*CLSM de Saint Denis*

## Réunion d’évaluation des situations d’adulte en difficulté (RESAD)

|  |
| --- |
| La RESAD est une instance technique de réflexion réunissant des acteurs des champs de la santé et du social qui, face à une situation complexe, vise à soutenir autant les professionnels (ou bénévoles d’association) que la personne concernée.  La RESAD permet de :   * analyser des situations médico-psycho-sociales complexes, en les resituant notamment dans leurs contextes, * évaluer puis définir des orientations de travail adaptées à chaque situation, engageant les intervenants sociaux ou médico-sociaux de terrain, ceci dans le respect des missions de chaque structure/service et dans les cadres légaux définis, * servir d’appui aux intervenants dans l’élaboration et la poursuite de leurs accompagnements, * organiser la coordination et le suivi des actions nécessaires, * renforcer les liens interinstitutionnels. |

|  |
| --- |
| **ELEMENTS JUSTIFIANT LA SAISINE DE LA RESAD** |
| ➢Personne majeure (+ 18 ans) dont la résidence temporaire ou permanente est située à Saint Denis  ➢Suspicion de problématique psychique ou trouble psychique avéré, ayant une incidence sur le plan social, médical, psychologique et/ou judiciaire  ➢ Echec de l’accompagnement : les actions déjà mises en place ne suffisent pas face aux difficultés psychiques et/ou sociales  **N.B.** Le RESAD n’a pas vocation à traiter les urgences. |
| **MODALITE DE SAISINE DE LA RESAD** |
| La RESAD peut être saisi par tout professionnel, appartenant à une institution, une association ou un organisme qui relève du champ médical, médico-social ou social et qui est en lien avec la personne concernée par la situation complexe.  Le professionnel demandeur doit :  - avoir informé la personne de la saisine de la RESAD et recherché son accord  - avoir déjà mobilisé l'entourage familial, les personnes ressources de sa propre institution et les acteurs du droit commun, ainsi que le réseau des partenaires existants,  - estimer que les risques que l’aggravation de la situation font encourir à la personne et/ou à son entourage nécessitent de saisir l’instance,  - adhérer au fonctionnement de la RESAD et à ses principes éthiques |

|  |
| --- |
| Pour présenter une situation  le professionnel demandeur remplit la fiche de saisine et l’envoi par mail à [**eleonora.capretti@ville-saint-denis.fr**](mailto:eleonora.CAPRETTI@ville-saint-denis.fr) au plus tard de 2 semaines avant la tenue de la réunion.  À réception de la fiche :   * Si la situation ne relève pas de la RESAD, la coordinatrice oriente le demandeur vers le dispositif ou l'interlocuteur qui lui semble le plus adapté. * Si la situation relève de la RESAD, demandeur et coordinatrice prennent ensuite contact avec les partenaires en lien avec la situation. Si certains professionnels ne peuvent se rendre disponibles pour assister à la réunion, ils peuvent néanmoins transmettre précisément leurs informations à leur interlocuteur.   Les réunions ont lieu les ***Mardis après-midi*** (**de** **14h à 17h**) en visio-conférence.  En fonction de la participation de la personne concernée ou d’un proche le présentiel sera envisagé.  Les personnes présentes en réunion : la coordinatrice du CLSM, les membres permanents (Psychiatrie- CMP, SSM et/ou CCAS, La trame, PROSES, professionnel santé de la CPTS), les membres invités et le professionnel demandeur avec ou sans la personne concernée.  Si la personne concernée n'était pas présente, le professionnel demandeur s'engage autant que possible à lui restituer les propositions émises en réunion.  Un tableau récapitulatif est envoyé aux participants mais qui reste un complément par rapport les informations dont chaque professionnel est responsable de retenir pour les suites envisagées pour la situation. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CALENDRIER 2024** | | | |
| 16 JANVIER 2024 | Mardi 27 Février | Mardi 19 MARS | Mardi 23 Avril |
| 28 MAI | 18 JUIN | 16 JUILLIET | *Vacances d’été* |
| 17 SEPTEMBRE | 15 OCTOBRE | 12 NOVEMBRE | 10 DECEMBRE 2024 |

N.B. Le calendrier peut subir des modifications, vous aurez confirmation de la date une fois envoyé la fiche.

