; mais le processus est bien engagé. Au travers du CLSM nous tenons à leur donner une place. Nous sommes vigilants quant à la prise en compte de leur parole et de leurs besoins. Mais nous les soutenons aussi concernant leur accès à des droits qui devraient leur être acquis : choix du médecin, des traitements.

1 http://m.psycom.org/Espace-Presse/Sante-mentale-deA-a-Z/Pair-aidance

Le CLSM est un espace qui permet à tout un chacun de se rencontrer, de débattre, d'entendre les demandes, les limites des uns des autres ; tout cela ne se fait pas sans difficultés mais ces changements de regards ne pourront s'établir qu'en douceur et sur du long terme. Pour faciliter ces échanges, une habitude à leur initiative est installée : lors des instances, des groupes de travail du CLSM, sont utilisées de « petites pancartes » représentant un point d'interrogation lorsqu'il y a une incompréhension de leur part (utilisation de sigles par exemple) ce qui permet de faciliter la communication.

Une autre des missions du CLSM est de diffuser ces concepts de rétablissement, d'allers vers et de parcours coordonné, via des formations, des journées sous forme de « colloques » avec des intervenants reconnus. Cela insuffle un changement de paradigme dans notre manière d'aborder les soins et les accompagnements.

5. Mobilisation autour de la thématique des situations d'incurie dans l'habitat

Nous avons constaté, via les accompagnements du contrat de ville santé, et lors des cellules de veille, que la problématique de l'incurie est récurrente. C'est aussi une forte préoccupation décrite lors des ateliers du PTSM. C'est pourquoi, le CLSM organisera une journée autour de cette thématique avec les professionnels concernés ; elle aura lieu courant 2019.

Nous souhaitons que cette journée soit un temps d'apprentissage puis d'échange. Nous avons fait le choix de contacter l'ALPIL basée à Lyon (Action pour l'Insertion par le Logement) une association qui a pensé des dispositifs d'accompagnements autour de l'incurie. Elle a également travaillé en partenariat avec l'ARS de sa région et a publié un « protocole » d'intervention. Fort de leur expérience, l'ALPIL propose des sensibilisations à destination des professionnels afin qu'ils puissent partager leurs connaissances théoriques sur le sujet de l'incurie (différentes typologies d'incuries dans l'habitat, quelles pathologies ou non y sont associées.). Elles seraient présentées par un psychologue. Puis une travailleuse sociale nous présentera ses démarches d'accompagnement (de façon très concrète), d'interventions auprès des personnes dans l'habitat. Un autre temps se déroulera sous forme d'atelier, autour de situations concrètes afin de pouvoir faciliter l'échange.

La journée se terminerait par la diffusion d'un court-métrage que l'ALPIL a travaillé auprès de personnes concernées par l'incurie. Ce court-métrage révèle la souffrance, le sentiment de honte, l'isolement mais aussi toute la violence que peuvent entraîner les aides proposées car potentiellement vécues comme très intrusives.

Nous espérons que cette journée et que les contacts établis auprès de professionnels avertis sur l'incurie dans l'habitat seront un levier d'action, pour que sur notre territoire nous nous mobilisions de façon concrète. (protocoles d'interventions, changement de regards des acteurs...)

CONCLUSION

Le projet santé porté par le Contrat de Ville de Laval Agglomération a pour objectif une meilleure prise en compte des publics isolés, éloignés des services de droit commun.
Ce public en souffrance psycho sociale, et/ ou en non-demande d'aide, en déni de ses difficultés a été identifié lors d'un diagnostic participatif. Il a été établi sur les quartiers prioritaires de la politique de la ville, il y a une dizaine d'années.
La politique de ville a donc fait le pari, à la suite de ce diagnostic, de développer une mission « d'aller vers » et d'accompagnement individualisé pour relayer vers les services de droit commun, qui sont relativement impuissants et dépourvus.

Cette mission a mis en exergue des failles majeures dans les parcours de vie. La précarisation croissante de ces situations dont on ne s'est pas préoccupé–est alarmante. Par les accompagnements individualisés, menés par l'infirmière du Contrat de Ville Santé et des TISF, un travail de réseau de proximité, impliquant de nombreux partenaires, a débouché sur la création de temps d'échanges, via les cellules de veille, entre autres.

Parallèlement, des réflexions plus larges ont été menées autour des prises en charge sur les questions de santé mentale dans la cité. Il a donc été décidé la création d'un CLSM en 2016.
Dans cet espace de concertation large, sont interrogées les ruptures de parcours, auprès de tous les acteurs de la santé mentale, dans la cité.

Ce CLSM, orienté prioritairement vers un public précarisé, en souffrance psycho-sociale, a pour objectifs, à moyen et à long terme, d'identifier les différents facteurs de ruptures de parcours : l'absence « d'aller vers » et les manques de coordination des parcours ont été repérés, comme tels, mais pas seulement.

Tout un travail de diagnostic doit se poursuivre pour étudier les dysfonctionnements. Il se construit via le CLSM mais aussi lors l'élaboration du PTSM du département de la Mayenne. En effet le parcours de vie doit se penser au regard d'une logique de territoire, en terme d'accès aux soins, au logement, à l'emploi, à la culture, etc.

Il s'agit aussi d'impulser une dynamique avec les acteurs de territoire concernés par la santé mentale. Et ce, par la dé-stigmatisation (soutien aux SISM), par des temps de débats, de formations, de sensibilisations aux notions d'empowerment, de rétablissement, de pair-aidance et bien sûr « d'aller vers ».

