

Compte rendu de la séance du 27 Septembre 2012

Madame Rousseau ouvre la séance et présente l'organisation de la matinée :

- Informations et sujets d'actualité
- Sujet du jour : précarité et vulnérabilité

I - Information et sujets d'actualité

- ✓ Suivi de la convention entre le Service Pénitentiaire d'Insertion et Probation (SPIP) et la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) :
 - Suite à l'interpellation de la CPAM par la Conférence de Territoire concernant les difficultés rencontrées par les patients incarcérés pour récupérer des droits sociaux, des échanges et rencontres sont mis en place entre la CPAM et les établissements pénitenciers pour améliorer les ouvertures de droits.
- ✓ Diabète :
 - Mise en place d'un travail de collaboration entre le réseau périnatalité et la Maison du Diabète
- ✓ Débat « Fin de Vie » :
 - La CRSA a proposé que dans chaque territoire se tienne un débat public. Le Val-d'Oise a choisi de traiter de la fin de vie. Mme Rousseau a commencé à prendre des contacts. Le Professeur Régis AUBRY (Chef de service de soins palliatifs au CHU de Besançon, Coordinateur du Programme National de Développement des Soins Palliatifs et Président de l'Observatoire National de Fin de Vie) a donné un accord de principe sur sa participation à ce débat.
- ✓ Renouvellement d'un membre du bureau :
 - Beaucoup de difficultés sont rencontrées pour le fonctionnement du bureau. Lors de la séance de la conférence de territoire du 25 octobre prochain, il faudrait que le quorum soit atteint car des élections sont prévues afin de procéder au remplacement de Mme Benhamou qui est démissionnaire.

II - Précarité et vulnérabilité

Sujet choisi par la Conférence de Territoire à la demande de Mme Anita Bernier

- ▲ Mme Rousseau indique que l'on peut être vulnérable sans être précaire social. Elle précise qu'aujourd'hui va être traité le sujet de la précarité. Lors de la prochaine réunion, sera abordé celui des personnes vulnérables.
- ▲ L'objectif de cette conférence de territoire est de présenter quelques problématiques relatives à la santé des populations précaires : difficultés d'accès aux droits et aux soins, maladies psychiques, coordination entre acteurs du sanitaire et du social. La conférence de territoire peut être ainsi un lieu de rencontre entre ces différents acteurs facilitant ainsi les liaisons..

Présentation des travaux du Programme Régional d'Accès à Prévention et aux Soins (PRAPS) par Mme Olivier - Responsable du Département Prévention et Promotion de la Santé à la Délégation Territoriale du Val-d'Oise de l'ARS (*voir diaporama joint en annexe 1*).

Présentation de l'action « précarité et périnatalité » par Madame Cessateur (SOLIPAM) et Monsieur Février (RPVO) action conjointe RPVO et SOLIPAM (*voir diaporama joint en annexe 2*).

Présentation de la Permanence d'Accès aux Soins (PASS) du Centre Hospitalier de Gonesse par Madame Germinet - Responsable du service social du Centre Hospitalier de Gonesse (*voir diaporama joint en annexe 3*).

Mme Germinet expose le problème d'hébergement social dans les services de soins rencontré au Centre Hospitalier de Gonesse : prise en charge d'enfants mineurs dans des unités de soins (pédiatrie) où il n'y a pas de personnel adapté pour les accueillir, risque sur le plan de l'hygiène et de la prévention par le séjour de très jeunes enfants, non malades, dans des locaux où sont traités des patients à pathologies souvent infectieuses. Le délai de prise en charge au niveau de l'ASE varie de 10 à 15 jours. Pas de place au 115, pas de prise en charge de l'ASE si situation irrégulière.

