

RÉSEAUX PRÉCARITÉ SANTÉ MENTALE DU NORD-PAS-DE-CALAIS UNE PRÉOCCUPATION QUI S'INSCRIT DANS UNE DYNAMIQUE LOCALE

1. LES CONSTATS QUI ONT FONDÉ LE CHOIX D'UNE FORMATION –ACTION

Le thème **souffrance psychique et précarité** a été identifié comme une des priorités du programme régional d'accès à la prévention et aux soins de la région Nord – Pas-de calais.

Les professionnels du secteur social alertent les institutions depuis plusieurs années sur l'expression de la souffrance des personnes qu'elles accueillent, le déficit et les difficultés de prise en charge partenariale avec le secteur de la psychiatrie. Plus récemment le ce dernier, s'ouvrant de plus en plus sur la cité, a exprimé le souhait de travailler avec le secteur social.

En 2003 et 2004 a donc été initiée dans le cadre du PRAPS une formation-action intitulée “ précarité santé mentale ” devant se prolonger par la mise en place de réseaux locaux.

La formation-action a permis de réunir 251 professionnels du soin (médical) et du social afin d'établir un état des lieux de leurs relations actuelles, des difficultés ressenties pour engager ensemble de nouvelles pratiques. Cette formation a débouché sur la constitution d'un ou plusieurs réseaux précarité santé mentale sur chaque arrondissement, au total 15 réseaux sur la région Nord Pas de Calais

Les réseaux sont soutenus au local par une coordinatrice régionale représentée soit par un mi-temps du secteur social avec Lydie LEROY appartenant à de la FNARS ou un mi-temps de la santé mentale avec Monique LIPS de l'Etablissement Public de Santé Mentale d'Armentières.

2. LE FONCTIONNEMENT DES RÉSEAUX

Chaque réseau a rédigé une convention signée par les directions des structures engagées, ce qui leur assure une légitimité. Les réseaux se sont étoffés selon les territoires (missions locales, associations tutélaires, bailleurs sociaux), et chaque réseau dispose d'un répertoire de ses membres (identifiés référents).

Ils se réunissent une fois par trimestre dans une structure participant au réseau mais peuvent créer des groupes de travail en fonction de thèmes de réflexion.

Outre le soutien de la coordonnatrice, l'animation du réseau est assurée par un binôme sanitaire - social qui en accepte la charge pour un an. Chaque réunion est suivie d'un compte – rendu qui indique également l'ordre du jour de la réunion suivante.

3. QUELQUES EXEMPLES DE RÉFLEXIONS MENÉES PAR LES RÉSEAUX

Les sorties d'hospitalisation, les hospitalisations d'urgence, les consultations avancées en CHRS, les écoutes de première ligne en CMP, les alternatives à l'hospitalisation, l'aide au repérage des pathologies, la sectorisation psychiatrique pour les SDF, les problèmes de l'accès et du maintien au logement, les jeunes en errance, les exclus violents, les délais de rendez-vous, l'information partagée, la gestion des médicaments, les visites à domicile conjointes en accord avec le chef de service.....

La problématique de l'accès et du maintien au logement est évoquée dans la majorité des réseaux et pour avancer dans cette réflexion, les bailleurs sont associés à leurs travaux.

4. LES PROJETS À VENIR

Aujourd'hui les besoins se portent sur la nécessité de mutualiser les expériences locales, de partager des informations et d'organiser un cadre d'animation et de réflexion (création d'un site internet, journée régionale d'échanges, rencontres régulières entre binômes d'animation)

5. L'IMPACT DE LA FORMATION ET DES RÉSEAUX

Se connaissant mieux, des référents identifiés, les professionnels du champ sanitaire et social prennent l'habitude de se contacter plus facilement pour conseil, orientation, optimisation des prises en charge des personnes.

Certains réseaux commencent à construire des outils ; exemple une charte de sortie d'hospitalisation qui ne se fera plus dans l'urgence mais avec des contacts préalables, des visites de pré-admission, un projet avec la personne, des dispositifs d'accompagnement ...