

Christine LETHIER : Coordinatrice Sociale Adoma sur les Yvelines

Diplôme Inter-Universitaire
Santé Mentale dans la communauté

Dr Jean-Luc ROELANDT
Directeur
Centre Collaborateur OMS
pour la recherche et la formation
en santé mentale (Lille, France)

MEMOIRE : Travail présenté à Pauline RHENTNER

- Université de Lille -

Le 15 septembre 2011

Table des matières

Introduction	p 4
1 - Contexte et état des lieux	p 5
1.1 Adoma, acteur du logement social	p 6
1.2 Le territoire des Yvelines : état des lieux	p 7
1.3 Les médiateurs Santé & Social	p 8
1.4 L'enquête médico-sociale	p 10
2 – Problématique	p 13
2.1 Constat et analyse des besoins	p 14
2.2 Le partenariat avec le R.P.S.M	p 18
2.3 Méthodologie	p 19
3 - Pratiques à la croisée du médical et du social	p 20
3.1 Repérer les difficultés – le rôle de veille et d'alerte	p 20
3.2 Qualifier et quantifier les situations	p 22
3.3 Le rappel au bail	p 23
3.4 La dimension communautaire	p 23
3.5 Les conditions pour réussir le partenariat	p 25
4 – La notion d'habitat	p 26
5 - Le maintien dans le logement	p 29
5.1 Principaux cas de figure – étude de cas	p 31
5.2 La position du bailleur	p 31
6 - Santé mentale et cohésion sociale	p 34
7 - La démarche communautaire	p 35
7.1 Conduire et promouvoir le projet	p 37
7.2 Insertion et réhabilitation	p 37
8 - Les objectifs et l'évaluation du projet	p 39
Conclusion	p 39
Bibliographie	p 41
Annexes	p 43

« Seul, on va plus vite,

Ensemble, on va plus loin »

Proverbe africain

La charte d'Ottawa

« Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter.

La santé est donc perçue comme ressource de la vie quotidienne, et non comme but de la vie : c'est un concept mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion ne relève donc pas seulement du seul secteur de la santé Son ambition est le complet bien-être de l'individu. »

Introduction

Adoma a pour mission de loger, sur ses Foyers de Travailleurs Migrants (F.T.M.) ou résidences sociales (R.S.), des travailleurs migrants et des personnes en situation de précarité, et pour certaines d'exclusion sociale.

Toutes les enquêtes et diagnostics réalisés ces dernières années mettent en évidence l'accroissement et le cumul des difficultés de nos résidents : pauvreté, troubles liés au vieillissement et à la perte d'autonomie, problèmes d'addiction et de santé mentale, avec pour corollaire des sentiments croissants d'exclusion, d'échec et de honte, altérant l'estime de soi.

Il découle de ces constats que l'accueil et la prise en charge de nos résidents demandent des moyens et des savoir-faire nouveaux : on ne peut désormais dissocier notre travail de bailleur social des approches sanitaire et sociale, au regard du poids des déterminants de santé ; notamment quand on aborde les questions des troubles de santé mentale et de souffrance psycho-sociale.

Les actions médico-sociales au sein de nos établissements ont leur place dès lors qu'elles contribuent à favoriser le lien social, c'est-à-dire à mettre en commun des valeurs, des idéaux, des liens réels ou symboliques, mais aussi à promouvoir la santé globale.

Ces interventions devront prendre en compte les spécificités d'un public fragilisé : autre rapport au temps, autres priorités et préoccupations, représentations culturelles différentes, difficultés à se projeter dans l'avenir.

Le temps de l'accueil et de la rencontre est donc déterminant pour installer un lien de confiance sans lequel aucune action ne se fera durablement.

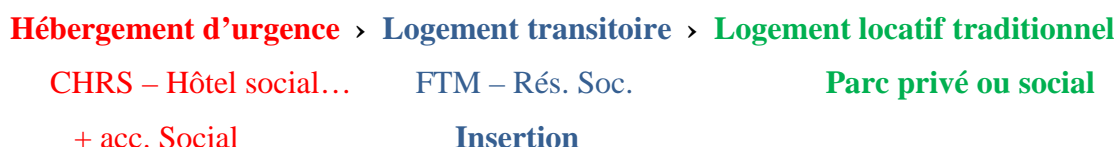
Le logement et le cadre de vie ont quant à eux un rôle essentiel à jouer, puisqu'ils répondent autant à un besoin fondamental de sécurité et de protection qu'à un impératif de dignité et d'identité sociale.

Le partenariat, le travail transdisciplinaire, comme outils d'intervention et d'insertion dans le parcours de logement, seront le fil d'Ariane de ce mémoire.

1 - Contexte et état des lieux

La crise de l'offre de logement conjuguée à la désinstitutionnalisation dans les hôpitaux psychiatriques a conduit à durcir les modalités d'accès au logement pour les personnes en souffrance psychique. Les résidences sociales et foyers Adoma sont composés à la fois de parties privatives et d'espaces collectifs, car historiquement les foyers de travailleurs migrants accueillait une population homogène qui partageait les lieux et entretenait des liens de solidarité

Les récentes opérations immobilières témoignent encore aujourd'hui d'une volonté du bailleur de maintenir des espaces collectifs, même si les projets s'orientent de plus en plus vers du logement autonome, correspondant aux exigences actuelles. L'idée que l'espace collectif est source de lien social est généralement partagée, mais force est de constater une relative désaffection, due à la mixité des publics, au changement des comportements et modes de vie. La diversité sociale, culturelle, et générationnelle est à ce titre, source de nouvelles richesses, mais aussi de nouvelles difficultés. Le parcours du logement dit social est construit comme une chaîne avec différents maillons allant de pair avec le niveau de pauvreté et de précarité. Il peut être représenté ainsi :



Pour Adoma, la population accueillie dans des logements de ce type, représente 30 000 personnes en Ile de France.

Le projet conduit dans le cadre de ce mémoire concerne les résidents des FTM et Rés..Soc. du sud des Yvelines, soit environ 1300 personnes.

Pour ces établissements, la typologie des publics est la suivante

- 47 % de la clientèle est d'origine maghrébine
- 28 % est d'origine sub-saharienne
- 50 % des résidents sont présents depuis plus de 5 ans
- Le vieillissement s'accroît avec un résidents sur deux ayant plus de 55 ans
- Il y a autant d'actifs que d'inactifs sur ces établissements
- 15 % sont chômeurs – 11 % perçoivent le RSA – 20 % sont retraités

1.1 - Adoma, acteur du logement social.

Adoma propose des solutions de logement et d'hébergement aux publics qui traversent des difficultés économiques, d'insertion, ou qui ne trouvent pas à se loger dans le parc immobilier traditionnel, pour des raisons particulières. Véritable outil en faveur de l'insertion par le logement, Adoma inscrit son action dans les politiques nationales et locales de l'habitat.

En tant que bailleur social, nous assurons la maîtrise d'ouvrage comme la gestion locative et sociale : gestion de proximité, adaptée à sa clientèle.

Adoma se mobilise pour accompagner le mieux possible ses publics les plus vulnérables. Un pôle d'ingénierie sociale, dont la Coordination Sociale des Yvelines, développe aujourd'hui des projets destinés à répondre au plus près des besoins de ces personnes : accès aux droits et aux soins pour les plus âgés, insertion des jeunes, accès à la santé et accompagnement dans le parcours de (re)logement, pour les plus précaires ou en situation d'exclusion.

Les usagers en santé mentale, ou ceux qui manifestent une souffrance psycho-sociale, faisant partie de nos publics, ils nécessitent eux aussi une attention et un accompagnement particuliers.

Nos résidents ne sont pas associés au fonctionnement de l'établissement, mais ils doivent, autant que faire se peut, être associés aux projets d'accompagnement mis en place avec les partenaires du secteur. Sur les Yvelines, des médiateurs Santé & Social (voir fiche annexe n°1) interviennent dans ce sens, aux côtés des Responsables de Résidence / et avec les partenaires ou les réseaux du territoire concerné.

Fonctions et rôle du Responsable de Résidence

- Gestion des admissions – entrées et sorties des clients
- Gestion des lots et du patrimoine en lien
- Veille au respect du bon usage du logement et du règlement intérieur
- Veille au respect des procédures de sécurité
- Responsable du recouvrement des comptes clients
- Favorise la constitution des dossiers d'aide sociale
- Impulse la mise en place de dispositifs de solvabilité
- Développe le réseau des partenaires sociaux
- Coordonne les interventions et animations sur son établissement
- Il préside le conseil de Concertation avec les résidents élus

Pour les projets à caractère social ou médical, il travaille en lien avec la coordination sociale du Département et sous l'autorité d'un Directeur Départemental.

1.2 - Le territoire des Yvelines : état des lieux.

Le projet mené dans le cadre de ce mémoire, se déroule sur le Territoire Sud des Yvelines, dans des logements transitoires de type FTM ou Résidence Sociales. Le public accueilli répond à un projet de peuplement défini en fonction des besoins locaux. Il s'agit en général de personnes isolées, majoritairement des hommes, dont les ressources sont < 60% des plafonds HLM (voir annexe n° 2). La durée de séjour n'est pas fixée, néanmoins, ce type de logement est dit transitoire (durée < 2 ans) et doit permettre l'accès au logement de droit commun.

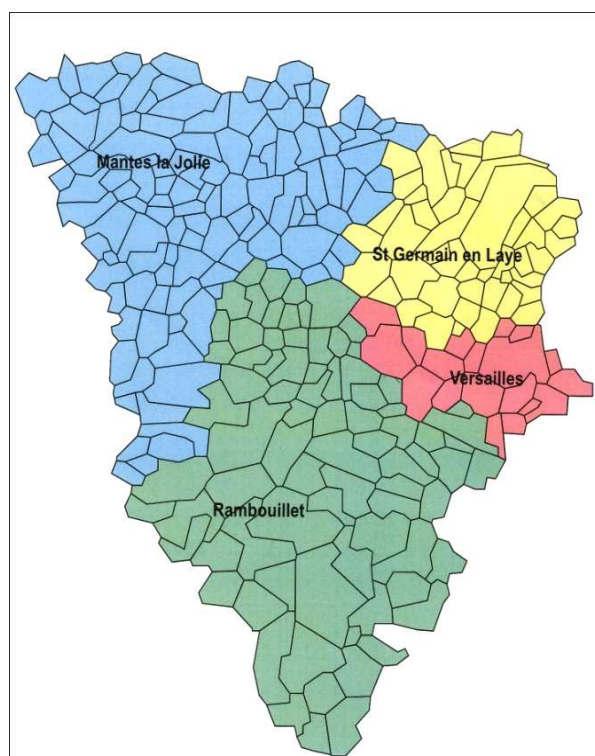
Une enquête ayant valeur de diagnostic social a été menée en 2010 par l'Institut de Promotion de la Santé sur ce territoire : ses conclusions viendront étayer le projet développé dans ce mémoire.

Figure 1 Le Département des Yvelines - IDF

Pour Adoma :

Le Département des Yvelines compte 16 établissements, dont 5 sont situés sur l'agence du Sud Yvelines et sur la Communauté d'Agglomération de St Quentin en Yvelines

- **Trappes** (Résidence Sociale. 300 chambres)
- **Montigny le Bretonneux** (R.S. 200 logts individuels)
- **Elancourt** (FTM 300 chambres)
- **Guyancourt** (FTM 303 chambres)
- **La Verrière** (R.S. 200 logts ind.)



Le partenariat en santé mentale sera donc développé sur ce territoire où est implanté le Réseau de Promotion de la Santé Mentale

Rappel des engagements d'Adoma (provenant de « charte qualité »)

✓ Le bailleur dit pouvoir assurer la garantie de jouissance paisible d'un logement à tous les résidents.

✓ Le bailleur social doit garantir une qualité de service, il est en position privilégiée d'observation et de relais, en tant qu'acteur de proximité.

✓ Le bailleur social qui n'a pas de compétences en matière de santé doit pouvoir et savoir faire face à la réalité de la souffrance psychique. . Il doit savoir, avec les partenaires du secteur mettre en œuvre un projet apte à répondre aux demandes générales et particulières des publics accueillis. Il s'agit des partenaires médico-sociaux et si besoin ceux du secteur psychiatrique

1.3 - Les médiateurs Santé & Social (voir protocole d'intervention en annexe : n° 2)

Depuis 2011, des médiateurs Santé et Social interviennent sur nos établissements pour accompagner les résidents dans leur parcours résidentiel. Cette intervention financée essentiellement par l'ARS, s'inscrit dans le cadre de la loi de 2002 qui rénove l'action médico-sociale via de nouveaux modes d'intervention qui tendent à :

« [...] promouvoir, dans un cadre interministériel, l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets. Elle repose sur une évaluation continue des besoins et des attentes de tous les groupes sociaux, en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées, des publics vulnérables, en situation de pauvreté ou de précarité, et sur la mise à disposition de prestations en espèces ou en nature ». (Loi n° 2002-2 de juillet 2002)

Le projet s'organise sur un territoire, autour de 4 axes :

1/ La position d'acteur favorisée par la mise en mouvement et en responsabilité de l'utilisateur qui participe au processus d'accompagnement.

2/ La notion de territoire, au plus près de ses ressources et engageant des publics ciblés.

3/ Une action croisée des différents champs de pratique (sanitaire, social, logement, insertion...)