Plus largement, le CLSM travaille à faire bouger les lignes, à questionner dans le temps les pratiques de tous, de façon démocratique, participative. C'est un processus, une dynamique en construction qui se veut pérenne. Il implique les premiers concernés par la thématique de la santé mentale : le GEM, Pouvoir d'Agir. Nous insistons ici sur la place des usagers car les résistances sont encore nombreuses. Cette parole des usagers est sans doute moins entendue que celle des professionnels et des institutionnels. Il s'agit non pas seulement de prendre la parole des usagers en compte, mais bien d'élaborer collectivement et de façon consensuelle, des réponses pour améliorer la qualité de vie des personnes. En effet, on le sait, les soins psychiatriques ne résolvent pas toutes les problématiques de santé mentale. De plus nous devons faire face à un désert médical fort sur notre territoire, à un manque de psychiatres. Il est envisagé un virage ambulatoire de la psychiatrie donc une fermeture de lits.

C'est pourquoi il faut penser les soins et les accompagnements hors les murs, en ville, et le CLSM doit y prendre toute sa place. De futurs projets sont donc à penser : mieux anticiper les sorties des personnes hospitalisées, comment mieux faire le lien hôpital/ville, comment développer la pair-aidance ?

Mots-clés : souffrance psycho-sociale/ allers-vers/ accompagnement/ clsm-coordination/ changement de regard

Annexe 1

Article d' Alain Mercuel

Revue RHIZOME juin 2018

Alain Mercuel
Chef de pôle interétablissement « GHT-Psychiatrie-Précarité »
GHT « Psychiatrie et neurosciences » de Paris
Centre hospitalier Sainte-Anne
Paris

« Aller vers… » en psychiatrie et précarité : l'opposé du « voir venir… » !

La circulaire de mars 1960 mettant en place la politique de secteur et celle de mars 1990 ont posé les bases et les valeurs du dispositif de soins psychiatriques. Elles insistent bien sur la polyvalence des équipes pluridisciplinaires et sur leur vocation à répondre à toute demande émanant du corps social concernant la souffrance psychique des personnes qui le composent. La psychiatrie de secteur s'est donc positionnée d'emblée comme une psychiatrie d'accueil, de parcours, d'accompagnement. Elle assure des consultations les plus ouvertes possibles dans les centres médico-psychologiques (CMP), véritables pivots de la pratique de secteur psychiatrique, et non pas l'hôpital comme on l'imagine trop souvent encore. Le CMP représente par cette ouverture le premier pas d'une démarche d'« aller vers » en psychiatrie de secteur.

Le second pas est celui vers la Cité dans son ensemble, avec toutes les structures sanitaires, sociales et médico-sociales qui y sont implantées, et dans lesquelles les patients déjà suivis – ou pas – en psychiatrie, ou ayant besoin de soins psychiatriques, peuvent y être rencontrés : en hôpital général, soit dans les services généraux (de l'accueil aux urgences, à la psychiatrie dite « de liaison », quels que soient les services de médecine, chirurgie ou obstétrique), en établissement spécialisé, par exemple au sein d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), en milieu pénitentiaire, dans les structures d'aval d'une hospitalisation à visée de stabilisation, de réinsertion, de réhabilitation et, de façon plus générale, dans tout lieu où les besoins de ces personnes s'expriment ou sont repérés. Plus encore, certains secteurs proposent des permanences délocalisées (mairies, centres associatifs…) ou mobiles (bus de consultations…).

Enfin, des pratiques d'« aller vers » se sont déployées auprès de publics cibles tels que les précaires et grands exclus. Ainsi, depuis la fin des années 1990, les équipes mobiles psychiatrie-précarité (EMPP) se sont étendues sur tout le territoire national, comme une antenne avancée des secteurs. Rares sont celles qui ne sont pas portées par une équipe de service public ; dans ce cas, ce sont des personnels détachés des secteurs de psychiatrie qui, par convention, assurent leurs missions aux côtés des acteurs associatifs. La circulaire du 23 novembre 2005, relative à la prise en charge en santé mentale des personnes en grande précarité et en exclusion, a permis de formaliser et de pérenniser les expériences amorcées une décennie plus tôt. Les principes d'action sont exposés de façon précise, dont la dynamique d'« aller vers » ; celle-ci est donc une forme de pratique qui tente de réduire les inégalités d'accès aux soins, ce que la psychiatrie n'a pas su réaliser suffisamment malgré le postulat initial : pas de discrimination ! Autrement dit : « En cas de besoin, si tu ne viens pas au secteur, le secteur ira à toi ! » Plus précisément, l'« aller vers » est une pratique basée sur une décision médicale et paramédicale, portée bien souvent par les acteurs de pratiques avancées. Or si c'est une décision, pour ne pas dire une prescription, cela suppose qu'il y ait des indications et, en corollaire, des contre-indications. Certaines indications paraissent évidentes :

- « aller vers » tout lieu de vie lorsque la personne ne peut se déplacer vers un lieu de consultation, et ce, quelles qu'en soient les raisons : impossibilité physique ou psychique (refus, déni…), situation clinique de non-demande (enfants, adolescents reclus, personnes âgées, syndrome de Diogène, état d'inhibition…), lorsqu'un tiers ne peut accompagner la personne en souffrance… ;
- « aller vers » lorsqu'il semble important de prendre en compte l'environnement réel et le contexte entourant les aspects cliniques : évaluation sociale et élargissement des acteurs possibles, maintien sur le lieu de vie et prévention des phénomènes d'exclusion/expulsion des lieux de vie, de soins ou d'accompagnements concernés ;
- « aller vers » des populations plus spécifiques et ayant des difficultés à accéder aux soins offerts : gens du voyage, toxicomanes, prostituées, jeunes en errance, sans domicile fixe (SDF) et grands exclus, précaires, migrants…

À l'opposé, les contre-indications pourraient se résumer à toute situation pouvant induire la mise en danger de soi ou d'autrui (patient, entourage, équipe, partenaires…) : persécuteur désigné, patient armé, etc. Dans ce cas, l'« aller vers » n'est pas interrompu mais requiert l'intervention d'autres dispositifs.