Intervention de Madame Valérie PELISSON et Caroline KREGIEL - ESPERER 95

Suite au constat qui a été fait que de plus en plus de SDF rejoignent les urgences de l'Hôpital, la maison MILADA, structure d'accueil de 9 places, a été créée en 2006 au Centre Hospitalier de Pontoise. Elle dispose aujourd'hui de 17 places où sont accueillis principalement des hommes seuls, quelques femmes et couples en fonction des demandes et des besoins. Ces personnes sont d'abord orientées par les urgences de l'hôpital puis par la PASS (Permanence d'Accès aux Soins) et le service social de l'hôpital. Il s'agit de personnes très marginalisées avec des pathologies associées (alcoolisation, pas d'alimentation régulière, pathologies psychiatriques associées...). Un partenariat a été mis en place avec la halte de jour de l'Oasis à Cergy-Pontoise où les patients sont dirigés en journée avec un accompagnement. La Maison MILADA est intégrée à « une coordination SDF » qui existe depuis 2008 sur l'agglomération.

Les partenaires ne pouvant résoudre seuls les problèmes, ils ont éprouvé la nécessité de coordonner leurs actions et de communiquer sur la prise en charge des patients. Cette coordination est pilotée par la communauté d'agglomération qui se réunit tous les mois ; c'est le lieu où sont observés les besoins, recensées les difficultés, et sont créés les outils des actions pour pallier les dysfonctionnements et améliorer la prise en charge.

Pendant la période hivernale sont mis en place un taxi social ainsi qu'un accueil de nuit « les cascades » qui ouvre de façon temporaire pour accueillir des personnes sans hébergement qui sont arrivées au bout du parcours (pas de place au 115, ni SIAO). L'été les difficultés sont différentes mais aussi importantes.

Les personnes accueillies à la MILADA ont des pathologies alcooliques, ont souvent perdu leurs papiers ; elles ont une connaissance suffisante de leurs droits mais sont dans l'incapacité de les exercer. Ce sont aussi des personnes qui sont difficiles à intégrer dans un processus de soins, à la fois parce que c'est compliqué pour eux d'attendre entre la prise de rendez-vous et le rendez-vous, et de se retrouver dans une salle d'attente confrontés au regard des autres : attendre n'est pas compatible avec le mode de vie de ces personnes. Elles sont également difficiles à insérer dans le droit commun et MILADA travaille principalement avec l'Espace Santé Insertion.

Intervention de Mme Corinne STACCHIOTTI - Responsable du pôle exclusion du Val-d'Oise à Ezanville à la Croix Rouge

Les actions sont orientées vers le public SDF ou les personnes en grande précarité.

Plusieurs activités sont menées sur le département, notamment :

- les équipes mobiles du SAMU social qui sillonnent le département vers le public à la rue. Leur mission est un travail social (pas de distribution d'alimentation). L'objectif est de faire une évaluation sociale et de voir comment on peut pallier à leur problème d'hébergement et « les sortir de la rue ». Deux équipes de techniciens d'urgence sociale sillonnent le département la nuit (sauf le Vexin où elles se déplacent seulement en cas de signalement du 115), renforcées par une troisième équipe en période hivernale. Une équipe de jour dont le travail est un peu plus complémentaire car elle effectue des accompagnements et des suivis et prend en charge des personnes qui ont très peu d'autonomie. Leur travail est de recréer des liens qui ont été rompus et d'accompagner les personnes vers les institutions de droit commun. Ces équipes de terrain sont coordonnées par un coordinateur qui a une formation de travailleur social et dont le rôle est de coordonner le travail du terrain et d'apporter un appui technique aux techniciens d'intervention.
- Un accueil de jour à Ezanville qui reçoit le même public, un centre d'accueil d'urgence à Argenteuil et un accueil de nuit en période hivernale sur la commune d'Eaubonne où il n'y a pas de lit, c'est un endroit où les SDF peuvent se mettre à l'abri.

30 % des publics rencontrés ont des problèmes d'ordre psychologique voire psychiatrique et il n'y a pas de personnel médical dans les équipes. Ces publics ne sont pas assez malades pour être hospitalisés mais ils ne sont pas suffisamment autonomes pour s'en sortir seuls et se retrouvent à la rue. Les équipes sont obligées de faire appel à des partenaires compétents mais ils ont du mal à en trouver. A l'hôpital, on leur explique que la personne n'est pas en crise elle ne peut être hospitalisée. Lorsqu'une personne est envoyée à l'hôpital, elle est « ballottée » entre les services de médecine et de psychiatrie et revient à la rue. Le problème est que ces personnes sont trop déficientes pour être autonomes mais pas assez pour être reconnues par la MDPH. Dans le cas d'une prise en charge par la MDPH, les délais d'attente sont trop longs pour une réorientation ou l'obtention de l'AAH et la personne a eu le temps de se dégrader dans la rue ; l'orientation se fait alors en CHRS qui n'est pas adapté. Les équipes mobiles constatent des parcours qui s'enlisent et qui sont marginalisés, de plus en plus de personnes se retrouvent dans la rue par rapport aux lenteurs de l'administration.