4/ Une dynamique de proximité favorisant le rôle de veille et la réactivité. Les aidants ont également un rôle essentiel pour relayer les informations et venir en soutien aux plus

vulnérables. Travailler les liens entre les résidents, les connaître et les favoriser est donc une tâche essentielle sur nos établissements.

Le protocole d'intervention qui a été signé précise les missions ainsi : (cf. annexe : n° 1)

- Veille sociale, repérage des besoins, des demandes et des difficultés
- Information – sensibilisation – orientation vers le droit commun
- Mise en œuvre d'actions de santé : accompagnement individuel et interventions collectives.
- Développement de réseaux, de partenariats.
- Coordination des interventions

LES OBJECTIFS DE CE PROJET

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Redonner à nos établissements leur vocation de logement transitoire permettant d'aller vers un logement plus autonome. - Favoriser et renforcer le lien social, entre les résidents et avec les professionnels. - Lutter contre la précarité qui entraîne une limitation des activités, des capacités, de l'autonomie et au final des possibles. L'accompagnement est le levier essentiel dans une stratégie d'insertion visant à développer une position active et responsable. - Accompagner les personnes en situation d'impayés et/ou de contentieux - Relier les projets de soins, d'insertion, de logement et de vie. Faire des liens entre tous, car l'un ne va pas sans l'autre. Choisir son projet de vie, c'est exercer son libre choix, se positionner en citoyen responsable, c'est avoir une vision, un avenir, un minimum de désir et d'épanouissement. L'accompagnement participe dans ces conditions à une réhabilitation de la personne. - Relier les projets implique de travailler dans une logique de complémentarité d'interdisciplinarité amenant une meilleure coopération entre les différents acteurs. |
|--|

Il s'agit donc de répondre aux besoins d'accompagnement et de suivi des résidents, pour éviter autant que possible l'aggravation de certaines situations sanitaires ou sociales. Mais il s'agit surtout de passer de l'expression du besoin à la perception, même fragile, du désir. L'accompagnement permet alors une coopération entre usagers, bailleur et partenaires.

A ce titre, la présence des médiateurs va faciliter le développement de projets tel que le partenariat en santé mentale avec le R.P.S.M.

Il s'agit aussi de prendre en compte l'impératif social, humain, voire humaniste, en facilitant l'intégration, l'insertion et le soin des personnes les plus démunies, qui n'ont pas toujours les ressources pour y parvenir seules.

1.4 - L'enquête médico-sociale de l'Institut de Promotion de la Santé sur le Sud Yvelines

Une enquête effectuée en 2010 sur nos établissements du Sud Yvelines, dresse un état des lieux de la situation médico-sociale des résidents, permettant d'envisager des actions répondant au plus près des difficultés et besoins repérés. Pour ce faire, un questionnaire directif a été utilisé durant un entretien individuel. (cf. en annexe)

L'objectif de ce travail était de faire une photographie de la population, mais aussi d'identifier les facteurs aggravants qui, cumulés à la précarité sociale, à la pauvreté économique et aux conditions de vie, ne permettent plus aux résidents d'assumer leurs responsabilités et de bâtir un projet.

✓ **Le contexte :** 5 FTM et Résidences Sociales se sont livrés à cette commande pilotée par l'Institut de Promotion Santé sur la CASQY (communauté d'Agglo du Sud Yvelines)

Les CSP et représentations des classes d'âges sont issues des données statistiques d'Adoma

① Trappes - ② Montigny - ③ la Verrière - ④ Guyancourt - ⑤ Elancourt

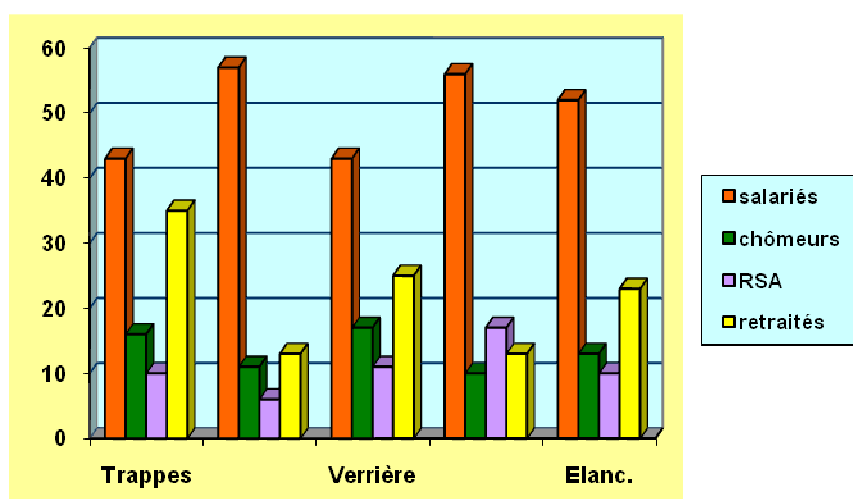


Figure 2 Conditions socio- professionnelles

(relevé effectué au 30.06.2011)

↳ La moitié de nos résidents est sans activité. Cette proportion est relativement constante. Il faut noter une augmentation régulière des retraités et donc des personnes âgées.

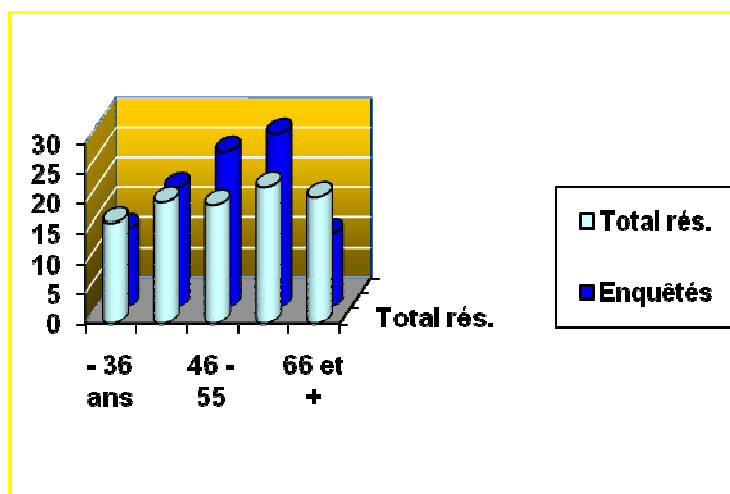


Figure 3 Représentation des âges

↳ La classe d'âge de 46 à 65 ans est la plus représentée, elle regroupe notamment des personnes qui peinent à se réinsérer faute de qualification, en raison d'un parcours personnel ou professionnel parsemé de ruptures, en raison aussi d'une situation atone sur le marché de l'emploi et du logement.

❖ En d'autres chiffres :

↳ Les résidents sont à 94 % représentés par des hommes à 6 % par des femmes

↳ Les français représentent 33.8 % des résidents – autant que ceux originaires du Maghreb –
23.0 % sont originaires d'Afrique sub-saharienne

❖ Résultats de l'enquête IPS en 2010 (environ 1/3 des résidents y a participé)

↳ 36 % sont en France depuis plus de 10 ans

↳ 46 % déclarent n'avoir jamais été scolarisés – 1/3 ne sait ni lire, ni écrire

↳ Selon la classification du CETAF (sigle Centre technique d'appui et de formation : cet organisme assure la déclinaison opérationnelle des orientations nationales de l'Assurance Maladie pour les centres d'examens de santé) pour le score EPICES, 81.5 % sont en situation de précarité.

❖ **Accès à la santé et problématiques repérées :** (suite de l'enquête)

- ↳ 55.0 % ont une mutuelle
- ↳ 15.3 % bénéficient de la CMUc
- ↳ 82.0 % déclarent avoir un médecin référent
- ↳ 18% ont des problèmes de mobilité
- ↳ 26.0 % ont au moins 1 ALD (pathologies cardio-vasculaires : 32 % - diabète 26.0 %)

❖ **Santé mentale :** (suite de l'enquête)

- ↳ 15% déclarent avoir une ALD concernant des affections psychiatriques
- ↳ 61% disent souffrir de solitude
- ↳ 54% ont des troubles du sommeil
- ↳ 23% prennent des somnifères ou des tranquillisants
- ↳ 51% souffrent d'angoisse
- ↳ 34% se sentent tristes ou déprimés
- ↳ 28% consomment de l'alcool
- ↳ 19% disent avoir envie de mourir
- ↳ Parmi eux 5,3% sont suivis par un médecin

Cette enquête révèle que les plus âgés sont les plus exposés, en termes de maladies chroniques, dépendance et / ou souffrance psychique.

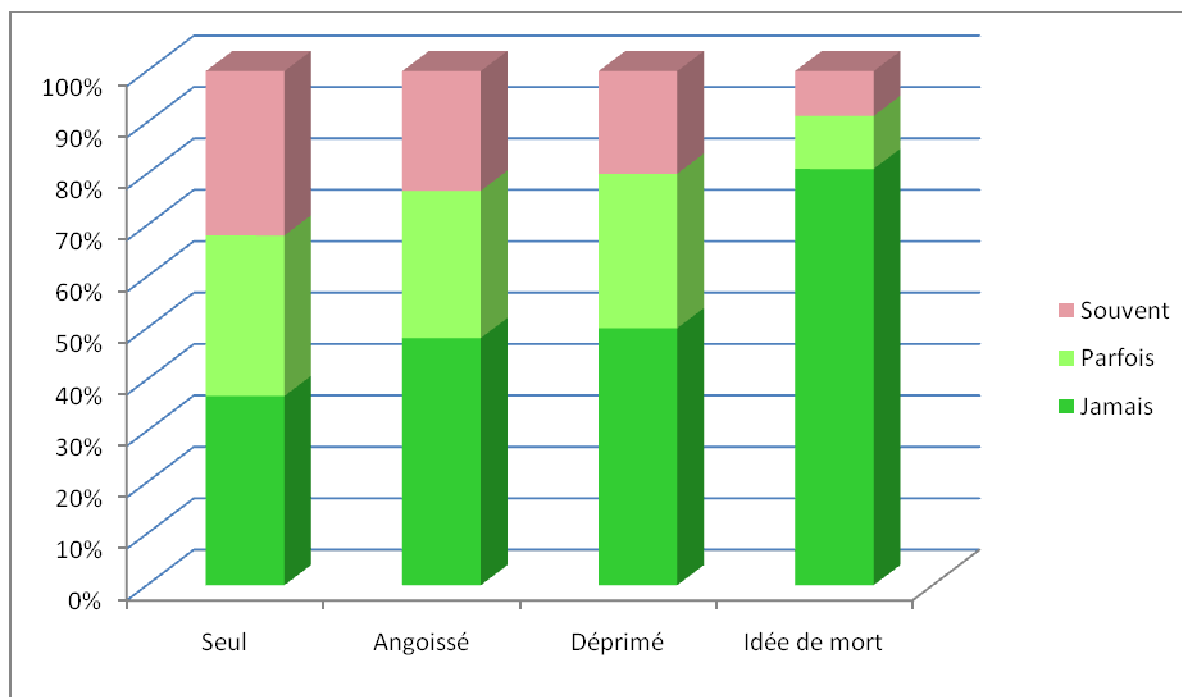


Figure 3 La souffrance psychosociale

La comparaison avec la même enquête datant de 2001, montre une augmentation de la souffrance psycho-sociale, ainsi que du recours auprès des psychologues ou psychiatres.

En 2001 : 15.8 % disaient avoir envie de mourir contre 18.3 % en 2011

En 2010 : 22.9 % disent avoir consulté un spécialiste

↳ 5.3 % déclarent être suivis par un psy.

↳ 54.2 % ont des difficultés de sommeil - 23 % prennent des somnifères.

↳ 28.2 % consomment chaque jour de l'alcool

2 – Problématique

- Cette enquête vient corroborer et actualiser les différents diagnostics sociaux et constats effectués ces dernières années sur nos établissements. Elle permet surtout de clarifier de manière qualitative et quantitative la connaissance des publics accueillis, et de mieux cerner les enjeux médico-sociaux actuels.

- Il ressort avant tout de cet état des lieux que nos résidents les plus précaires, ou les plus exclus du travail, du soin ou des réseaux sociaux sont ceux qui expriment le plus, des formes diverses de souffrance qui parfois se chronicisent.
- La santé mentale dans ses aspects plus ou moins pathologiques, est un enjeu qui doit désormais être pris en compte de manière spécifique, appelant la mise en place de stratégies spécifiques et d'outils d'accompagnement.
- Le développement du partenariat en santé mentale, s'appuyant sur la polyvalence du secteur, et la prise en compte de l'aspect communautaire seront les grands axes du travail à mener dans le cadre de ce mémoire
- Le partenariat, en tant qu'outil d'intervention, sera donc la réponse prioritaire : dans celui-ci s'insère le Réseau de Promotion en Santé Mentale, dispositif horizontal, dynamique et évolutif, basé sur la transversalité des savoirs et des compétences.

Si l'on se réfère à la thèse de B. Deries, [1] il faut entendre par communautaire *la co-construction d'une démarche alliant le diagnostic et le suivi thérapeutique : ce qui suppose une mise en commun des savoirs et la confrontation des expériences* qui n'écarte pas le regard critique et parfois la conflictualité. L'élargissement du cadre de pensée est une nécessité qui permet de dépasser les clivages de la sphère privée et de la sphère publique grâce à des postures professionnelles un peu « hybrides » comme celles que peuvent proposer les médiateurs

2.1 - Constat et analyse des besoins

Les populations en situation d'exclusion, cumulent souvent différentes formes de précarité, et une manière différente d'utiliser les dispositifs de soins, pour plusieurs raisons.