Si vous avez des questions vous pouvez contacter Eleonora CAPRETTI, Coordinatrice du Conseil local en santé mentale (CLSM) au **01.49.33.63.14**

**Eleonora.Capretti@ville-saint-denis.fr**

## FICHE de SAISINE de la RESAD

|  |  |
| --- | --- |
| LE PROFESSIONNEL DEMANDEUR | |
| Date de remplissage de la fiche | Nom, prénom et profession | |
| Coordonnées (tél/mél) | Service/structure | |

|  |  |
| --- | --- |
| INFORMATIONS SUR LA PERSONNE CONCERNEE | |
| La personne est-elle informée de la demande de RESAD Oui non  La personne a-t-elle donné son accord pour le passage en RESAD ? Oui non  La personne sera-t-elle présente lors de la RESAD ? Oui non | | |
| Nom/ Prénom | Adresse | |
| Date de naissance | Sexe ☐ F ☐ M | |
| Demande exprimée par la personne : | | |

|  |  |
| --- | --- |
| SITUATION ACTUELLE DE LA PERSONNE | |
| ETAT CIVIL :  Célibataire  En couple Separé.e  Divorcé.e  Veuve/veuf  | Enfants   nombre et âges…………… | |
| Mesure de protection juridique ? ☐ | Coordonnées du tuteur/tutrice : | |
| Est-ce qu’il a un médecin traitant ?  Nom, Prénom / Coordonnées | | |
| En emploi ? Quelles expériences professionnelles passées ? | | |
| De quelles ressources dispose la personne (allocations, emploi, couverture sociale, logement…) ? | | |
| Réseau familial/amical soutenant/impliqué identifié? | | |

|  |
| --- |
| QUELS SONT LES MOTIFS POUR LESQUELS LA RESAD EST SOLLICITEE ?  P*réciser les antécédents médicaux ou sociaux en rapport avec la situation* |
| Santé (psychiatrie, souffrance psychique, addiction, somatique…) |
| Sociale (accès aux droits, protection de l’enfance, situation de séjour irrégulier, grande précarité…) |
| Logement (accès au logement, logement inadapté, dette locative, troubles du voisinage…) |
| Autres motifs |
| QUELLES DEMARCHES AVEZ-VOUS DEJA MISES EN ŒUVRE AVANT LA SAISINE DE LA RESAD ? | |
|  | |

|  |  |
| --- | --- |
| SUIVI SOCIO-SANITAIRE : Acteurs qui connaissent/ suivent la personne | |
| CMS – Centre municipal de santé, **préciser lequel**  PMI- Protection materno-infantile  Service Social Municipal  CCAS  Maison de la Solidarité  Service du Maintien à Domicile  Service d’Hygiène et de Santé  Maison Justice et Droit (MJD)  CSAPA (Alcool, Toxicomanie), **à préciser**  PROSES  CHSD, **préciser le service de l’Hôpital Delafontaine** | CMP G01  CMP G02  EMPP RIVAGES OU ESTIM 93  Plateforme Jeunesse Santé mentale 12- 25  La Trame  Groupe Entraide Mutuelle L’Entre Temps  Associations : A Plaine Vie, Unafam, **à préciser**  Bailleur, **à préciser**  Commissariat (PN)  Objectif Emploi – Mission locale  Association Canal  Autres professionnels ou institutions : …………………………………………………. |

|  |
| --- |
| Quels acteurs souhaiteriez-vous convier à la RESAD pour discuter de la situation ?  => **IMPORTANT : indiquer leur nom et coordonnées mail afin de leur envoyer l’invitation à la RESAD** |
|  |