L'équipe mobile de psychiatrie-précarité rend beaucoup de services dans la prise en charge des personnes qui relèvent de la maladie mentale lorsqu'elle accompagne les équipes mobiles du SAMU social dans les maraudes une à deux fois par mois. Cela facilite ensuite les soins qui peuvent être faits sur ces personnes car ce n'est pas elles qui ont fait le premier geste et le fait que l'on aille vers elles déclenche souvent un début de prise en charge.

Intervention de Mme BACH - ANPAA 95

La prise en charge de l'alcool : difficulté à aider ces personnes qui sont précaires. Le choix a été fait de se rapprocher de la Croix Rouge et ESPERER 95 avec prise en charge des patients sur les structures d'accueil. Les équipes de terrain ont été formées de façon à ce qu'elles soient en capacité d'amener ces personnes vers les structures de soins. (Articulation et aller vers).

Sur l'estimation des besoins : Mme Coutel de la Direction Départementale de la Cohésion Sociale (DDCS) souligne que l'on ne possède pas d'estimation de la population précaire sur le Val-d'Oise. Ce sont des données mouvantes mais l'on sait que les indicateurs de précarité vont croissants : augmentation très importante à laquelle sont confrontées toutes les structures. (Exemple pour la structure Plaine de France -données PASS- : 59 personnes accueillies en 2009 et 714 en 2011).

Sur l'accès aux droits : Madame Rousseau indique qu'elle rencontre dans son cabinet des populations qui ont un appartement, un emploi précaire et qui pourraient devenir SDF. Elle souligne également le problème des bénéficiaires de la CMU sans médecin référent : le médecin qui le prend en charge ne pourra être payé que 11 euros puisque les actes ont été effectués en dehors du parcours de soins.

Précision de Mme Lamoureux - CPAM du Val-d'Oise : effectivement, quelque soit le mode d'affiliation à la CPAM, il faut déclarer un médecin traitant, même pour les personnes de la CMU mais il est clairement défini que si la personne ne l'a pas fait et qu'elle est amenée à consulter, le médecin consulté ne sera pas pénalisé et il sera remboursé. Il faut faire remonter les cas à la CPAM qui les étudiera.

Monsieur Bourhis souligne qu'il faudrait que ces personnes n'aient pas l'obligation de déclarer un médecin traitant, cela leur permettrait d'avoir un vrai accès à la santé au-delà de l'accès aux droits.

Madame Lamoureux indique que :

- La CPAM organise le 2/10/2012 un forum social sur l'accès aux droits, l'accès aux soins où l'ARS sera représentée. Les interventions porteront sur la prise en charge de la précarité. Un guide pratique a été réalisé et sera diffusé.
- Un outil « mémo-droits 9 en 1 » est mis en ligne sur le site de la CPAM : on trouve l'ensemble des contacts pour avoir les informations, l'aide médicale état, les noms des personnes qui sont en charge de ces dossiers ; cet outil s'adresse aux professionnels.
- Un projet de convention doit être passé avec le Conseil Général sur la prise en charge des personnes qui sont confiées à l'ASE car il y a une difficulté de traitement de dossiers d'ouverture de droits CMU - CMUC.
- En termes de précarité, il y a un constat de très forte augmentation de CMUC et d'aide financière individuelle.