- ✓ Moindre accès du fait de la langue et moindre maîtrise des codes, dans les parcours de santé.
- ✓ La santé non perçue comme une priorité, faibles moyens, manque de soutien dans les démarches, sentiment que la vie a peu de valeur. Pour eux compte tenu des multiples difficultés, l'effort à fournir pour être autonome est énorme, et bien supérieur à l'effort qu'aurait à fournir une personne bien insérée socialement.
- ✓ L'éloignement du monde du travail est aussi une ressource manquante : le regard de l'autre en tant que professionnel, l'exigence de se maintenir en bon état pour travailler et occuper son

poste. Et lorsqu'ils travaillent, sur des emplois peu qualifiés ou difficiles, ceux-ci sont souvent vécus comme un besoin voire un fardeau et non comme une source d'épanouissement, donc avec une motivation en creux.

✓ Le fait de vivre davantage en vase clos, dans un logement très social, avec un public qui partage souvent les mêmes difficultés, les inactifs notamment, éloigne de la réalité et du modèle commun. Il y a souvent une réelle difficulté pour les plus exclus, à s'éloigner des codes et modes de fonctionnement de ce groupe d'appartenance, ce qui se traduit par un isolement supplémentaire et une difficulté à se réinsérer.

Adoma, bailleur social, doit faire face, de plus en plus, à la présence sur ses établissements, de résidents présentant des troubles du comportement plus ou moins chroniques. L'évaluation en nombre de résidents n'est qu'approximative, car elle se réfère aux personnes ayant fait l'objet d'une plainte, d'un signalement, ou d'une procédure. Ce qui est en deçà des chiffres réels. Les professionnels du terrain ont ici un rôle à jouer pour mieux recenser ces évènements.

Ces troubles se manifestent par de l'agressivité, de la violence, des comportements atypiques, ou socialement non acceptés, et in fine peu compatibles avec la vie en collectivité. Sont également repérés, des situations de repli, d'incurie, ou d'isolement extrême, qui, si elles ne se traduisent pas forcément par des troubles du voisinage, peuvent mettre la vie de la personne en danger par manque de soins. Ces manifestations, pour dérangeantes ou inquiétantes qu'elles soient, n'en demeurent pas moins des modes d'alerte au sens où l'entend Jean Furtos [2] : « il est important de comprendre que le trouble, y compris de l'ordre public, est une modalité de visibilisation, en attente implicite de reconnaissance » Soit une autre manière d'exprimer un « *je trouble, donc j'existe...* »

La souffrance psycho sociale, est également en augmentation avec un cortège de symptômes qu'il est difficile de désintriquer. Si l'on s'en tient aux écrits de la clinique psycho sociale comme étant la souffrance psychique qui apparaît sur les lieux du social et qui doit être accueillie en tant que telle, ou encore aux travaux de Lazarus et Strohl [3] le lien entre cette souffrance et la précarité est prégnant. Il s'agirait selon le rapport de Lazarus d'une *vulnérabilité liée au stress du quotidien, à la peur du lendemain, au chômage, à la pauvreté chronique oblitérant toute possibilité de projet d'avenir.*

Les questions qui reviennent de la part de nos professionnels face aux plus fragiles sont le plus souvent : S'agit-il de troubles mentaux ? ou de personnes fragilisées par leur mode de vie ? Comment communiquer avec eux ? Sont-ils dangereux ?

Quels partenaires, vers qui les orienter ? Peuvent-ils être maintenus dans ce type de logement ? Quelles adaptations du côté du bailleur ? Comment travailler avec les réseaux de santé mentale ?

Le rôle d'un bailleur social, est avant tout de veiller à maintenir le calme, et à assurer le respect du règlement et du contrat : paiement, vie collective, entretien du logement, adhésion au projet d'établissement.

La question de l'accompagnement est centrale pour garantir dans les meilleures conditions possibles, la vie collective, et assurer le maintien dans le logement. Au delà de la précarité, de la perte des biens et des protections, la perte des liens sociaux et l'isolement, constituent souvent l'étape décisive vers l'exclusion.

Pour des personnes en difficulté psychique, mentale ou sociale, l'affaiblissement ou la carence des liens primaires va nécessiter de mettre en place des liens secondaires par le biais de l'accompagnement et du partenariat. Pour ceux qui bénéficient d'une curatelle ou d'une tutelle, il existe déjà un lien qui assure un accompagnement et facilite le parcours résidentiel.

L'intérêt du travail des médiateurs, en lien avec le réseau médico-social, est de redonner au résident, une place et une parole qui lui sont trop souvent confisquées par la préoccupation trop gestionnaire du Responsable de Résidence et le temps qui lui manque.

Les médiateurs, par leur positionnement différent, peuvent offrir une disponibilité, une écoute et des réponses nouvelles, plus adaptées aux publics en difficulté.

Le projet communautaire ouvrant sur toutes les ressources du territoire, permet à ce titre de lutter contre toutes les formes d'exclusion :

- **Exclusion sociale** qui se définit ici comme un processus de mise à l'écart de certains segments de la population, par suite de rapports de force entre différents groupes ayant des intérêts et des visions divergents, tant au plan des ressources, qu'au plan des liens sociaux.

Ce constat met l'accent sur la dimension collective et globale de l'exclusion sociale, sur les facteurs sociaux, culturels et économiques qui la sous-tendent.

« la situation des exclus de la société pose la question de la nature du lien social, fondamental et insaisissable, nécessaire à la vie et cependant fragile » [4] (M.F Freynet – *les médiations du travail social* – 2000 chroniques sociales)

L'exclusion renvoie à de nombreuses dimensions qu'il faut prendre en compte.

- **Exclusion symbolique**: par les images et les représentations négatives accolées au groupe d'appartenance ou encore par la négation de la place qu'occupe ce groupe au sein de la société.

- **Exclusion identitaire** : lorsque l'identité de la personne est réduite à un seul groupe d'appartenance : celui qu'elle tente de construire là où elle vit. L'identité professionnelle fait défaut aux inactifs, pour une population de surcroît essentiellement masculine.

- **Exclusion citoyenne** : quand les obstacles linguistiques et des origines nuisent à la participation civique et politique, par une absence ou des difficultés d'accès aux espaces de participation et d'influence.

- **Exclusion institutionnelle** : en cas de difficulté voire d'impossibilité d'accès aux parcours administratifs, de santé, ainsi qu'aux mesures de protection sociale et sanitaire prévues par les institutions et risquant d'affecter les conditions de vie. Il faut préciser à ce titre, que la diffusion du savoir, médical notamment, est plus difficile pour les classes les plus défavorisées, car moins familières de cette culture mais surtout s'y projetant dans un rapport d'autorité pouvant être perçu comme défavorable.

- **Exclusion économique et culturelle** : quand les ressources permettent à peine de subvenir aux besoins de base et encore moins de se projeter dans l'avenir ou dans des projets. La pauvreté n'est pas la précarité, mais elle la favorise au sens où elle réduit le champ des possibles, où elle induit des comportements et fonctionnements particuliers, perte de confiance en soi, en l'autre et en l'avenir.

- **Exclusion des liens sociaux significatifs** : qui se caractérise par l'absence ou la perte durable de liens sociaux, familiaux ou amicaux. La conscience de soi implique la reconnaissance de soi par autrui et d'autrui par soi-même. Les plaintes dont nous entendons l'expression notamment pour ceux dont le parcours d'insertion reste difficile, nous révèlent les sentiments à l'œuvre : la culpabilité bien sûr face aux situations d'échec, mais surtout la honte, honte, dont le tribut est lourd à payer lorsqu'elle mène à l'exclusion, à la marginalisation quand ce n'est pas, dans le pire des cas, à la désintégration psychique. Pour

chacun de nous il n'y a peut-être rien de plus concret, de plus "**naturel**" que son propre corps. Ce dernier est même très souvent une sorte de dernier rempart devant la désintégration psychique. Depuis longtemps les approches psychopathologiques et cliniques ont démontré la distinction nécessaire entre *schéma corporel et image du corps* [5] et qu'après Mauss de multiples travaux ethnologiques ont décrit les relations complexes entre image du corps et représentations du monde. Sans doute y a-t-il ici matière à réfléchir pour favoriser certains remaniements psychiques en substituant à la confusion déstructurante de la honte, une culpabilité laissant entrevoir un champ de réparation.

- Exclusion territoriale : quand la personne se trouve reléguée à des espaces isolés de la vie sociale et/ou par la perte de contrôle sur son milieu de vie. Force est de constater que nos logements sont souvent acceptés par défaut, et qu'y venir après un parcours jalonné de ruptures, d'échecs, ou encore dans le cadre de l'exil ou de la migration peut amener l'expression de toute une psycho-pathologie telle que la définit A. Yahyaoui [6]

Toutes ces formes d'exclusion renvoient au concept de reliance et au respect de la différence. Elles renvoient aussi à une pensée qui peut évoquer la philosophie de E. Levinas [7] Celle-ci se fonde sur « *une conception de l'être humain qui n'est pas asservie à l'autre, mais libéré de lui. Et ce qui est tragique n'est pas tant le pouvoir exercé par autrui que l'enchaînement du moi à lui-même* ». Si la relation sociale, c'est d'abord le miracle de sortir de soi, on voit bien comme peut être difficile ce chemin pour certains souffrant de troubles de santé mentale.

2.2 - Le partenariat avec le Réseau de Promotion de la Santé Mentale (RPSM)

Le RPSM a été créé en 2000, à l'initiative du Professeur Hardy Baylé. Ce réseau regroupe 5 établissements de soin : l'Institut M. Rivière – MGEN- établissement privé participant au service public hospitalier, le Centre Hospitalier de Versailles, l'Etablissement public de Santé Charcot et 3 associations de professionnels libéraux (GYPSY pour les médecins généralistes – PSYLIB pour les psychiatres – APCY pour les psychologues)

Le but du réseau est que chaque patient présentant une souffrance psychique, en lien ou non avec un trouble mental avéré, puisse obtenir la réponse la plus adaptée à son besoin, dans le plus court délai. Créé au début en tant que réseau adultes, le RPSM 78 s'est ouvert, à la prise en charge des enfants. Il fonctionne aujourd'hui selon certains principes fondateurs :

- › Tout besoin appelle une réponse : cette réponse doit être conçue de manière partenariale
- › Pour chaque action des responsables doivent être identifiés

► Une réflexion pluri-professionnelle sur l'évolution des compétences des différents acteurs doit accompagner ce travail

En partant d'un partenariat d'initiative, c'est-à-dire partant d'une volonté de travailler ensemble sur un diagnostic partagé, nous nous sommes fixés comme objectif d'élaborer un partenariat d'action, traduisant cette volonté par des stratégies qui mutualisent les compétences et coordonnent la mise en œuvre du projet. Les objectifs faisant l'objet d'une convention de partenariat en sont les suivants : suivants : (cf. en annexe 3 et 4)

- Développer un partenariat opérationnel avec le RPSM sur nos 5 établissements : résidences sociales et FTM du Sud Yvelines, pour les résidents ayant des troubles psychiques.
- Faciliter l'accès à nos logements sur le territoire pour ces personnes. Améliorer leur accueil et la prise en charge médicale à domicile, et s'engager à suspendre les procédures d'expulsion en phase de soins aigus.
- Favoriser la transdisciplinarité en travaillant ensemble : bailleur / santé / social / usagers en santé mentale.
- Favoriser l'information, la formation, la diffusion interne des savoirs et des savoir-faire, l'ouverture aux « bonnes pratiques ». Le décroisement, la supervision, le développement et la démarche d'évaluation sont les supports d'une stratégie globale d'intervention, où l'encadrement technique devient indissociable de l'encadrement hiérarchique. Des réunions seront proposées aux résidents sur différentes thématiques autour de la santé. L'objectif est de les amener à prendre en compte leur santé, leur corps, à initier des démarches dans ce sens, à sensibiliser à l'aspect préventif.

2.3 - Méthodologie

Une démarche communautaire, s'appuyant sur toutes les ressources du secteur sera ainsi développée et mise en œuvre.

Par là s'entend une démarche (trans-disciplinaire), s'appuyant sur une éthique (de justice sociale), capable de proposer non pas une structure de soin mais un système ouvert s'adressant en priorité aux personnes les plus vulnérables et cherchant à promouvoir la santé. C'est donc un partenariat d'initiative dont la stratégie est de mutualiser les forces et de coordonner les actions, au profit d'un usager lui-même associé à la démarche.

Ancrage théorique de la notion de communautaire

Le but est aussi de favoriser à travers ces actions croisées, le lien social et d'amener les résidents à davantage s'impliquer et se prendre en charge en matière de santé.

Toutes les études convergent pour dire que les inégalités de santé sont le plus souvent le reflet des inégalités sociales et que la souffrance psychosociale est l'un des déterminants de la précarité. La question qui reste posée est de savoir si la psychiatrie fait partie de ces enjeux. L'hôpital est un lieu de soin et non de vie, mais le malade, dit stabilisé par les soins, n'a pas forcément les habiletés sociales lui permettant d'être autonome.