« Aller vers », pourquoi ?

En psychiatrie et précarité, il s'agit bien souvent de s'approcher des personnes pour distinguer celles qui nécessitent d'instaurer un soin. Vaste débat sur le fait que ces premières rencontres modèlent un temps préthérapeutique et que, derrière ce « prendre soin », s'installe déjà du soin. L'« aller vers » les personnes en souffrance psychique compose cette pratique facilitante qui consiste à provoquer la rencontre, à tenir le lien pour, au minimum, décoder une demande implicite et au mieux faire formuler une demande explicite, puis si possible poursuivre par un accompagnement vers des lieux où des soins sont offerts. En ce sens, ce pourrait être aussi, et pourquoi pas, un groupe homogène de pratiques. Les pratiques d'« aller vers » pour « maintenir un lien » crispent les adeptes d'une « extrême » neutralité de l'éthique. Ceux-là balaient cette démarche proactive d'un « C'est leur choix ! Foutez-leur la paix ! », ou encore

d'un diktat de l'autonomie qui peut se résumer ainsi : « l'homme est libre. » Certes… mais la folie aliène d'abord. Les théories, les dogmes et les positions idéologiques éloignent de la réalité du quotidien et du contact avec la souffrance psychique « en live ». *A contrario*, les interventionnistes à tous crins, par des actions non préparées, non annoncées ou non acceptées au moins par les acteurs partenaires, peuvent charrier des effets nocebo, voire des effets iatrogènes (refus secondaire, vécu d'ingérence, fuite suicidaire…). Ainsi, l'« aller vers » n'a pas à échapper à l'évaluation de sa pertinence.

« Aller vers », à quelle vitesse ?

Les demandes en urgence de la part du public entraînent avec elles celles des tiers porteurs de cette demande. Ces derniers influent sur la temporalité de l'« aller vers », soit en le freinant soit, le plus souvent, en tentant de l'accélérer. L'« urgentisation » du rapport au monde déteint sur les individus et leurs attentes. Il est incontestable que certaines situations cliniques nécessitent l'intervention de services d'urgence (15, 17, 18, 115…) et notre pays ne manque pas de tels dispositifs d'accès aux soins. Mais *quid* d'un patient porteur d'un Diogène vivant dans la rue, d'un alcoolique chronique reclus en centre d'hébergement, d'un adolescent *hikikomori* cloîtré dans un hôtel, ou encore d'un appelant « blacklisté » ? C'est dans cette temporalité-là que les liens de partenariat montrent leur efficacité, c'est-à-dire quand tel acteur de la Cité (commissaire, commerçant, membre d'une association, citoyen engagé…) a repéré une personne qui l'inquiète sur le plan psychique et qu'il sollicite alors les équipes appropriées. En quelque sorte, c'est un lanceur de fusée de détresse, autrement appelé « signaleur ». Dès lors peut se mettre en place conjointement avec ce signaleur une action d'« aller vers », réfléchie, cohérente et coordonnée. Or la coordination des acteurs est bien le talon d'Achille du secteur. De fait, l'« aller vers » se prépare : qui fait quoi, comment, pourquoi, pour qui, avec qui ? Une fois la réponse trouvée à toutes ces questions interdépendantes, une décision commune peut alors être prise. Il ne s'agit donc pas d'établir une « maraude psychiatrique » pour, au hasard des rencontres, traquer la psychose dans la rue, mais plutôt de répondre aux lanceurs de fusée de détresse de la Cité.

« Aller vers », jusqu'où ?

Jusqu'à la construction d'un espace commun qui serait donc à mettre en place afin que chaque intervenant, sanitaire et social, y trouve le minimum de sécurité dans l'accomplissement de son travail de « professionnel », tout en apportant à la personne aidée une énergie suffisante et constructive. L'« aller vers » implique de trouver la bonne distance dans la relation ainsi créée ! Se tenir « ni trop loin », comme les théoriciens, « ni trop près », comme les « addicts » du sauvetage humanitaire. Ainsi, l'« aller vers » devient une « fonction passerelle », un passage tout au long duquel sont informés, sensibilisés, voire formés les intervenants. La psychiatrie pratiquée par les EMPP est une psychiatrie interstitielle qui vient occuper tous les espaces vides d'écoute spécialisée afin de promouvoir un dépistage précoce des souffrances psychiques des exclus. « Aller vers » est une psychiatrie « sociale » : coordinations avec les services sociaux, participations aux conseils locaux de santé mentale, informations, formations et régulations (groupes Balint, supervisions, intervisions…).

« Aller vers », avec quels moyens ?