Intervention de Mme LEHMAN - Assistante Sociale du Réseau Oncologique d'Argenteuil ROA (Cancérologie, soins palliatifs : équipe pluridisciplinaire)

Elle expose la situation d'un couple de personnes âgées pour laquelle elle a dû intervenir en lien avec le médecin coordinateur du réseau : le Monsieur de 94 ans atteint d'un cancer en soins palliatifs et la Dame de 90 ans atteinte d'une démence qui n'a pas été évaluée. Ils habitent dans un pavillon près d'Argenteuil et ont 4 enfants (2 en province, un à l'étranger et un fils qui habite près de ses parents mais qui ne s'en occupent pas ; c'est un des gendres qui gère les affaires de la famille). La situation a été signalée après l'hospitalisation de deux mois au CH Argenteuil, le Monsieur a été admis au SSR pour 3 semaines et Madame n'a eu aucun contact avec son mari car les enfants n'ont pas pu l'emmener. Le réseau a pour mission d'organiser le retour et le maintien au domicile, mettre en place une « aide humaine » et faire une évaluation au niveau médical et social du retour à domicile. Contact avec le gendre qui est très réticent à s'occuper de la mise en place d'aide et notamment d'aide ménagère. Au cours de la visite à domicile, il est constaté que Madame a une démence, que Monsieur présente des problèmes de déplacement et est d'ailleurs alité. Le médecin coordinateur se rend compte qu'aucune prescription n'a été faite pour les soins infirmiers, l'aide à la toilette, l'aide ménagère. Le CCAS a été contacté pour permettre la mise en place de ces aides, le dossier de l'APA a constitué, une évaluation des troubles cognitifs de Madame a été faite. Le CLIC a été contacté. Le médecin coordinateur a été amené à mettre en place les prescriptions médicales et à remettre dans le circuit le médecin traitant car il ne faisait plus de visite depuis 11 mois. Dans cet exemple d'un couple isolé, le but du réseau a été de remobiliser les acteurs du premier recours et les structures d'aide et de soins à domicile.

Sur le thème psychiatrie et souffrance psychique de la précarité - Intervention de Mme Jallat - Présidente de l'Union Nationale des Familles et Amis de Personnes Malades et Handicapées psychiques (UNAFAM)

Le mot précaire qualifie ce qui ne garantit aucune offre de durée.

Précarité : l'accès au logement et aux soins.

33 % des SDF souffrent de troubles psychiatriques sévères : on ne devient pas malade psychiatrique parce que l'on est à la rue mais si on est en souffrance psychiatrique le risque de se retrouver à la rue est considérable.

1 malade sur 3 habite au sein de la famille. Il laisse à sa famille le soin de gérer tout ce qui le concerne car il est incapable de s'assumer et lorsque les parents disparaissent il peut se retrouver à la rue. Les parents vieillissants se sont exténués à aider leur proche et trouver des solutions à mettre place quant ils auront disparu. Il est très difficile pour ces malades de trouver une location (ressources 760 euros mensuels). Ils ont également beaucoup de difficultés à obtenir un logement social et très peu de bailleurs les acceptent à cause des problèmes de voisinage. S'ils ne sont pas accompagnés de leur famille, d'un SAV ou d'un SAMSAH, ils ont beaucoup de mal à se loger.

En Ile-de-France, 230.000 personnes sont en difficultés et il y a 1.500 places en SAVS ou SAMSAH. Il faut que le logement soit intégré dans un dispositif pour retrouver une compatibilité entre la vie sociale et la vie en résidence d'accueil, où chacun disposerait d'un studio avec des pièces communes et la présence permanente d'une équipe d'hôtes pour gérer les situations difficiles. Il n'y a aucune structure de ce type « maison familiale » dans le Val-d'Oise.

La priorité de l'UNAFAM était de promouvoir la construction de trois logements de ce type sur le département. Le fait d'avoir un logement permet à la personne malade de se reconstruire, d'avoir un statut de citoyen avec des droits et des devoirs et une appartenance à la société. Le logement accompagné est une réelle sécurisation du parcours, la personne dispose d'un point d'encrage (surtout à la sortie d'hospitalisation); cela contribue à la poursuite du traitement et permet de ressouder les liens avec la famille.

L'autre grande cause de précarité, c'est les difficultés de l'accès aux soins : le malade ne le demande pas, c'est la famille qui le demande. L'UNAFAM souhaiterait que le SAMU ait du personnel spécialisé en psychiatrie. Car lorsque le malade est à domicile et en crise et que tous les services possibles ont été alertés et ne se déplacent pas, que faire ? car le malade peut être dangereux avec passage à l'acte sur les autres ou sur lui-même. Mais lorsque la décision d'hospitalisation est prise, il manque des places en psychiatrie. Il faut souvent que le malade attende un ou plusieurs jours qu'une place se libère.