Nous sommes là au cœur de nos difficultés quotidiennes, avec des résidents pas assez malades pour aller à l'hôpital, pas assez autonomes pour occuper nos logements, et pas assez marginalisés pour intégrer un hébergement d'insertion de type CHRS. C'est ce constat qui nous a amené à nous tourner vers l'ARS pour mettre en place le dispositif d'accompagnement des médiateurs. Le partenariat avec le RPSM et les acteurs de santé du territoire a vocation à répondre à ces besoins de prise en charge y compris dans les cas d'urgence avec l'intervention possible d'une équipe mobile.

C'est donc en installant un travail concerté en réseau, avec les acteurs et les ressources du territoire dont les élus, que nous parviendrons après des temps de réflexion en commun, à trouver des réponses adaptées et évolutives. Ce travail doit aboutir à une charte de coopération entre les acteurs sanitaires, sociaux et les bailleurs. C'est le chemin sur lequel nous sommes engagés.

Notre travail, s'il aide l'autre en difficulté à penser les situations auxquelles il est confronté, doit aussi nous amener, nous professionnels, à penser la complexité des processus à l'œuvre et à sortir d'un discours trop technique ou trop normatif.

3 - Pratiques à la croisée du médical et du social

3.1 - Repérer les difficultés : le rôle de veille et d'alerte

L'identification des situations relevant d'une problématique de santé mentale, est essentielle pour être à même de prévenir ou de la traiter le plus tôt possible. La capacité du bailleur et

donc du responsable de résidence, ne va pourtant pas de soi, en raison d'une implication qui varie en fonction de la formation et de la personnalité du Responsable de Résidence.

Toute situation de crise ou d'urgence est par définition difficile à anticiper. Les professionnels sont dans ce cas confrontés au stress, à la peur, et doivent les gérer comme ils peuvent avec les moyens dont ils disposent. La tentation des hospitalisations sous contrainte (H.O. ou H.d.T) est fréquente, mais souvent inadaptée et de toute façon lourde de conséquences pour la personne en cause comme pour le bailleur si la personne réintègre son logement après l'hospitalisation.

Les questions de toute façon restent nombreuses :

- La prise charge relève t- elle du médical ou de la tranquillité publique : appeler la police ou les pompiers ?
- Comment obtenir l'engagement de la personne dans la démarche de soins ? Faut-il passer d'une attention portée à la personne à une attention portée à sa santé, tout en respectant sa singularité et sa globalité ? Quels sont les indicateurs qui doivent alerter en matière de santé ?
- Un état de santé satisfaisant, mais pour qui ? Pour le malade, pour les soignants ou pour la société, quand ce n'est pas pour les représentants politiques. Peut-on faire le bien des personnes contre leur gré ? Le refus de soin est fréquent. Comment le dépasser ?

Préconisations

≡ **Préciser la mission du personnel** dans ce rôle de veille et d'alerte, car l'écoute, l'observation, la présence ne peuvent suffire. Le parcours de formation et d'expérience ne permet pas toujours d'avoir la bonne attitude. Pour autant le responsable doit être légitime dans sa démarche de recueil d'information, de transmission et d'action.

Il serait donc utile de mieux définir les critères communs de veille et d'alerte (par un outil commun tel qu'une fiche de signalement) pour unifier les pratiques dans un même cadre. Il est également important de communiquer les relais internes et externes, ce qui permet de vérifier à quel niveau est traité le problème et comment le bailleur s'engage dans sa mission de veille sociale.

≡ **Accompagner les professionnels du terrain** : car même en précisant clairement le rôle de chacun, en matière de veille et d'alerte, la souffrance psychique des personnes est déposée

dans la relation professionnelle et peut créer un malaise, de la peur, voire des tensions. La prise de recul est indispensable pour éviter de trop grandes résonances avec l'histoire personnelle. L'encadrement, l'échange de pratique, la supervision sont des aides précieuses. L'intervention d'une équipe de liaison comme celle du RPSM opère dans ce sens.

≡ **Sensibiliser le personnel** : par des temps d'échanges, formels ou non, par des réunions permettant le retour d'expériences, la transmission d'outils de compréhension et de moyens d'action. Et pourquoi ne pas envisager de consacrer une journée chaque année, sur un thème choisi, pour débattre, échanger avec des intervenants du champ médico-social.

3.2 - Savoir qualifier et quantifier la situation

Le rappel du bailleur : lorsqu'il est confronté à des troubles graves, des mises en danger, à des troubles de santé mentale nécessitant une intervention, le responsable doit engager une responsabilité relevant de sa compétence. (rappel au règlement – procédure – etc...).

La formalisation laisse une trace via un courrier, un mail, ou une fiche de suivi. Le signalement par un outil interne centralisé permet le recensement des événements et de cibler les établissements les plus difficiles. Le document FVA (fiche de veille et d'alerte) doit être utilisé sur chaque établissement, elle permet une traçabilité des événements qui jalonnent le parcours résidentiel.

Les travaux du professeur Parquet et de l'Observatoire National des Pratiques en Santé Mentale et Précarité (ONSMP-ORSPERE) proposent une distinction entre : *les personnes présentant des troubles mentaux caractérisés impactant de façon importante la vie sociale, familiale, professionnelle, et requérant des soins adéquats inscrits sur le long terme, les personnes ne relevant pas de la maladie mentale, mais d'une « souffrance psychique », requérant un large spectre d'interventions médicales, sanitaires, sociales, relationnelles, etc...*

Préconisations :

≡ **L'intervention d'une équipe mobile** pour des situations bien repérées et de crise, serait hautement sécurisante pour les professionnels comme pour les résidents. Le partenariat avec le RPSM doté d'une équipe mobile de psychiatrie est un plus pour aller à la rencontre des malades et soutenir les professionnels, dans les moments de crise.

≡ **Le retour d'expériences** avec des psychologues le travail d'Intervision, mais aussi l'apprentissage de la gestion des conflits ou de savoir « profiler » les résidents à risque.

⊖ **Définir un protocole d'intervention** du bailleur clarifiant pour les partenaires la procédure en interne. Mais il faudra l'aval d'un professionnel pour apprécier la situation et éviter toute attitude discriminatoire (certaines maladies mentales ont pour traitement le rappel régulier à la loi : c'est une conception idéologique qui fait elle-même débat).

⊖ **Savoir apprécier la complexité de la situation**, ce qui nécessite de posséder l'historique du suivi et des interventions. Une trace doit être conservée, grâce à un dossier de suivi, permettant d'évaluer les actions engagées.

⊖ **Se doter d'une grille d'analyse de la situation**, pour une meilleure compréhension en nommant clairement l'origine, les causes, et les conséquences des troubles. Cela permet aussi aux professionnels d'avoir un outil commun sur des données plus objectives.

⊖ **Recenser les troubles liés à la santé mentale**, pour en observer le traitement : résolution ou non du problème, sollicitation de partenaires, dans le but d'apprécier la pertinence de l'intervention. Cela permet aussi d'initier des démarches en vue d'améliorer les interventions : développement de nouveaux partenariats, renfort des équipes.

⊖ **Réaliser des diagnostics partagés** avec les acteurs compétents du territoire. Pour ce qui me concerne, j'ouvre le plus possible les portes de nos établissements aux partenaires. . Il est important qu'ils voient ces lieux de vie et qu'ils écoutent en direct la parole de nos résidents. La pensée communautaire s'initie sans doute dans cette rencontre inaugurale où chacun prend la mesure de ce qui est, et de ce qu'il est possible de faire.

⊖ **Se doter d'une charte d'intervention** pour développer les bonnes pratiques.

3.3 - Le rappel au bail

Cette procédure existe, elle permet de rappeler la responsabilité du résident quant au respect de la jouissance paisible du logement. Celle-ci s'intègre dans la démarche d'accompagnement sur la question des règles de vie, des repères, de la capacité à vivre en collectivité.

Il est important que les professionnels sur le terrain aient un outil qui légitime leur action et permette de mobiliser les partenaires (médecins – forces de l'ordre – élus)

3.4 - La dimension communautaire

Pour toutes les situations difficiles, complexes, introduisant la maladie psychique notamment, il est indispensable d'avoir des relais extérieurs et des ressources externes. Si c'est avec la

santé mentale, il existe des cellules de coordination sur les situations complexes en général sans forcément de dimension psychique (Grasse, Aubervilliers par exemple)

Ces ressources peuvent être institutionnelles, relationnelles, associatives...etc. C'est en échangeant sur les événements avec celles-ci que l'on peut prendre du recul sur ce qui se passe, grâce à un regard neutre et porteur d'une autre compétence. Cela permet aussi d'éviter la tentation de tout régler par soi-même, au risque de s'isoler sans possibilité de remaniement des pratiques.

Préconisations :

⊖ **Solliciter tous les acteurs qui peuvent l'être** : famille – voisinage – les élus et les services municipaux – les travailleurs sociaux du territoire – le médecin traitant – les organismes tutélaires – le secteur public de psychiatrie – les équipes intersectorielles spécialisées – les acteurs de l'accès aux droits des usagers en matière de santé (PASS – PRAPS) – les associations d'usagers et de familles d'usagers (FNAPSY – UNAFAM)

⊖ **Construire des outils communs** : face à la diversité des problématiques, et face à l'offre partenariale très riche sur le territoire de la CASQY, il est indispensable d'avoir un accès au réseau internet, ou tout ce qui permet de connaître les dispositifs institutionnels du secteur afin d'optimiser les interventions pluridisciplinaires. (champ social – médical – santé mentale).

⊖ **Travailler en réseau** et pour ce faire élaborer des conventions de coopération : c'est ce qui fera fait dès sept. 2011 avec le RPSM (cf. en annexe) Ce qui veut dire construire un système organisé, capable d'intervenir et/ou de se réunir sur la base d'un problème commun à résoudre.

⊖ **Raisonner et élaborer dans la durée** : le travail en réseau nécessite de se connaître et de se comprendre avant de travailler ensemble. C'est ainsi que plusieurs rencontres ont eu lieu sur les Yvelines avec différents intervenants du réseau en sachant que les cultures professionnelles sont éloignées et qu'il faudra du temps pour aller dans la même direction avec un esprit de coopération. . La dimension de conflictualité et d'instrumentalisation est inévitable dans le travail de partenariat. L'objectif est de fournir un cadre pour rendre publique cette conflictualité et la travailler, ce qui réduit les risques d'instrumentalisation.

≡ **Optimiser les moyens** : pour cela il faut organiser, harmoniser et rationaliser les démarches. La recherche collégiale, par le croisement des points de vue, rend plus facile la mise en place des articulations entre les différents modes d'intervention. Les « **points de secteur** » associant la ville, les médicaux, le CMP, l'hôpital sont des dispositifs à développer. Ils commencent à se mettre en place sur le 78, notamment à Mantes la Jolie à Guyancourt ou à Trappes. Il faut préciser que le but n'est pas de travailler sur les cas d'urgence, mais plutôt de se concentrer sur des troubles pour lesquels on peut encore faire participer le résident responsable. L'enjeu est donc d'en faire un partenaire responsable, qui va participer à l'élaboration de solutions.

3.5 - Les conditions pour réussir le partenariat

Le partenariat est une démarche qui demande du temps pour la réflexion, pour préparer le terrain et donc tous ceux qui seront concernés, pour élaborer un projet commun dans lequel chacun se retrouve, pour échanger afin de mieux se connaître et d'avoir le désir d'une co-construction.

Préconisations :

≡ **Accepter un changement de posture professionnelle** : le décloisonnement inhérent au partenariat suppose de savoir accepter des points de vue différents, issus d'une autre culture, et parfois un regard qui bouscule quelques certitudes.

Il faut également modifier le rapport au temps : celui du bailleur qui est souvent dans l'instant et sa difficulté présente, et celui du champ médico-social, qui demande l'adhésion aux soins, à la démarche d'accompagnement sans lesquelles rien n'est possible.

De même le temps est souvent considérable entre la demande d'un placement et la réponse d'un établissement spécialisé.

≡ **Elaborer un projet dans la durée** : parce qu'il exige une relation de confiance réciproque de tous les participants, le partenariat doit s'ériger sur des fondations solides et une construction progressive conforme aux attentes de chacun. Il est important d'identifier d'abord les ressources, les expériences déjà menées, les écueils rencontrés, avant de se formaliser le travail dans une convention. Les engagements doivent être clairs et acceptés de tous. Les équipes doivent donc exprimer leur adhésion et leur engagement dans ce travail commun.

≡ **Définir les rôles et les contributions** : la dynamique partenariale suppose que chacun clarifie sa contribution à l'analyse et à la résolution des situations. Le bailleur signale le problème qui sera traité par le réseau de santé mentale, mais pour autant aucun ne peut assumer sa part sans la relier au travail de l'autre. Il faut donc un langage commun et continu pour élaborer une démarche cohérente.

≡ **L'esprit communautaire** : Selon la Thèse de Béatrice Deries [1] il implique la prise en compte de toute une « connaissance profane » de la part des professionnels (issue d'acteurs très hétérogènes) , *ce qui n'est pas sans bouleverser les pratiques mais aussi les enrichir.* Par ailleurs, l'augmentation des problématiques de santé dans l'espace social ouvre un nouveau champ de réflexion et d'action se travaillant au plus près du contexte urbain, d'où la qualification de santé communautaire. Celle-ci permet de traduire des questions dites sociales en questions de santé et de passer du collectif à l'individuel.