D'aucuns s'empressent de clamer que nous n'avons pas les moyens d'en faire plus… Est-ce bien « réseau-nable » ? Déjà certains hèlent les nouveaux métiers, du service civique aux médiateurs de santé pairs en santé mentale. Mais cela suppose une formation pour laquelle le temps imparti est prélevé sur les actions de soins. Dans un contexte où la psychiatrie de secteur, confrontée à une diminution sévère de ses moyens (restrictions budgétaires, pénurie de psychiatres, fermeture de lits sans création suffisante de structures alternatives), tente de surnager, il ne reste plus alors qu'à élargir les dispositifs. Pour ce faire, l'« aller vers » s'élargit aussi, par la création de nouveaux partenariats équilibrés mettant en exergue des actions de réciprocité avec les acteurs sociaux (logement, emploi, culture, services sociaux, droits de l'homme…).

Les EMPP démontrent bien que la permanence du lien par un « aller vers » prévaut sur la permanence du lieu. Par leur « savoir faire » face à des personnes porteuses de pathologies et/ou de souffrances du lien et de troubles de l'attachement, ces équipes invitent au lien médiatisé, au lien en confiance, au lien durable. Par cette démarche proactive d'« aller vers », elles proposent un « accueil dehors ».

Tenir le lien d'abord ! *Binding first* ?

Annexe 2

Projet de document cadre (25 janvier 2017)

Du Conseil Local De Santé Mentale (CLSM)

De l' Agglomération Lavalloise

Projet de DOCUMENT CADRE (25 janvier 2017)
DU CONSEIL LOCAL
DE SANTE MENTALE (CLSM)
DE L'AGGLOMERATION LAVALLOISE

Le Contrat de ville de l'agglomération de Laval a inscrit dans sa convention-cadre la mise en œuvre du **Conseil Local de Santé Mentale**.
Il est également inscrit dans le **Contrat Local de Santé de Laval** ainsi que dans le **Pacte Territorial d'Insertion du Département.**
Par ailleurs, selon la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, **l'ARS est engagée dans un projet territorial de santé mentale** à l'échelle du département auquel il conviendra également de se référer.

La dimension du territoire de Laval agglomération, territoire de proximité, semble adaptée : les acteurs se connaissent et peuvent travailler ensemble.

I Définition d'un CLSM (conseil local de santé mentale)

C'est un espace de concertation et de coordination rassemblant sur un même territoire de proximité tous les acteurs concernés par la santé mentale. Il permet une réflexion partagée, une culture commune, un diagnostic sur les questions de santé mentale pour aboutir à des actions concertées.

La pleine participation des citoyens, usagers ou non, est recherchée activement ; le CLSM se veut en effet un espace de démocratie locale. Permettre aux personnes de retrouver une place dans le tissu social et d'exercer une vie citoyenne pleine et entière n'est assurément pas seulement l'affaire des professionnels

***** «La santé mentale** *est déterminée par une large gamme de facteurs sociaux, économiques, culturels, comportementaux qui impliquent de fait une multitude d'acteurs dans la prise en charge et la promotion de la santé*

Les déterminants de la santé mentale ne dépendent évidemment pas que du système de soins psychiatriques mais de l'organisation sociale en général et de tout ce qui fait cité

*L**'immense majorité des personnes qui souffrent psychiquement ou qui présentent des troubles ne sont pas prises en charge par les secteurs psychiatriques (c'est le cas seulement pour une personne sur dix, mais par les soins de 1er ligne, médecins généralistes et infirmiers libéraux, par les services sociaux et aussi par l'entraide, bénévoles, famille, voisinage…)***

***C'est avec l'ensemble des acteurs qu'une politique locale de santé mentale peut être élaborée avec succès. Le champ des professionnels et des organisations intervenant en matière de santé mentale est très* souvent cloisonné et dispersé**

Le conseil local de santé mentale est l'outil de ce décloisonnement»

note de Jean-Luc ROELANDT, directeur du Centre Collaborateur de l'Organisation **Mondiale de la santé pour la recherche et la formation en santé mentale, lors de la 2e rencontre nationale des conseils locaux de santé mentale le 22 mars 2013 à LYON.*

II Objectifs du CLSM de Laval agglomération : pour quel public ?

Les objectifs du CLSM ne relèvent pas seulement d'une compétence santé mais de l'ensemble des politiques publiques destinées à favoriser la cohésion sociale et le mieux vivre dans la cité. Il en est de même pour l'accompagnement des personnes en souffrance qui va bien au-delà de la seule question du soin.

1. **L'ensemble de la population pour le champ de la prévention et de la promotion de la santé mentale**

   - ✗ Favoriser le repérage précoce,
   - ✗ Favoriser les compétences psychosociales
   - ✗ Influer sur l'environnement et le cadre de vie

Ce sont des actions déjà menées dans le cadre du Contrat Local de Santé (CLS) à LAVAL qui doivent être renforcées et étendues à un territoire plus large (Agglomération de Laval). L'UNAFAM intervient également dans l'accueil et le soutien aux aidants familiaux.

   - ✗ Sensibiliser le public en vue de dé stigmatiser la maladie mentale :

Ce sont notamment les actions menées par l'UNAFAM dans le cadre des semaines d'information en santé mentale et qu'il convient de soutenir.

Des interventions sont possibles également par les pairs aidants (collectif Pouvoir d'Agir et Pair for Esper).

2. **Les personnes en souffrance psycho-sociale * et les personnes en rupture de soins pour les champs de l'accompagnement individualisé, de la coordination interdisciplinaire, de la gestion des crises**

   - ✗ «Aller vers» ces personnes quand c'est possible pour un accompagnement individualisé pour favoriser la reprise de soins s'il y a lieu et les liens avec les services de droit commun
   - ✗ Mettre en place des cellules de veille pour coordonner des réponses concrètes et «stopper le renvoi de la patate chaude !»