Il faudrait remettre des lits en psychiatrie et trouver des structures pour accueillir des malades très atteints qui sont gardés à l'hôpital pendant des années alors que leur état ne nécessite pas forcément une hospitalisation mais un encadrement très spécialisé à l'extérieur. Ces malades bloquent des lits d'hospitalisation. On peut également parler des malades psychiatriques en prison qui représentent un tiers des effectifs, et on peut se demander si c'est forcément leur place. On peut également parler des malades qui sont soignés en Belgique. L'accompagnement familial est lourd et aussi très long : la maladie se déclare à l'adolescence et au début de l'âge adulte et ne se guérit pas. Il y a des périodes de rémission pendant lesquelles le malade est stabilisé grâce au traitement.

Présentation du Service Intégré d'Accueil et d'Orientation (SIAO)

Le service est géré par un opérateur l'Association ESPERER 95 qui gère le 115 et des CHRS (Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale). Le SIAO doit permettre de mieux répondre aux besoins d'hébergement des personnes en difficulté, mieux réguler les places sur le territoire et améliorer le diagnostic. Il a une mission d'observation au niveau départemental. Les outils existent mais il manque de diagnostic et d'inter-connexion des dispositifs.

Mise en place d'une coordination des acteurs de l'urgence sociale : beaucoup de partenaires sont présents, d'acteurs de terrain, représentants du Conseil Général, CCAS qui ont exprimé leurs grandes difficultés à pouvoir entrer en contact avec ces populations ayant des troubles psychiatriques. Une réunion de cette instance de coordination est prévue le 16/10/2012 à la Mairie de CERGY sur le thème psychiatrie - précarité santé. Les partenaires se rencontrent, échangent sur leurs difficultés et sur les problèmes de solution d'hébergement.

Le SIAO souhaite une meilleure identification des dispositifs et des référents, souligne l'absence de lits halte soins santé, l'absence de places adaptées aux différents types de publics et le manque d'appartements thérapeutiques et demande une information et une formation des travailleurs sociaux à la prise en charge de ces publics souffrant de troubles psychiatriques.

Intervention de Mme Isabelle VATTIAIRE - pôle hébergement ESPERER 95

Présentation de l'expérience menée au CHRS Oasis. Depuis plusieurs années, il a été constaté que les personnes qui sont reçues présentent souvent des pathologies psychiques pour lesquelles elles sont dans le déni. Les travailleurs sociaux se heurtent au fait que ces personnes n'ont pas de demande estimant que c'est leur entourage qui imagine toutes les difficultés.

Un projet mené par le CHRS avec le groupe immobilier 3 F a permis d'embaucher un psychologue. L'objectif est d'amener ces personnes aux soins pour qu'elles puissent accéder au logement et surtout s'y maintenir. Le passage en CHRS permet d'intégrer les personnes dans les réseaux de soins pour qu'elles puissent s'y maintenir de façon durable et autonome.

Intervention de Mr Vasseur Psychologue - Equipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP) : EMIL

L'EMPP intervient sur tout le Val-d'Oise, sauf sur Gonesse où il existe un autre EMPP, à la demande des travailleurs sociaux des CCAS, foyers, assistantes sociales des différents secteurs. On se déplace gratuitement.

Les populations rencontrées sont des populations précarisées qui la plupart du temps n'ont pas de demande de soins. Le but de l'équipe, c'est de les amener vers le soin, vers l'hôpital, les CMP ; le manque d'effectifs fait que l'on ne peut pas se déplacer aussi souvent que l'on voudrait. La plupart des personnes rencontrées ont des problèmes d'addictologie, de dépression et des troubles psychologiques.

Elle n'intervient pas dans l'urgence. Son rôle n'est pas de faire hospitaliser un patient sans son consentement mais d'amener les gens aux soins. Il y a beaucoup de dépressifs qui n'ont pas de papier (ils sont en attente de CADA) et qui sont là depuis des années et qui n'en peuvent plus (personnes hors secteur, hors circuit). Ils ne peuvent pas travailler tant qu'ils n'ont pas de papiers. Ce sont souvent des personnes qui viennent d'Afrique et qui ont subi des traumatismes (viols, tortures, cassures familiales....) et sont dans des situations dramatiques. Il y a aussi des personnes avec des troubles psychiques ou psychiatriques plus lourds mais c'est souvent des conduites addictives et des troubles de la dépression.