Il implique la prise en compte de toute une « connaissance profane » de la part des professionnels (issue d'acteurs très hétérogènes), ce qui n'est pas sans bouleverser les pratiques mais aussi les enrichir. Par ailleurs, l'augmentation des problématiques de santé dans l'espace social ouvre un nouveau champ de réflexion et d'action se travaillant au plus près du contexte urbain, d'où la qualification de santé communautaire. Celle-ci permet de traduire des questions dites sociales en questions de santé et de passer du collectif à l'individuel.

A maintes reprises, dans l'accompagnement de nos résidents, nous avons pu constater que la question de l'insertion sociale ou professionnelle passait d'abord par une prise en charge sanitaire, ou encore que favoriser leur autonomie dans les démarches de soin était vecteur d'insertion.

Le travail d'accompagnement individuel et les actions collectives de nos médiateurs reposent sur cette synergie entre « santé » qui engage le rapport à soi et « communauté » qui engage le rapport à l'autre. Autrement dit les liens à construire sont plus importants que les liens existants.

4 - La notion d'habitat

La difficulté majeure pour certains résidents, est qu'ils n'entretiennent plus de dialogue avec leur corps. Déficit de contact, oubli du corps, contradiction ou double tension entre la

survalorisation, voire l'exhibitionnisme du corps, et le déni ou l'incurie d'un corps à l'abandon.

Le travail de Valérie Colin (ONSMP) [9] permet à ce titre d'enrichir la dimension sémantique du terme « habiter » :

« Habiter » est plus complexe qu'être hébergé ou posséder un logement, habiter est un processus, un processus spécifiquement humain. »

Son étude conduit à penser que certaines conditions psychiques, comme pouvoir habiter son corps, son identité, son histoire, semblent nécessaires avant de pouvoir habiter un logement

L'apparition de symptômes psychiques et/ou somatiques lors de l'accès au logement pourrait traduire *une rupture de l'homéostasie biopsychosociale*. Dans nos expériences de bailleur social, il s'agirait dans ce cas d'une période de vulnérabilité pouvant être repérée dans un rôle accru de veille.

Cela amène à postuler qu'habiter un logement, en faire un « chez soi », nécessite des conditions préalables, des pré-requis, comme pouvoir habiter son corps, son identité, sa pensée, son histoire, sa filiation. Habiter un lieu devient possible si le processus de s'habiter soi-même en tant que sujet est suffisamment libre, non entravé.

Quel est le rôle du codage culturel, inscrit dans le corps et dans la langue, qui fait que le monde se lit et se dit d'une certaine manière, créant un rapport au monde et à l'autre qui se traduit par des dissonances, des incompréhensions voire des tensions ou des ruptures dans le lien.

Ce constat amène à penser qu'il peut exister une corrélation entre le soin, et le fonctionnement social. Ceci peut se vérifier dans la rencontre, dans le dialogue, où apparaissent les zones de disjonction. Il faut alors parvenir à se décentrer pour rentrer dans le monde de l'autre et revenir au nôtre. Mais pour cela il faut aussi que les professionnels soient capables de se distancier d'eux-mêmes, de leurs objectifs, sans les oublier pour autant. Comment face à des paroles ou des actes violents, ne pas réinjecter de la violence par les mots ou les décisions non négociées. L'accompagnement des professionnels, de ce point de vue, est nécessaire.

Préconisations

⇨ **Favoriser l'appropriation du logement** : inciter le résident à personnaliser son logement, à en prendre soin. Le travail mené sur la ville de Trappes dans le cadre d'une Gestion Urbaine de Proximité permet d'y contribuer en améliorant le cadre de vie.

€ **S'appuyer sur le partenariat** : c'est dans les moments de crise qu'il prend toute sa pertinence et son caractère indispensable car l'habitude de travailler ensemble va faciliter la prise en charge. Cette décision peut alors se prendre de manière concertée, ce qui la rend plus légitime et plus fiable. Le suivi sera également plus rapide à mettre en place.

Etude de cas n° 1 : un résident de 58 ans, sous tutelle, fait parler de lui depuis plus de 4ans sur un foyer : troubles du voisinage, jet de bouteilles par la fenêtre, chambre insalubre, début d'incendie avec un mégot, exhibitionnisme et troubles à l'ordre public... La situation devient de plus en plus préoccupante notamment concernant l'hygiène et les plaintes des voisins qui ne le supportent plus. Il est désormais victime de maltraitance et incapable de se défendre.

Des signalements ont été faits, des réunions de synthèse avec les assistantes sociales du secteur et la tutrice, des demandes de placement, qui sont restées sans suite.

Au moment où une place est trouvée dans un établissement spécialisé permettant un accompagnement, ce résident est introuvable et lorsqu'il réapparaît deux mois plus tard, la place n'est plus disponible. Rapidement, la situation se dégrade à nouveau. Une demande d'H.O. est faite, mais restera sans suite : la raison invoquée est qu'il n'y a pas de danger imminent, même s'il y a eu, à maintes reprises des mises en danger.

Aujourd'hui, le seul changement est celui de tutrice, l'organisme tutélaire ayant été dessaisi de ce dossier après la demande d'H.O. Le travail repart de zéro et 4 années se sont écoulées quasiment sans accompagnement pour ce résident dont l'état s'est dégradé.

Réflexions à mener



Comment éviter que le résident ne devienne captif d'un logement qui n'est plus adapté ?

Du fait de la politique de dés-hospitalisation, conduite depuis de nombreuses années, et réservant les lits en hôpital aux seules périodes de crise et d'urgence, du fait aussi des progrès des multiples thérapeutiques et notamment des neuroleptiques, la plupart des personnes malades psychiques ne sont plus à l'hôpital. Celles-ci, suivies par la psychiatrie du secteur peuvent vivre chez elles dans un logement plus ou moins ordinaire, allant de l'appartement

associatif, de l'appartement thérapeutique au foyer médicalisé, en passant par toutes les autres structures de type : maison relais, accueil familial thérapeutique, appartements associatifs... etc.



Comment diriger vers le soin les résidents qui manifestement en auraient besoin ?

Leur maintien ou l'accès dans nos logements appelle de fait un accompagnement renforcé et un suivi médical qui rend indispensable le partenariat. Ce dernier doit se construire dans une démarche de réflexion, de compréhension des besoins et de réponses mutuelles à élaborer. Celles-ci doivent être graduées, adaptables dans le temps, en fonction de la situation globale de la personne.

L'accompagnement a pour objectif de réduire l'isolement et de soutenir les parcours résidentiel et de soins. A ce titre, la présence de médiateurs sur nos établissements, facilite ce partenariat.



Comment orienter le résident vers un établissement médico-social plus adapté ?

Nos établissements n'ont pas vocation à être pérennes, et moins encore pour ces populations qui n'y trouvent pas le calme et le soutien social dont elles ont souvent besoin. Les maintenir peut aggraver les difficultés et les éloigner de soins qui seraient plus adaptés, offrant notamment compétences élargies et plus de soutien global. Là encore la demande est rarement exprimée, le résident s'est adapté à ce mode de vie sans le remettre en question et se sent peu apte à en changer.

5 - Le maintien dans le logement

Adoma, bailleur social, est confronté de plus en plus à la présence de personnes présentant des troubles de comportement qu'il ne parvient pas à traiter seul pouvant se manifester par de l'agressivité, de la violence, des comportements atypiques ou socialement inacceptables. De même pour des situations de repli, ou d'incurie laissant très démuni.

S'agit-il de malades mentaux ? ou de personnes fragilisées par leur parcours et leur conditions de vie ? Quels partenaires pour la résolution ou l'amélioration, pour permettre le maintien à domicile ? Comment organiser le partenariat ? Comment maintenir le calme et la sécurité sur le lieu de vie ?

5.1 Principaux cas de figure – études de cas

Au départ, la situation est révélée par des plaintes des voisins : troubles répétés - comportements inquiétants – insultes, voire menaces – problèmes chroniques d’hygiène, voire d’insalubrité.

La régulation de la vie collective amène le bailleur à utiliser les procédures usuelles, visant à responsabiliser le résident et à respecter son engagement lié au contrat de résidence et au règlement d’occupation des lieux. Revient alors la question du libre choix d’un logement, de son territoire et en quoi ces choix traduisent « *l’état des lieux psychiques signant l’appartenance à la famille et les attaches qui, pour une large mesure, construisent l’identité de chacun, elle-même nourrie par la solidité de l’identité collective* » [10] A. Eigner

Le rappel au règlement est souvent inopérant pour résoudre le problème et rétablir le calme. La difficulté pour le bailleur est en fait de comprendre les motifs de cet échec et de faire la part des choses entre le résident de mauvaise foi, parfois provocateur, ou qui règle ses comptes avec d’autres , et ce qui peut être lié à un problème de souffrance psychique ou de trouble mental qui se manifeste parfois à bas bruit.

Le bailleur est tenu néanmoins par le voisinage, à trouver rapidement une solution.

Etude de cas n° 2 : dans une résidence des Yvelines un homme de 47 ans percevant l’AAH depuis plusieurs années, tient souvent un discours menaçant dont les résidents se plaignent parfois lorsqu’ils rencontrent le responsable. Celui-ci prétend avoir un sabre dans sa chambre, mais personne n’a pu le vérifier. Lui-même se plaint souvent de ses voisins, trop bruyants, qui l’insulteraient. Jusque là, rien de très grave, voire des faits presque banaux si tant est qu’ils ne sont pas isolés, qu’ils se multiplient et finissent par éroder l’attention et les réactions.

Il aura fallu un jour une manifestation beaucoup plus inquiétante d’agressivité entraînant la panique d’un voisin, pour appeler la police.

- **Retour sur expérience** : quand on interroge le responsable, il reconnaît que ce résident à toujours eu un comportement étrange, voire parfois difficile. Que les relations avec lui sont difficiles, qu’il a toujours été « un problème » au sein de la résidence. Mais que rien n’a réellement été fait jusqu’à ce jour où l’incident a eu lieu. Qu’il est un résident qui par ailleurs paie correctement sa redevance.

Etude de cas n° 3 : dans un FTM des Yvelines un résident de 37 ans se présente à l'accueil dans un état qui laisse penser qu'il ne se lave pas, et ne se change pas. Quelle que soit la saison et le temps, il porte le même bonnet, les mêmes vêtements. La chambre est à l'image de son résident : saleté, odeurs, cafards. Les voisins tolérants au début sont désormais exaspérés, ils réclament son départ et disent que sa place n'est pas ici. Etant sous tutelle, l'organisme a été prévenu, s'est déplacé, mais rien n'a changé. Le CMP dit avoir suivi ce Mr mais que cela n'a pas duré car le résident a souhaité arrêter.

Pas de soins, pas de suivi, un résident qui passe ses journées enfermé dans sa chambre, l'œil hagard, et consommant régulièrement du cannabis. La responsable du Foyer dit se sentir démunie et gère au cas par cas les plaintes des voisins. Une demande de prestation complémentaire est sollicitée auprès du Conseil Général pour obtenir des heures de ménage.

- **Retour sur expérience** : un résident dont l'histoire est peu connue, il ne dialogue avec personne, reste dans l'isolement et le repli. Les problèmes d'hygiène corporelle et l'absence d'entretien du logement révèlent une situation globalement déficitaire (cumule de troubles psychiques, somatiques et comportementaux). Les actes de la vie quotidienne semblent difficiles à accomplir. Ce Mr aurait connu un temps d'errance et manifeste aujourd'hui des conduites et des troubles psycho-sociaux liés sans doute à l'exclusion et à son mode de vie. Accueilli sur cet établissement il y a deux ans, son état s'est dégradé, mais n'a suscité aucune prise en charge particulière jusqu'à cette plainte des voisins. Aucune visite à ce jour de la tutrice, ni de suivi médical.

5.2 La position du bailleur

Ces situations, souvent connues et contenues par le bailleur, sont reconsidérées à l'aune des plaintes ou incidents qui tôt ou tard se produisent. Elles soulèvent un nombre considérables de problèmes, tant du côté des résidents (dégradation de la sécurité, des conditions de vie, de l'image du foyer), que du gestionnaire (mécontentement répété, dégradation des lieux, mobilisation des partenaires), que du résident lui-même (aggravation de l'état et de son isolement)

Dans ces deux cas, la question pour le bailleur est de trouver des partenaires qui l'aideront à comprendre mieux la situation et à trouver l'accompagnement le plus adapté à la situation.

Constat dans ce type de situation :

- La situation n'est pas nouvelle, c'est son aggravation qui déclenche l'action
- C'est donc souvent dans des situations de crise que le problème est posé.
- Le bailleur cherche dans un premier temps à décoder l'origine de la difficulté
- Puis il cherche avec ses propres outils, des voies d'amélioration
- Il cherche ensuite les appuis partenariaux qui pourraient l'aider. Mais les réseaux trop souvent ne sont pas construits en amont.
- Ces difficultés, surtout si elles se répètent, mettent le gestionnaire en difficulté : il doit gérer en fonction de ses capacités personnelles, dans une posture qui peut aller de l'écoute bienveillante à une attitude de rejet ou d'indifférence.
- Le personnel se sent souvent dépassé ou démuné, alors même qu'il supporte la demande réitérée, voire vindicative des voisins afin de trouver une solution.

Ces questions interrogent donc la déontologie et l'éthique du gestionnaire, mais aussi les limites de son champ d'intervention et de sa posture professionnelle. Il doit faire face à de multiples situations dont la répétition de troubles qui alourdissent la gestion quotidienne. Ces errements ne sont pas neutres dans l'usure de nombreux professionnels, dont le sentiment d'impuissance ou d'échec nuit à la motivation.