Les actions « d'aller vers » sont menées notamment dans le cadre du Contrat de ville via son infirmière et les TISF (techniciennes d'intervention sociale et familiale d'AID'ADOM) : à élargir au périmètre de l'agglomération.

Il pourrait aussi être envisagé l'intervention de travailleurs pairs, leurs savoirs expérientiels pouvant être mis au bénéfice du public en souffrance pour établir du lien. De plus, leurs conseils pour les accompagnateurs pourraient s'avérer précieux pour les gestions de crises.

Les bénévoles de l'UNAFAM interviennent aussi pour soutenir les proches afin de les orienter, les aider. Les proches doivent être considérés comme un partenaire essentiel.

* La souffrance psycho sociale peut se définir comme un état de mal-être pas forcément révélateur d'une pathologie ou d'un trouble mental ; la personne peut présenter des symptômes dépressifs souvent réactionnels à des situations éprouvantes, des traumatismes. Si cette souffrance perdure, la personne s'isole de plus en plus, se replie sur elle-même, (et ne fait pas appel à de l'aide) et peut développer à terme des troubles psychiques plus importants (perte totale de confiance en soi et envers les autres, méfiance, persécution etc...).

3. **Les personnes - usagers dans le champ du rétablissement ***

- ✗ Reconnaître, entendre la parole des personnes - usagers, prendre en compte dans la mesure du possible leurs propositions.
- ✗ Favoriser le rétablissement en améliorant leur intégration dans la cité : accès et maintien au logement, aux transports, à la culture, au sport, au loisir, à l'insertion sociale et/ou professionnelle, même si l'on sait que le chemin du rétablissement relève souvent d'une dynamique personnelle.

**«Rétablissement n'implique pas absence de maladie. Une personne peut être considérée comme rétablie même si elle continue de prendre des médicaments. L'environnement social joue un rôle important dans le rétablissement, d'où la nécessité d'offrir des conditions de vie satisfaisantes et favorables à un rétablissement des personnes.»* (H. Provencher, 2008)

III Les moyens

1) Le CLSM repose sur l'engagement de chacun et sa capacité à dégager du temps pour y participer
2) Le temps affecté à la coordination est dégagé sur la mission santé menée par l'infirmière au sein du Contrat de Ville de l'agglomération lavalloise, temps approximativement réparti ainsi : 80 % pour l'accompagnement et la coordination des cellules de veille - 20 % pour la coordination administrative et la participation aux diverses réunions de travail (comité pilotage, groupes santé, groupes de travail, etc). Cette mission de coordination pourrait-être soutenue par l'ARS dans le cadre de la promotion des missions des CLSM.

Note : le coordinateur constitue un facilitateur du CLSM mais non le garant.

3) L'accompagnement TISF AID'ADOM est cofinancé par l'ARS et le Contrat de Ville avec un contingent de 1 000 h d'intervention dévolues dans ce cadre.
4) Le secrétariat des groupes de travail est assuré en alternance par un des membres.
5) Le groupe santé du Contrat de ville constitue le maître d'œuvre du CLSM en 2017.
6) «L'état des lieux» qui se déroulera en 2017 (prestation Céas) est financé par l'ARS.
7) Possibilité de soutien d'actions spécifiques par L'ARS et le Contrat de ville.

IV Les principes éthiques

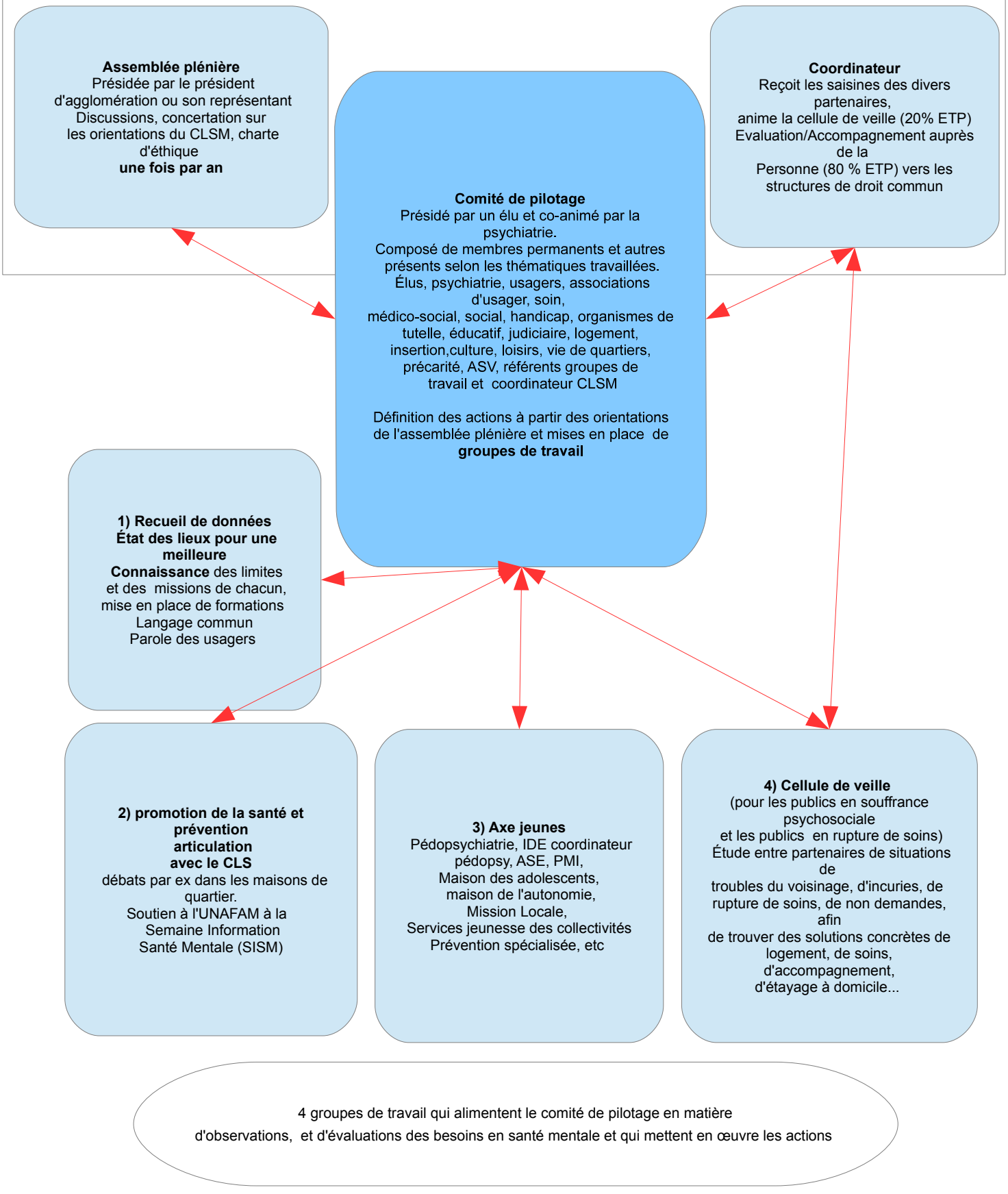
Le conseil local de santé mentale est un espace d'échanges pour aboutir à la mise en place de projets ou d'actions **discutés par tous (professionnels ou non).** Aussi l'expression de chacun doit s'inscrire dans le respect et dans la tolérance de points de vue éventuellement différents.