L'EMPP est rattachée au secteur de psychiatrie du Centre Hospitalier de Gonesse. Elle bénéficie d'une subvention de l'ARS depuis 2010.

Elle est composée de deux psychologues et d'une infirmière qui travaillent en liaison étroite avec les structures sociales et les maraudes de la Croix Rouge auprès desquelles elle intervient en appui technique. Il s'agit d'un travail de réseau mené par les différents partenaires sociaux. Des rencontres régulières ont lieu avec la Croix Rouge à l'Hôpital pour faire le point sur les situations individuelles.

Il s'agit de mettre du lien entre le secteur social et la psychiatrie. Entre 80 et 100 patients par an sont pris en charge par l'EMPP. On essaie de rediriger les gens exclus et les réorienter vers les associations de droit commun. Il y a beaucoup de personnes psychotiques qui sont plus vulnérables que dangereuses et ont des problématiques d'accueil. On va surtout travailler sur le pourquoi ils sont là, sur leur histoire. Il y a également beaucoup de dépression.

Intervention de Monsieur GARCIA - EMPP Gonesse

L'EMPP a un travail de supervision des travailleurs sociaux qui se retrouvent face à des situations de souffrance psychique et qui n'ont pas forcément les clés pour les prendre en charge

Il est précisé qu'en urgence interviennent : les pompiers, SOS médecins, les services d'urgences.

Intervention de Mr Lemaitre - Croix Rouge

L'EMPP n'intervient pas en urgence. Pour la crise délirante, c'est l'intervention des pompiers. Une rencontre a lieu toutes les deux semaines entre l'EMPP et la Croix Rouge où sont évoqués les cas qui relèvent de la psychiatrie. La Croix Rouge est un intermédiaire pour faire connaître à l'EMPP les gens qui ne fréquentent pas l'hôpital, ni la MDS, ni l'accueil de jour. Un travail de réflexion et d'analyse est mené sur chaque situation pour faire venir la personne vers le soin avec un accompagnement social adapté. On repère les gens et on les met en relation (mais il faut des fois 4 à 5 maraudes). Les sans abris sont souvent assez mal vus à l'hôpital car ils « squattent » l'hôpital et quand ils viennent pour des soins, ils ne sont pas considérés comme un malade classique. L'EMP fait un travail de liaison très apprécié avec les services de l'hôpital lorsqu'une hospitalisation est nécessaire. Ce travail de coordination entre les équipes est indispensable pour faciliter l'accès aux soins et le maintien dans les structures d'accompagnement et d'insertion sociale.

Intervention de Mr Mesure - Chef de service psychiatrie au CH d'EAUBONNE

Les PASS n'ont pas la même utilité dans tous les hôpitaux.

En ce qui concerne le besoin en personnel psychiatrique dans les SMUR, il rappelle les difficultés liées à la pénurie des psychiatres.

Il est conscient des problèmes rencontrés en ville et qu'il faut y répondre : il y a des CMP qui sont chargés de répondre aux signalements de situation d'urgence mais il rappelle le manque de lits d'hospitalisation. 20 à 30 lits en psychiatrie supplémentaires seraient nécessaires. Il y a des lits qui sont embolisés à l'année par des « vieux psychotiques » qui sont là simplement en hébergement faute de places adaptées à l'extérieur. Il faudrait créer des lieux de vie pour des « vieux malades mentaux » disséminés sur le territoire et à dimension humaine et également des services d'hospitalisation à domicile.

Mr Mesure indique que l'hôpital public traite des malades plus aigus et surtout des malades psychiatriques très très lourds.

Madame Rousseau remercie les intervenants pour la qualité de leur présentation et indique que le thème des personnes vulnérables sera traité lors de la prochaine conférence de territoire qui se tiendra le 25 octobre 2011. Pour le mois de novembre, la date du 15 est également retenue mais l'ordre du jour n'est pas encore finalisé.