Le bailleur est conscient que même dit « social », il n'a pas la compétence pour faire face à toutes ces situations. Il est donc indispensable qu'il ait au préalable tissé des liens de coopération avec le réseau adéquat.

Face au monde médical, le bailleur ne se sent pas toujours légitime ou apte pour en interpeler les acteurs. Cette volonté sera donc très dépendante de la personnalité et du parcours professionnel du gestionnaire. Elle dépendra aussi de sa sensibilité à la question sociale et humaine. Mais au-delà de l'aspect formel du travail mis en œuvre avec les partenaires, il ne faut pas négliger l'aspect relationnel sur l'établissement, c'est à dire la capacité pour le responsable à engager le dialogue, à faire face à la souffrance du résident, à apaiser les conflits, à maintenir le lien avec les résidents, à ne pas se replier dans une position purement gestionnaire et procédurière. En d'autres termes, au-delà d'une jouissance paisible du logement, le gestionnaire doit aussi être capable d'exercer une véritable qualité de communication, et savoir ajuster son mode de relation à la personne et à la situation qui se présentent.

La question de l'appropriation du logement est un thème qu'il nous faut retravailler car elle au centre de nombreuses difficultés dans la gestion quotidienne : non respect du cadre de vie, problèmes d'hygiène, voire syndrome d'auto négligence, il faut préciser que nos logements sont proposés avec le mobilier inclus et que très rares sont les résidents qui personnalisent ou bonifient leur logement.

Si habiter signifie en partie « investir un logement », cela résonne avec la définition que propose Jean Furtos, [2] *habiter c'est mettre de soi dans un logement* ». C'est-à-dire y mettre une part de sa subjectivité, de son psychisme mais aussi son corps.

« *Y faire habiter son corps* » dit encore N. Leroux, pour « *faire habiter son corps dans un logement, ne faut-il pas déjà être en mesure d'habiter son corps ?* » ONSMP-ORSPERE [11]

Démarches à promouvoir dans ce sens :

- Etre à l'écoute de leurs difficultés, repérer – orienter – alerter.
- Former les professionnels qui accueillent les personnes les plus fragiles.
- Travailler sur l'appropriation du logement renvoyant aux notions d'autonomie et de responsabilité.
- Apprendre comment communiquer avec des personnes présentant des troubles de santé mentale ou autres troubles du comportement.
- Améliorer et enrichir la pratique grâce au travail en réseau
- Favoriser les liens sociaux primaires et secondaires

L'accompagnement du personnel peut s'envisager à travers des groupes de supervision ou d'échanges de pratiques. Ces derniers sont aujourd'hui proposés chaque trimestre à tous les responsables d'établissement et aux médiateurs du département.

Nous constatons aujourd'hui, l'importance d'une information permanente qui permet à chacun, professionnels et résidents, d'avoir une bonne connaissance des ressources de son territoire. Pour y parvenir, des échanges et des immersions dans les différents services sont utiles, pour actualiser les connaissances de l'ensemble des personnes concernées. **Cette approche d'une réponse globale sur un territoire donné est nouvelle, c'est une culture qui doit amener le changement et qui demande une attention particulière dans les liens entre tous.** La difficulté que nous rencontrons est de synchroniser ce travail : nous avons des médiateurs, les partenaires sanitaires et sociaux sont prêts à coopérer, il faut que les bailleurs s'ouvrent à ces disciplines et acceptent de parler des difficultés qu'ils rencontrent.

6 - Santé mentale et cohésion sociale

► Les bailleurs, il faut le reconnaître, font de plus en plus pression sur les secteurs de la santé mentale pour obtenir des prises en charge trop souvent demandées en situation difficile ou de crise pour une population très hétérogène, présentant des symptômes diffus où de multiples facteurs interagissent. La souffrance psycho-sociale n'a pas forcément à voir avec la pathologie psychiatrique, même si au demeurant, elle doit être prise en charge.

Le travail en réseau doit faire évoluer nos pratiques vers plus de proximité et de continuité entre professionnels mais aussi à l'égard de nos résidents. Pour autant il est nécessaire de respecter une certaine déontologie et un principe d'autorité c'est-à-dire d'asymétrie sans lesquelles le travail ne serait pas possible.

► La sensibilisation et la formation des aidants n'est pas allée de pair avec l'accueil de ces personnes, les laissant le plus souvent démunis, isolés et en même temps tenus d'intervenir de la manière la plus adéquate possible. Les rôles trop déterminés, trop compartimentés doivent évoluer vers plus de flexibilité, d'adaptabilité, voire avec une part d'indétermination vecteur possible d'innovation. Les notions d'horizontalité et de transversalité transformeront alors la représentation trop verticale de nos positionnements professionnels.

► Ce constat a pour conséquence d'alimenter de façon disproportionnée, la crainte du «potentiel violent» des personnes souffrant, par exemple de schizophrénie. Cela a aussi malheureusement pour effet de perpétuer une stigmatisation qui nuit à l'intégration sociale, communautaire, vocationnelle et éducative des personnes et augmente leur marginalisation et leur isolement Former les professionnels, pour améliorer l'accueil des personnes les plus fragiles : développer la culture et le projet d'équipe en matière d'accueil des personnes en situation de précarité (sociale – sanitaire ... etc)

La méconnaissance des faits entraîne trop souvent la peur et le rejet, ce qui mine sérieusement les efforts orientés vers l'intervention, la prévention, la réhabilitation et parfois le rétablissement. Lovell et Velpy [12] sur la question « *violence et santé mentale* » apportent un éclairage important sur les personnes souffrant de troubles mentaux graves. Selon ces auteurs, l'accent est mis sur *leur dangerosité, plutôt que sur les cas où elles sont elles même victimes de violence*. C'est un constat que nous pouvons vérifier sur nos établissements avec

des résidents particulièrement vulnérables : se méfiant moins, ne portant pas plainte ou n'ayant plus un discernement suffisant, certains subissent des violences ou des formes d'intimidations inacceptables. La difficulté est de les amener à coopérer pour clarifier ou faire évoluer la situation.

Selon cette étude, *les taux de victimation des personnes ayant des troubles mentaux sont élevés et nettement supérieurs à ceux du reste de la population*. Certaines catégories de facteurs (cliniques, liés aux soins, contextuels), aussi bien que le fait d'avoir déjà été victime ou auteur de délit ou de crime, augmentent la probabilité de devenir ou de redevenir victime. La relation étroite entre conditions de vie et victimation peut permettre d'envisager des champs nouveaux d'intervention en santé publique. Il serait également pertinent d'étudier les rapports auteur/victime et les relations entre discrimination, stigmatisation et violence

► Cet état de fait a aussi pour conséquence de rendre frileux les bailleurs au moment des commissions d'attribution pour des personnes orientées ou suivies par le secteur psy. Quid des pistes « discrimination positive à l'égard des personnes handicapées psychiques depuis la loi de sur l'égalité des chances »

La question du lien est donc au centre du dispositif : lien à reconstruire, lien de confiance, en soi mais aussi en l'autre, lien qui dure, alors que l'histoire a été jalonnée de ruptures, d'abandon, d'échecs ou de mises à l'écart.

Retrouver sa voix avant de trouver une nouvelle voie, voilà peut-être l'ouverture que les professionnels ont à chercher avec ces populations qui bien souvent ne demandent rien mais attendent beaucoup. L'accompagnement, les interventions individuelles ou collectives sont de formidables occasions de travailler dans ce sens.

7 - La démarche communautaire

- Démarche collective et participative des usagers
- Démarche d'équité pour les plus défavorisés
- Démarche sur un territoire, selon des besoins identifiés, pour une population ciblée
- Engagements réciproques du professionnel et de l'utilisateur
- Démarche s'appuyant sur la trans-disciplinarité et cherchant à promouvoir la santé.
- Structure horizontale, circulaire et dynamique

- › **Objectif** : améliorer la santé globale (la santé mentale en représentant un des aspects.)
- › **Processus** : participation active des usagers s'appuyant sur l'équipe des professionnels, les réseaux
- › **Conditions** : partir d'un diagnostic sur un territoire et s'appuyer sur les différents acteurs.

Il existe plusieurs types de cellules de coordination autour de situations complexes qui se distinguent selon les critères suivants :

- Selon qu'elles se réunissent en urgence (cellule d'alerte d'Evry) ou pas (par exemple, les deux cellules de Villeurbanne et celle d'Aubervilliers se réunissent hors urgence, comme le dispositif interface de Bondy, le comité d'évaluation du réseau de santé mentale de la ville d'Evry)
- Selon qu'elles sont « expertales » ou non, c'est-à-dire selon qu'elles possèdent un comité permanent d'experts qui reçoit des professionnels en difficulté (1) ou qu'elles réunissent quasi uniquement des professionnels concernés directement par la situation (2) (à ce titre la cellule de coordination du réseau de santé mentale de l'Yonne est du type (2), comme la cellule de Villeurbanne). On a dans le premier cas des membres permanents auprès desquels un professionnel vient soumettre une situation, dans le 2ème cas, seul le coordinateur de la cellule réunit des professionnels de terrain tous concernés par un aspect de la situation, sans permanence d'un groupe "expert"
- implication de la personne concernée: du plus démocratique au moins démocratique (la personne n'est pas prévenue/la personne est prévenue/ la personne donne son accord pour que l'on se réunisse autour de sa situation/ la personne participe à la réunion)
- le mode de partage et de recueil des informations et de ce qui est décidé collectivement (de l'absence de trace écrite comme dans la cellule d'alerte de Saint-Denis – qui a été une condition pour que les professionnels acceptent de participer, avec toutes les difficultés que cela implique pour suivre les situations dans le temps et rendre compte de ce qui est décidé – au mode de recueil de votre cellule à Marseille, qui ressemble à celui de Grenoble)

Recommandations en accord avec les valeurs du CCOMS :

- le suivi des informations doit faire l'objet d'un écrit bref partagé,
- la personne concernée doit être au maximum associée,

- la cellule doit être la moins expertale possible (par définition la situation est complexe donc il faut "inventer" une nouvelle feuille de route), ce qui est moins pénible pour le professionnel demandeur qui ne se sent pas jugé car la participation est plus "horizontale".

7.1 - Conduire et promouvoir le projet

Les maitres mots de cet engagement sont : créer, développer, s'interroger, échanger, innover. Envisager un projet ambitieux, basé sur des apprentissages collectifs, dont la finalité serait de rendre le résident acteur de son parcours quelle que soit sa difficulté.

Passer d'une logique de mission à une logique d'organisation.

Passer de la réflexion à la construction d'une pensée et d'un savoir partagé.

Ne pas dissocier **le secteur** (ensemble des ressources et des difficultés) **et le projet**.

A la périphérie du projet, il y a les conditions du « vivre ensemble » qui peuvent être facilitées à travers des actions de prévention, d'accompagnement ou de soutien.

Les priorités du dispositif sont :

- **L'accueil**, à travers sa qualité et ses outils de communication adaptés à des publics difficiles
- **L'orientation** en réponse à des demandes ou des besoins spécifiques
- **Le lien** avec les autres outils d'intervention (partenaires – réseau)

7.2 - Insertion et réhabilitation

La première réponse à apporter est peut-être celle du mieux être du résident, dans sa vie, dans son logement, dans la relation... etc. Partir d'un point d'étayage et construire dessus. L'amélioration ne viendra pas forcément du soin ou des droits au départ, mais elle passera par là, à un moment donné. De même pour les problèmes dans le logement : insalubrité, non respect, impayés peuvent être le révélateur d'un mal être comme d'une difficulté nouvelle ou ancienne.

Reprise du cas n° 3 : plan de l'évaluation des ressources primaires et secondaires

Cet exemple met en évidence la situation d'une personne jeune, en phase d'exclusion, en dépit d'un certain nombre de soutiens qui à ce jour ne sont pas parvenus, par manque de concertation, à produire le moindre résultat.

- Déroulement du suivi : de nombreuses plaintes signalent la dégradation de l'état de santé de Mr C, ainsi que le caractère insalubre de son logement. Les convocations et explications avec le Responsable du Foyer n'ont rien donné, pas de réaction, Mr C. présente une altération de ses facultés mentales qui complique la relation. Des RV avec la tutrice amènent toujours la même conclusion : ce Mr doit être suivi par un psychiatre et peut-être subir un transfert vers un établissement spécialisé. Les professionnels du secteur le connaissent mais constatent eux aussi que Mr C. ne souhaite pas s'inscrire dans cette démarche. Seul un voisin se préoccupe de sa situation : Mr C. n'a pas de famille connue.
- Constat : aucune prise en charge durable n'est installée, Mr C.,handicapé à la suite d'un grave accident, est très perturbé, fume du cannabis selon le voisin qui le connaît, et passe ses journées prostré ou errant dans le centre ville.
- Alerte : la tutrice a été la première contactée. Elle a accepté de venir rencontrer Mr C. et a fait un long entretien en présence de la Responsable du foyer et de la Coordinatrice Sociale. C'est à ce moment qu'a été établie la planification des ressources. (Fig. 3)
- Proposition : un établissement spécialisé est à rechercher – une prise en charge pour des heures de ménage à domicile est nécessaire et urgente – un suivi psy est à mettre en œuvre.