Pour favoriser l'expression de tous, il convient d'utiliser un langage clair, compris de tous (éviter les jargons trop professionnels, expliciter les sigles, penser à des temps de pause et à des outils de communication adaptés et compréhensibles par tous).

Pour favoriser la participation de tous, l'ordre du jour et les documents de travail pour les différentes réunions (Comité pilotage, groupe de travail) seront envoyés suffisamment tôt aux membres du CLSM pour permettre à chacun de s'approprier les sujets.

Un travail sera fait sur les bonnes pratiques permettant la participation de tout un chacun. Le partage d'informations, indispensable à la prévention et à la régulation des situations individuelles, sera assuré dans le respect du secret médical et des principes déontologiques propres à chaque profession et dans la limite de ce qui est strictement nécessaire à l'exercice de chacun. La confidentialité des informations échangées entre partenaires du CLSM va de soi.

V Proposition de fonctionnement du CLSM



VI Les groupes de travail :

- **1er groupe de travail *"RECUEIL DE DONNÉES"***

Cet état des lieux sera participatif : tous les acteurs mettent en commun lors de 1/2 journées de travail, des données quantitatives et qualitatives, décrivent leurs missions, projets, limites, pour quels publics. Seront exprimés les difficultés et les souhaits notamment des usagers, des acteurs de terrain lors d'espaces d'échanges ou de formations croisées.

Cela permettra aussi d'avoir un langage commun, indispensable pour travailler ensemble.

Ce 1er groupe de travail sera animé par le CEAS en 2017.

- **2e groupe de travail «*PROMOTION DE LA SANTÉ PRÉVENTION*»**

Il s'articule avec les actions du Contrat local de santé (CLS) : il s'agit aussi de renforcer la semaine d'information en santé mentale (SISM) organisée par l'UNAFAM avec d'autres partenaires et aussi de travailler à une dé-stigmatisation de la maladie mentale par l'organisation de débats dans des maisons de quartiers ou des bibliothèques par exemple.

- La sensibilisation du public peut être faite aussi par des interventions de pairs aidants (collectif pouvoir d'agir) et travailleurs pairs (Pair for ESPER)

- **3e groupe de travail concerne le «*VOLET JEUNES*»** :

Un des premiers travaux est de faire un état de lieu (lien avec groupe n° 1) afin d'aboutir à des projets,

- **4e groupe de travail *«CELLULE DE VEILLE»*** (professionnels, associations)

Des cellules de partage de situations préoccupantes existent dans le cadre de l'ASE, de la PMI, à la MDA (Maison Départementale de l'Autonomie), d'autres institutions et réseaux ont aussi leurs temps de coordination qui s'adressent à un public spécifique.

Deux cellules fonctionnent aussi pour des personnes isolées en difficulté dans le cadre du Contrat de ville. Nous proposons de renforcer et pérenniser ces dernières dans le cadre du CLSM en étendant progressivement le périmètre à l'ensemble de l'agglomération lavalloise.

Ces cellules de veille sont bien là pour mettre en place des réponses concrètes aux situations complexes de non demande, de rupture, de grande désocialisation, nécessitant des réponses multiples souvent au-delà du soin : réponses en terme d'accompagnements et «d'aller vers», en termes de logement, de mobilité, etc...

A ce titre les accompagnements par les TISF d'AID'ADOM et de l'infirmière en charge du volet santé dans le cadre du contrat de ville sont pérennisés dans le cadre du CLSM constituant ainsi un outil au service de cette démarche.

ANNEXE 1 : GENESE DE L'ACTION

Comment a cheminé cette idée ? Différents éléments de contexte

Contexte législatif :

- Stratégie européenne de la santé mentale OMS Europe (Conférence Helsinki 2005)
- Union européenne référence les CLSM depuis 2010 comme un des outils techniques permettant de formaliser au niveau local des recommandations de l'OMS.
- L'association des Maires de France porte l'initiative au niveau national
- Le plan Psychiatrie et Santé mentale 2011-2015
- La cour des Comptes déc 2011 demandant de généraliser les CLSM
- Haut conseil de la santé publique
- Loi de modernisation de notre système de santé (26 janv.2016 art. 69) donne une base juridique aux CLSM (faciliter les parcours)

Contexte local :

2006-2007 : un diagnostic partagé réalisé dans le cadre du Contrat Urbain de Cohésion Sociale montre le désarroi et l'impuissance des acteurs de terrain face :

- à l'augmentation de la souffrance psycho-sociale
- aux personnes en rupture de soins psychiatriques
- aux personnes en situation de repli que l'on voit se dégrader au fil des mois et qui sont retrouvés parfois morts à leur domicile.

2007- jusqu'à ce jour : l'accompagnement individualisé par l'infirmière du contrat de ville politique de la ville et des techniciennes d'intervention sociale et familiale (TISF) objective depuis 10 ans des problématiques de santé mentale et addictives majoritairement

2013 : l'évaluation portée par le RIAM et réalisée par le CEAS sur l'action «santé» du CUCS met en évidence l'efficience de cette action en termes de qualité de vie des personnes accompagnées et de paix sociale. Par ailleurs, cet accompagnement réduit les interventions des services d'urgence (police, pompiers, samu, etc.)
Une des propositions de l'évaluation porte sur la mise en place d'un CLSM.

2013 : diagnostic de l'Observatoire Régional de Santé (ORS) pour le Contrat local de Santé de Laval signé en juillet 2014 fait apparaître :

- une fragilité en matière de santé mentale, avec une situation lavalloise défavorable et une mortalité par suicide qui reste nettement supérieure à la moyenne départementale et nationale depuis plusieurs décennies (+44 %) la mortalité par maladies directement liées à la consommation excessive d'alcool est supérieure d'environ 10 à 20 % à la moyenne française
- une mortalité prématurée (avant 65 ans) beaucoup plus importante dans les quartiers de la politique de la ville que dans le reste de la ville (de -22% à + 45 % selon les quartiers lavallois à structure d'âge identique).

Tous ces facteurs sont sensibles à la prévention - promotion de la santé ce qui ouvre les possibilités d'agir.

2014 : **CLS signé en juillet 2014** dans lequel est inscrit le projet de CLSM.

21 octobre 2015 : Conférence du territoire de santé de la Mayenne : elle mentionne la pertinence des CLSM et le travail en cours dans ce sens sur le territoire de l'agglomération lavalloise.

avril 2015 : les familles, représentées par l'UNAFAM 53 (Union Nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques) expriment leur détresse et l'urgence d'une meilleure coordination, de renforcer les accompagnements liés au logement, à l'insertion socio-professionnelle dans un livre blanc.

2015-2020 : le Pacte territorial pour l'insertion du Conseil Départemental a une thématique santé avec une orientation santé mentale dont l'objectif est de contribuer à la prise en compte des problèmes de santé mentale pour mieux les traiter.inclut dans ses «la prise en compte des problèmes de santé mentale pour mieux les traiter.

17 décembre 2015 : journée santé mentale au centre Jean Monnet : 115 participants – intérêt et attente des professionnels concernant la mise en place d'un CLSM (cf évaluation).

19 avril 2016 : **rencontre en vue d'une validation d'une méthodologie de mise en place d'un CLSM** avec la Ville/agglomération (élue en charge du CLS et chargée de mission santé), l'Agence Régionale de Santé (Délégué territorial et inspectrice action sanitaire et sociale), Centre hospitalier (Directeur), Conseil départemental (Directeur solidarité chargée de mission insertion), CEAS (directeur), et Contrat de Ville (chef de projet et chargée de mission santé),

1er décembre 2016 *:* **première assemblée plénière du Conseil Local de Santé Mentale.**

A l'issue de cette journée qui a rassemblé une bonne centaine de personnes de tous horizons (dont des usagers), de nombreux partenaires s'engagent d'ores et déjà dans la démarche CLSM :

- élus (agglomération et ville de laval)
- psychiatrie et pédopsychiatrie
- centre hospitalier (Service social, CSAPA)
- usagers (UNAFAM, Pouvoir d'Agir, GEM)
- ARS
- DDCSPP
- CLS de la ville de Laval
- travailleurs sociaux (Conseil départemental, CCAS, Maison de l'Autonomie)
- bailleurs
- associations diverses (les 2 Rives, Revivre, ATMP, UDAF,
- médecins généralistes
- clinique de Pritz
- maison des adolescents
- Lycée Robert Buron/Réaumur : coordination DE CESF (Conseiller en Économie Sociale et Familiale et DE AES.(Assistant Éducatif et Social)
- etc.

Annexe 3

Fiche répertoire du GEM

Groupe d'entraide mutuelle (GEM) La Rencontre

Un groupe d'entraide mutuelle (GEM) est une association d'adhérents, âgés de 18 ans ou plus, confrontés à des difficultés de mal-être et/ou d'isolement social en lien avec des troubles psychiques.

L'association GEM La Rencontre a pour organisme gestionnaire le Geist et pour parrain l'Unafam.

Pour être accueilli au GEM, il n'est pas nécessaire que le handicap soit officiellement reconnu (pas d'orientation administrative). Toutefois, sans être un lieu de soins, le GEM assure aussi une fonction de veille concernant le bien-être physique et psychique des personnes accueillies (conventions signées entre les GEM et les services de soins dans le respect du secret partagé).