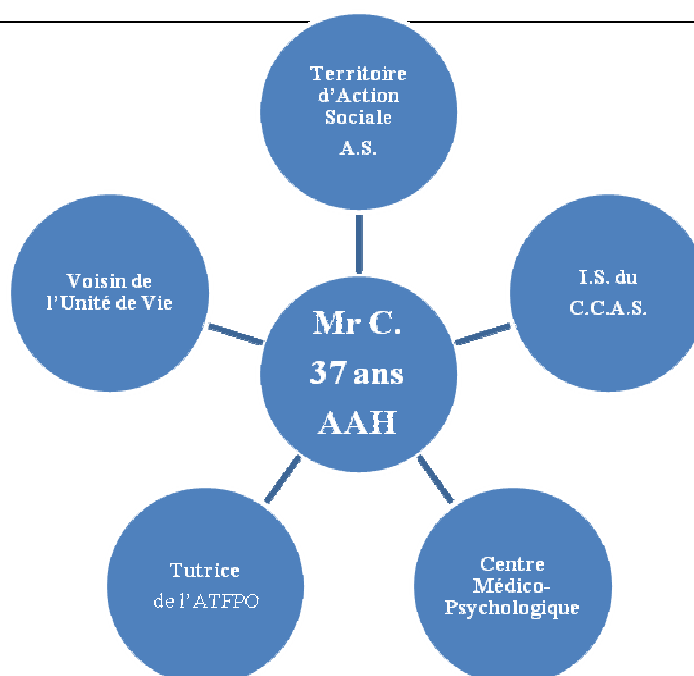


Figure 3 Planification des ressources primaires et secondaires du résident

Cet exemple montre qu'en dépit de la mise en place d'un système de soin circulaire et horizontal, avec un résident placé au cœur de cet environnement, il a sans doute manqué la capacité à créer ou maintenir une dynamique permettant de faire évoluer la situation.

La santé communautaire en tant que démarche s'appuyant sur la transdisciplinarité, trouverait là toute sa pertinence dès lors qu'elle impulserait un processus durable, dans une approche globale visant un objectif pérenne.

8 - Objectifs attendus et évaluation du projet

L'évaluation est un travail qui reste difficile mais il n'en demeure pas moins nécessaire puisqu'il nous permet d'interroger nos pratiques et de les ajuster en permanence aux besoins. Il est important que cette évaluation porte sur des critères quantitatifs et qualitatifs, sur de l'objectif, mais aussi sur une part de subjectif. Au final il faut que soient visibles les indicateurs liés au diagnostic, à la méthodologie, au processus, à l'activité et aux résultats

Ce travail se fait aujourd'hui dans un esprit communautaire, rassemblant des bailleurs tels que : Adoma – AFTAM et ADEF, mais aussi en concertation avec l'ARS régionale et Départementale.

Conclusion

L'intervention des médiateurs, en tant qu'interface, s'appuyant sur un réseau, est là pour accompagner le résident, en le respectant comme sujet dépositaire d'une histoire singulière.

Elle atteindra son but dès lors que le résident aura intériorisé les objectifs du professionnel pour se situer dans un rapport de coopération lui permettant : de s'affirmer comme citoyen et de participer à un « être et agir ensemble ».

A travers ce travail, j'ai tenté de présenter en quoi notre activité de bailleur ne peut aujourd'hui appréhender seule toutes les difficultés des publics précaires accueillis, tant elles représentent un ensemble complexe, hétérogène faisant appel à des modes d'intervention particuliers. Loger sans se préoccuper de l'état de santé, comme soigner, sans se préoccuper des conditions de vie, nous mène dans une impasse. Il nous faut comprendre en quoi la

précarité quelle que soit sa forme, induit des modes de socialisation différents et quels sont les effets de l'exclusion sur la perception de soi face au groupe dominant.

Cela interroge aussi nos modèles sociétaux actuels, liant la réussite à la richesse, à la performance et à l'autonomie. Et c'est bien ce regard qu'il faudrait changer, pas tant celui des autres, mais le leur, qu'ils peinent à soutenir et qu'ils fuient parfois à leur façon. Il y a sans doute à faire de ce côté, afin que chacun riche de ce qu'il est et non de ce qu'il a, trouve sa place, là où il vit. L'accompagnement des plus vulnérables contribue à rétablir des liens sociaux significatifs pouvant avoir un effet positif sur la maladie mentale et la souffrance psychique.

Les troubles de santé mentale, plus particulièrement, dans leur dimension d'étrangeté et parfois de brutalité dans leur émergence, nous obligent à apprendre d'eux, à redéfinir nos repères : nos modes de communication, notre accueil, et l'esprit même de nos pratiques, puisque nous ne pouvons ignorer l'impact des conditions de vie sur la santé et notamment la santé mentale.

Proposer un logement tout en respectant la liberté et la dignité de la personne est l'éthique qui doit guider notre mission. Il faut pour cela combiner « égalité des droits » et « égalité des chances »

Le partenariat s'inscrivant dans une démarche communautaire et la médiation, sont un étayage puissant, ils constituent avec l'usager, une triangulation instituant un nouveau rapport de force dont la confiance est l'ingrédient indispensable dans un processus d'accompagnement visant à créer du lien et du changement.

C'est à partir de ce type d'expérimentation susceptible de s'agrandir sur un territoire (la région) que nous progresserons. L'évaluation et le travail avec les services de l'état (ARS – Conseil Général, Préfecture... etc.) vont dans ce sens. Ils nous montrent un chemin qui n'en est qu'à son début.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] DERIES , B. (2008). *La santé communautaire dans la politique de la ville*. Thèse de doctorat. Université Claude Bernard, Lyon.
- [10] EIGUER, A. (2004). *L'inconscient de la maison*. Paris: Dunod.
- [4] FREYNET, M.F. (2000). *Les médiations du travail social : contre l'exclusion, (re)construire les liens*. Paris : Chroniques Sociales.
- [2] FURTOS, J.(2007). Introduction à la dialectique des notions de soigner et prendre soin. Dans Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de Bretagne (Dir.) *Actes de la journée interrégionale Bretagne et pays de Loire* (p.12-19). Rennes : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de Bretagne.
- [9] GIRARDON, L. (2011). *La place de l'habiter dans le corpus psychiatrique : contribution à une approche historique, clinique et institutionnelle*. Thèse de doctorat. Université Claude Bernard, Lyon.
- [3] LAZARUS A.et STROHL, H. (1995). *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher : rapport du groupe de travail « Ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale »*. Paris : La documentation française.
- [11] LEROUX, N. (2008). *Qu'est-ce qu'habiter ? Vie sociale et traitements*, 97(1) 14-25.
- [7] LEVINAS, E. (1947). *De l'existence à l'existant*. Paris : Fontaine.
- [12] LOVELL,A.N. et VELPRY, L. (2009). *Violence et santé mentale*. [s.l] : [s.n].
- [5] MAUSS,M. (1996). *Sociologie et anthropologie*. Paris : Presses universitaires de France.
- [8] PARQUET, J.P. (2003). *Souffrance psychique et exclusion sociale*. [s.l] : [s.n].
- [6] YAHYAOU, A. (2001). *L'ailleurs, le non lieu*. Perspectives psychiatriques, 40(5), 348-352.

Sources consultées

- ANGEL, S. et P. (2003). *Les toxicomanes et leurs familles* : A. Colin.
- BERGERET, J. (2001). *La personnalité normale et pathologique* : Dunod.
- COUPECHOUX, P. (2009) *La déprime des opprimés : Enquête sur la souffrance psychique en France* : Seuil.
- CYRULNIK, B. (2002). *Le murmure des fantômes* : O. Jacob.

- De GAULEJAC, V. (1999). *La névrose de classe : trajectoire sociale et conflits d'identité* : Hommes & Groupes.
- LA ROSA, E. (1998). *Santé, précarité, exclusion*. . Paris : Presses Universitaires de France.
- LAFAGE, A. et LONCA, A. (2008). *La reconnaissance dans les liens familiaux* : In press.
- QUESEMAND ZUCA, S. (2007). *Je vous salue ma rue : clinique de la désocialisation*. Paris : Stock.
- SCHILTZ, HOUBRE, & MARTINY (2007). *Précarité sociale, marginalisation et pathologie limite* : étude comparative de plusieurs groupes sociaux en rupture de vie.
- TISSERON, S. (1997). *La personnalité normale et pathologique : psychanalyse d'un lien social*. Paris: Dunod.
- TOUSSIGNANT, M. (1992). *Les origines sociales et culturelles des troubles psychologiques*. Paris : Presses universitaire de France.
- WATZLAWICK, P. (1990). *Faites vous-même votre malheur*. Paris : Seuil.

ANNEXES

ANNEXE 1



PROFIL DE POSTE DES MEDIATEURS SANTE

Les deux médiateurs santé interviennent auprès des résidents ADOMA au sein des 8 établissements de l'Agence de Versailles (Elancourt, Trappes, Guyancourt, Saint Cyr, Sartrouville, Montigny le Bretonneux, La Verrière).

ORGANISATION

Salariés de La Ligue de l'Enseignement des Yvelines, les médiateurs s'engagent à garantir la confidentialité des informations données par les résidents et les partenaires.

La Ligue de l'enseignement des Yvelines, en tant qu'employeur, assure l'accompagnement des médiateurs par l'organisation de rencontres régulières avec la responsable du secteur Education, ainsi qu'avec les autres médiateurs de l'association.

Les médiateurs travaillent essentiellement sur le terrain auprès des résidents en lien avec les responsables de résidence ADOMA et les partenaires.

- En lien très étroit avec la Coordinatrice Départementale, les médiateurs participent à l'orientation des actions et des partenariats à mobiliser.
- En lien avec le Directeur d'Agence, le Responsable Etudes et Développement et la Coordinatrice Départementale, ils établissent un bilan des actions auprès du Comité de Pilotage.

OBJECTIFS

- Faciliter et organiser l'accès aux soins et aux services des résidents – Réduire les inégalités en matière de santé
- Sensibiliser, informer les personnes à la prise en charge de leur santé
- Faire le lien entre le résident et les professionnels sociaux et de la santé

MISSIONS Favoriser l'accès au droit commun et accompagner les publics les plus défavorisés dans leur parcours

- Repérer et identifier les besoins par le biais d'entretiens individuels ; organisation de permanence individuelle d'accueil et d'écoute
- Assurer une fonction de relais et de médiation entre les publics et les institutions spécialisées
- Mettre en place un suivi médico-social avec ces institutions et orienter les personnes vers les structures compétentes
- Accueillir et informer les publics afin de leur faciliter l'accès et l'appropriation des services proposés (Informer les résidents sur leurs droits)
- Faciliter l'adhésion et la participation des résidents aux actions collectives de sensibilisations et d'information mises en place sur les résidences

COMPETENCES ET APTITUDES

- Sens du relationnel et capacité d'écoute
- Capacité d'adaptation
- Curiosité, ouverture
- Capacité à travailler en partenariat
- Animation de groupe
- Connaissances de l'environnement territorial

FORMATION ET EXPERIENCE

- Diplôme dans le secteur social souhaité
- Expérience professionnelle dans des métiers au contact des personnes

ANNEXE 2

- ♦ Certains FTM ont, après réhabilitation, été transformés en Résidences Sociales dont le projet social a été validé par le PDALPD et la convention APL
- ♦ Le public accueilli est donc peu ou prou celui du PDALPD, il se caractérise par des difficultés d'insertion et d'intégration pour des raisons sociales et/ou médicales.
- ♦ La présence en RS, contrairement aux FTM, est temporaire, il doit s'agir d'une étape dans un parcours résidentiel censé aboutir à une solution de logement pérenne et adapté.
- ♦ **Objectifs du projet social** : proposer dans le cadre d'un parcours résidentiel, un logement temporaire joint à une intervention sociale ne se substituant pas au droit commun.
- ♦ **Critères de ressources** : conformément à la réglementation, seront accueillis des personnes isolées ou des ménages dont les **ressources annuelles sont inférieures au plafond P.L.U.S.**
- ♦ **Les plafonds de ressources** : Il existe 4 plafonds de ressources : PLA-I (prêt locatif aidé-intégration), PLUS (prêt locatif à usage social), PLS (prêt locatif social) et PLI (prêt locatif intermédiaire) au **1er janvier 2011**.

Plafonds au 01.01.2011	Personne isolée	Deux personnes
P.L.A.I.	12163 €	19830 €
P.L.U.S.	22113 €	33048 €
P.L.S.	28747 €	42962€
P.L.I.	30760 €	41077 €

ANNEXE 3

**CONVENTION DE PARTENARIAT**

ENTRE ADOMA, SISE : 6, RUE DES LAVANDIERES 78100 ST GERMAIN EN LAYE
REPRESENTÉE PAR, MONSIEUR FATAH RACHAD, DIRECTEUR
DEPARTEMENTAL D'UNE PART,

et

LE RESEAU DE PROMOTION POUR LA SANTE MENTALE DANS LES YVELINES
SUD (RPSM 78), SIS 177 RUE DE VERSAILLES 78 150 LE CHESNAY,
REPRESENTE PAR MADAME LE PROFESSEUR MARIE-CHRISTINE HARDY-
BAYLE, DIRECTEUR MEDICAL, D'AUTRE PART,

Il est convenu ce qui suit :

Préambule

Le problème des liens entre sanitaire et social est au cœur des préoccupations du RPSM 78 depuis sa création en 2000.

En effet, si la nécessité de prendre en compte les aspects sociaux et psychologiques dans la trajectoire de vie des personnes est une évidence partagée par la plupart des professionnels intervenants dans ces champs, les cloisonnements existants entre structures sociales, médico-sociales et sanitaires sont une réalité tout aussi prégnante.

Devant ce double constat le RPSM 78 a élaboré une réponse originale par son Equipe mobile de liaison.

Les missions de cette équipe dédiée à l'aide aux aidants sociaux et médico-sociaux sont :

- améliorer la qualité des échanges entre professionnels des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux,

- faciliter l'intégration des dimensions sociales et psychologiques dans les prises en charge des personnes.

Pour réaliser ces objectifs, l'équipe mobile de liaison a développé une pratique originale

- ❖ de formation des équipes sociales et médico-sociales adaptée aux situations réellement rencontrées,*
- ❖ d'élaboration d'outils de repérage clinique adaptés aux pratiques sociales et médico-sociales.*

Article 1 : Objet de la convention

L'objet de la présente convention est de contractualiser les conditions d'intervention de l'Equipe de liaison auprès de Adoma, pour le compte des structures suivantes .

Article 2 : Rythme des rencontres

L'Equipe de liaison se rend toujours, de façon programmée, dans les locaux des services, institutions ou professionnels du secteur social ou médico-social partenaires. L'Equipe de liaison n'intervient en principe jamais en urgence. Le RPSM 78 ayant organisé le circuit de l'urgence psychiatrique sur son territoire d'intervention, une information spécifique pourra être délivrée par le réseau, le cas échéant, sur les moyens de recours disponibles pour Adoma en cas de crise. Le rythme des rencontres entre l'Equipe de liaison et chaque structure de Adoma est évalué à x réunion par mois.

Article 3 : Personnels concernés par l'intervention

L'Equipe de liaison est constituée de professionnels de la psychiatrie. Les interventions sont menées par un ou deux d'entre eux, suivant les besoins constatés du partenaire.

L'Equipe de liaison s'adresse exclusivement aux aidants sociaux et médico-sociaux.

Elle n'intervient en principe jamais directement auprès des publics faisant l'objet de l'intervention sociale ou médico-sociale..

Pour garantir la cohérence et l'efficacité de la démarche, aussi bien pour Adoma que pour le travail de l'Equipe de liaison, Adoma s'engage à impliquer dans les rencontres prévues les personnes utiles à la rencontre, en nombre et en qualité suffisamment représentatifs de la composition utile au fonctionnement de sa structure, dont au moins un représentant de l'encadrement.

Article 4 : Préparation des rencontres par Adoma

Pour l'efficacité du travail réalisé en commun, Adoma présentera à chaque séance 2 à 3 situations, ayant été source de difficulté pour l'équipe, et qui serviront de support à l'analyse et à l'échange partenarial.

Article 5 : Organisation pratique des séances de travail

Les conditions matérielles d'organisation des rencontres sont un élément fondamental pour leur efficacité.

Le temps à prévoir pour chaque séance de travail est d'environ 2 heures.

Adoma s'engage à mettre en œuvre les conditions d'une réunion sereine, notamment en dégageant, autant que faire se peut, les participants de leurs obligations quotidiennes pendant le temps requis.

Adoma s'engage à respecter les séances programmées, toute annulation requérant un préavis minimum de 2 semaines, sauf cas de force majeure.

Article 6 : Coût des interventions

A titre indicatif, le coût d'intervention pour la demi-journée de travail est de 186.00 € pour un psychiatre et de 80.00 € pour un personnel infirmier.

La prise en charge financière du coût des interventions est, dans le cadre de la présente convention, assurée par le RPSM 78. Chaque année, un état représentatif de la ressource ainsi consommée sera adressé pour information à Adoma. Dans le cas d'une demande d'intervention exprimée en dehors du cadre de la présente convention par Adoma, le RPSM 78 se réserve la possibilité de procéder à une facturation spécifique.

Article 7 : Evaluation

Le RPSM 78 développe une démarche d'amélioration de la qualité pour ses interventions, laquelle implique des actions d'évaluation auprès de ses partenaires.

Une réunion annuelle d'évaluation sera organisée chaque année entre le RPSM 78 et Adoma. A cet effet, Adoma s'engage, le cas échéant, à répondre à tout questionnaire d'évaluation de la prestation dispensée.

La présente convention est conclue pour une durée d'un an, renouvelable par tacite reconduction après la tenue de la réunion d'évaluation annuelle du partenariat.

Fait au Chesnay, le

Pour le RPSM 78,

Le Directeur Médical

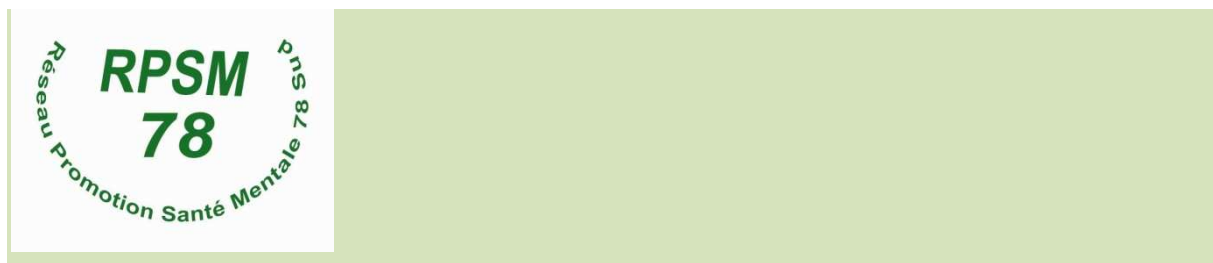
Marie-Christine HARDY-BAYLE

Pour Adoma

Le Directeur Départemental

Fatah RACHAD

ANNEXE 4

**CONVENTION DE COOPERATION**

ENTRE ADOMA, REPRESENTEE PAR MONSIEUR FATAH RACHAD, DIRECTEUR
DEPARTEMENTAL, D'UNE PART,

Et

LE RESEAU DE PROMOTION POUR LA SANTE MENTALE DANS LES YVELINES
SUD (RPSM 78), SIS 177 RUE DE VERSAILLES 78 150 LE CHESNAY,
REPRESENTE PAR MADAME LE PROFESSEUR MARIE-CHRISTINE HARDY-
BAYLE, DIRECTEUR MEDICAL,

► Compte tenu de la demande de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation que les quatre établissements adhérents du Réseau de Promotion pour la Santé Mentale (RPSM 78) élaborent un projet inter-établissements et de l'accueil favorable réservé à celui-ci (approbation par le conseil d'administration du RPSM 78 en date du 26 janvier 2004 – réunion ARH-DDASS-RPSM 78 en date du 27 janvier 2004),

► Compte tenu des résultats de l'étude menée par le Docteur ROSSO, au nom du RPSM 78 auprès de l'ensemble des établissements sociaux et médico-sociaux du sud Yvelines, susceptibles d'accueillir des patients présentant des troubles psychiatriques,

► Compte tenu des travaux préalables à l'élaboration du projet de psychiatrie du territoire Yvelines sud, conformément à la circulaire n° 507/DHOS/O2/2004 du 25 octobre 2004 relative à l'élaboration du volet psychiatrie et santé mentale du schéma régional d'organisation sanitaire de troisième génération, et des priorités retenues en matière de prise en charge, sur le plan de l'hébergement, des patients au long cours,

Il est convenu ce qui suit :

Article 1 : Objet de la convention

Le projet territorial du sud Yvelines, concernant la prise en charge des patients au long cours, se donne trois objectifs :

- assurer la continuité des soins en définissant le dispositif sanitaire accompagnant les hébergements sociaux et médico-sociaux des patients présentant des troubles psychiatriques stabilisés
- mettre à la disposition des patients, quelle que soit leur appartenance sectorielle ou la nature institutionnelle ou libérale de leur suivi, une plate-forme de possibilités de prises en charge diversifiées (du sanitaire au social)
- garantir l'accompagnement des personnels des établissements sociaux et médico-sociaux accueillant des personnes présentant des troubles psychiatriques stabilisés.

L'objet de la présente convention est de mettre en œuvre le dispositif défini pour atteindre ces objectifs et en particulier de définir les liens de partenariat entre Adoma et le RPSM 78 dans ce cadre.

Article 2 : Admission de patients stabilisés au sein de Adoma

Le RPSM 78 a créé une commission d'aide à l'hébergement, afin de faciliter les admissions de chaque patient dans la structure la plus adaptée à ses besoins et de favoriser la fluidité des prises en charges (passage d'une structure à une autre si besoin). Il s'engage à présenter, par l'intermédiaire de cette commission, pour chaque patient, des dossiers complets, aux commissions d'admission des structures sociales et médico-sociales de Adoma. La commission d'aide à l'hébergement peut, si Adoma le souhaite, lui apporter son expertise dans l'étude des dossiers.

Adoma s'engage à étudier de façon prioritaire les dossiers présentés par la commission d'aide à l'hébergement du RPSM 78.

Article 3 : Continuité de la prise en charge

La continuité de la prise en charge est un élément essentiel de ce dispositif. Les membres du réseau (équipe de secteur ou psychiatre référent du patient) s'engagent à assurer la continuité des soins et l'évaluation de l'état du patient, tout au long de sa trajectoire sanitaire et médico-sociale, selon un rythme et des modalités précisées lors de l'admission du patient, de façon à ce que soit assurée la continuité dans la relation thérapeutique. Dans le dossier initial d'admission de chaque patient accueilli par Adoma, il sera fait mention du médecin ou de l'équipe médicale référent(e) du patient. Un engagement de continuité des soins est alors signé par le professionnel référent.

La prévention des situations d'urgence ou de crise sera favorisée par un accompagnement sous forme de supervisions cliniques ou de formations inter-actives des équipes des établissements sociaux et médico-sociaux (voir article 4)

En cas d'urgence, (qui ne peut être gérée par un médecin de Adoma) il est fait appel au référent psychiatrique du patient, qui doit assurer les relais et mettre en place l'organisation nécessaire. Si ce référent ne peut pas prendre en charge la situation (en dehors des heures ouvrables notamment), il sera fait appel aux équipes spécialisées dans l'urgence (transfert au SAU).

Adoma s'engage de son côté, à ne pas prendre de décision d'expulsion d'un résident pendant une phase de soins aigus (hospitalisation dans une unité de psychiatrie) ou une phase de transition (séjour temporaire dans une autre structure).

Il peut être proposé, si besoin, une prise en charge partagée (hospitalisations séquentielles, prise en charge en CATTP....) ; si le retour du résident dans les unités de Adoma n'était pas durablement envisageable, l'équipe sanitaire de psychiatrie et l'équipe de Adoma s'engagent à s'associer pour proposer une orientation plus conforme à la situation du résident. Ils peuvent en cas de besoin, solliciter la commission d'aide à l'hébergement du réseau.

Article 4 : Soutien et formation des personnels de Adoma

Afin d'aider les personnels de Adoma, le RPSM 78 s'engage à ce que l'équipe de liaison intervienne auprès d'eux, une à deux fois par mois, sous forme de supervisions cliniques autour de l'analyse de situations particulières, ou sous forme de formations inter-actives sur un thème particulier, en lien avec la prise en charge des patients. L'organisation de ces interventions est effectuée par Adoma, à partir d'un planning d'interventions établi conjointement avec l'équipe de liaison.

L'équipe de liaison peut également être appelée de façon ponctuelle en cas de besoin.

Article 5 : Evaluation

La présente convention fera l'objet d'une évaluation, qui tiendra compte, entre autres éléments, du nombre d'admissions de patients, de la satisfaction sur l'intervention de l'équipe de liaison et d'un recensement sur les éventuelles difficultés dans la continuité des prises en charge. Cette évaluation sera présentée à la commission d'hébergement du réseau et fera l'objet d'une réunion annuelle entre les signataires de la convention.

En cas de survenue d'un évènement indésirable, le RPSM 78 s'engage à mettre en œuvre, dans le cadre de sa démarche d'amélioration de la qualité, toute modalité de concertation susceptible de permettre l'évaluation des processus en cause et de convenir d'actions correctives destinées à conforter la qualité du suivi des patients et du partenariat entre les institutions.

Article 6 : Durée de la convention

La présente convention est signée pour une durée d'un an, renouvelable par tacite reconduction après la tenue de la réunion d'évaluation annuelle du dispositif.

Fait au Chesnay, le :

Pour le RPSM 78

Le Directeur Médical

Pour Adoma

Le Directeur Départemental

ANNEXE 5



Date

Engagement de continuité des soins élaboré en partenariat avec le RPSM 78

Je soussigné(e), Docteur

Médecin du secteur

établissement

certifie que je m'engage à assurer la continuité des soins à Mr.-Mme

certifie que le-la résident(e) bénéficiera de consultations, de visites à domicile d'infirmiers psychiatriques et que des professionnels du secteur participeront à des réunions de synthèse pour s'associer aux projets le concernant. Le rythme de ces interventions sera déterminé entre les professionnels du foyer et du secteur.

certifie que je m'engage à reprendre le-la résident(e) dans l'établissement cité ci-dessus pour :

- **une courte durée**

afin de rééquilibrer son traitement psychiatrique si cela devenait nécessaire,

ou

- **une durée définitive**

dans l'éventualité où le comportement du-de la résident(e) ne serait plus compatible avec la vie communautaire en foyer.

Signature :