La fonction première du GEM est de rompre l'isolement et de favoriser le lien social et la citoyenneté des personnes le fréquentant. L'objectif est que celles-ci reprennent confiance dans leurs potentialités et capacités.

Le GEM est ainsi un lieu d'accueil, d'écoute, d'échanges, de rencontres, de loisirs et d'inclusion sociale. Des activités sous forme d'ateliers sont organisées de façon régulière, mais d'autres le sont plus spontanément, plus ponctuellement...

Les adhérents sont pleinement acteurs de l'organisation et du fonctionnement de leur association (ouverture des locaux, activités, budget...). Ils sont soutenus par une équipe professionnelle d'animation.

En 2016, si une trentaine d'adhérents se sont régulièrement investis dans le fonctionnement et les activités, plus de 120 membres sont venus au local. D'une façon générale, de dix à vingt personnes sont présentes par jour.

Une plaquette mensuelle, *La feuille de chou*, fournit le programme des accueils et des activités.

	56 rue de la Croix-de-Pierre, 53000 Laval
☎	09 81 60 95 78 (fixe) / 07 60 97 83 22 ou 06 31 11 77 98 (animatrices)
@	gem.laval@orange.fr
	Du lundi au samedi selon un planning établi avec les adhérents.
	Association répondant au cahier des charges de l'arrêté du 18 mars 2016. Nombre d'adhérents : 32 en 2016 ; plus de 120 membres accueillis. Cotisation : 8 euros/an.

Annexe 4

Plaquette Pouvoir d'Agir 53 – ESPER

« Rétablissement »

Le rétablissement ne signifie pas nécessairement la disparition des symptômes, il s'agit de trouver ou retrouver une vie intéressante et satisfaisante sans pour autant être guéri.

« C'est redonner espoir aux personnes vivant un trouble mental »

Pouvoir d'Agir 53 et ESPER

S'adressent aux :

- Personnes vivant le trouble mental,
- Environnements (formation, social, professionnel,...)
- Associations (culturelles, sociales, d'aide,...)
- Instances administratives,
- Soin, secteur médico-social,
- Bailleurs sociaux,
- Etc...

Pouvoir d'Agir 53 est une association (Loi 1901) de personnes vivant avec des troubles psychiques qui veulent s'auto-représenter par des pairs aidants

Sa Philosophie

- « Rien sur nous sans nous »,
- Avoir le droit de parler, d'être entendu et d'être respecté.

Ses Objectifs

- Redonner le pouvoir d'agir aux personnes,
  - Respecter leurs décisions même si elles ne répondent pas aux attendus (sauf si danger),
  - P
  ermettre de défendre toute façon de penser et d'exister,
  - Éviter la stigmatisation,
- Défendre et améliorer les droits pour une meilleure inclusion.

Ses Actions

- Rencontrer les personnes, les aidants et les environnements,
  - Apporter des témoignages, interventions,
  - Siéger dans certaines instances,
  - Orienter vers un accompagnement par ESPER,
  - Etc...

ESPER est une équipe de travailleurs pairs ayant l'expérientiel de la maladie et étant formés à l'accompagnement.

ESPER : **E**spoir, **S**outien, **P**laidoyer, **E**mpowerment, **R**esponsabilité

Sa Philosophie

« Permettre à la personne de décider de ne plus donner tout pouvoir à la maladie et de contrôler sa vie ».

Ses Objectifs

- Soutenir la parole de la personne,
  - L'aider à lever ou contourner les obstacles qui l'empêchent d'agir,
  - Donner un nouveau sens à son existence,
  - Lui donner une place centrale et active dans ses soins,
- Être un trait d'union entre la personne, les instances, la famille, etc...

Ses Actions

- Accompagner la personne et les environnements,
  - Siéger dans certaines instances (par délégation de Pouvoir d'Agir 53)
  - Former et informer (pair aidance et concept du rétablissement)

Une logique de coopération avec :

- Le soin,
- Le médico-social,
- Les associations (exemples : UNAFAM, Schizo jeunes,...)
- Etc..

Pouvoir d'Agir 53 – ESPER

Un remerciement à un Médiateur de santé Pair qui a apporté son savoir expérientiel et son soutien à ces deux projets.

Les soutiens des projets

- CREHPSY,
- Dr Mézine, Dr Ebale-Nlo (53),
- Dr Leguay (49),
- Associations (GEIST,...),

Les soutiens de proximité

- Des personnes ressources,
- Eve Gardien, Maître de conférence à Rennes 2,
- Pascal Fournier, Auteur des deux projets.

Ce sont des facilitateurs qui permettent aux personnes de Pouvoir d'Agir 53 et de ESPER

de se saisir du concept du r et du rô pairs

Permanence le mercredi après-midi
De 14 H00 à 16 H 00

Pouvoir d'Agir 53
32 Rue du Préfet Bonnefoy
53000 LAVAL

Tél : 06-02-07-54-81
Email : pouvoir.dagir@outlook.fr

Financements : en recherche

Les cofondateurs de Pouvoir d'Agir 53 et les travailleurs pairs de ESPER vous remercient de toutes formes de soutien.

Association de Pairs aidants et d'autoreprésentation de personnes vivant avec un trouble psychique

Pouvoir d'Agir 53 – ESPER
Garants
Du concept du Rétablissement

« ESPER »

Dispositif d'accompagnement par des Travailleurs Pairs