



A . P . R . A . S .

**"FRAGILITES PSYCHOLOGIQUES,
ET TROUBLES DE LA VIE SOCIALE**

**ROLE DES INSTITUTIONS,
PRATIQUES DES PROFESSIONNELS"**

Recherche-action sur RENNES METROPOLE

Rapport de fin de la première phase

Septembre 2003

Jean-Yves BROUDIC

3, boulevard Emmanuel Svob

56100 LORIENT

Tel. 02 97 21 64 29 / 06 86 41 69 11

Fax : 02 97 21 71 24

E-mail : jy.broudic@wanadoo.fr

SOMMAIRE

INTRODUCTION p. 4

PARTIE I : ANALYSE DES ACTEURS INSTITUTIONNELS p. 7

Entretiens avec élus et professionnels.

- Rennes Métropole	p. 8
- Ville de Rennes	p. 11
- Département	p. 25
- DDASS	p. 29
- CHGR	p. 32
- Justice	p. 51
- Police Nationale	p. 53
- CAF	p. 56
- OPHM Ville de Rennes	p. 59
- Aiguillon Construction	p. 63
- Espacil	p. 67
- OPAC 35	p. 70
- ATI	p. 74
- APASE	p. 80
- ALFADI	p. 86
- CRAM	p. 91
- OPTIMA	p. 95
- SOS Médecins	p. 99

PARTIE II : ANALYSE TRANSVERSALE p. 105

I- Les publics p. 107

- A- Observe –t-on une réalité nouvelle ?
- B- Représentations des élus et des professionnels
- C- Une lente évolution perceptible statistiquement
- D- Les difficultés du 'vivre ensemble'
 - a- les processus de désinsertion
 - b- les problèmes de cohabitation
 - c- la répartition spatiale

II- les dispositifs d'intervention p. 125

- A- Les dispositifs ordinaires et leurs limites
 - a- le contrat impossible ou difficile à tenir
 - b- la demande et le suivi thérapeutiques
 - c- dernier recours ou déplacement des publics ?
 - d- la multiplicité des intervenants sur des territoires non homogènes

B- Initiatives prises pour améliorer les modes d'intervention	p.144
a- l'appel à de nouvelles compétences	
b- l'articulation des suivis à domicile	
c- pratiques de lieux de concertation	
C- L'hospitalisation et l'hébergement	p.151
a- capacités et modes d'hospitalisation	
b- l'indétermination face aux situations de crise	
c- le chassé-croisé entre dispositifs et institutions	
d- morcellement et continuité des interventions	
e- le déficit de solutions alternatives	
III- <u>Propositions et pistes de travail</u>	p.171
A- Partenariat et instance de rencontre	
B- Un travail en réseau au niveau de territoires pertinents	
C- Coordination et renforcement des interventions à domicile	
D- Définition de protocoles pour l'hospitalisation sans consentement	
E- Création de solutions alternatives d'hébergement	
F- Animation d'un politique locale	

PARTIE III : ANNEXES **p. 191**

- 1- statistiques nationales HDT et HO
- 2- extraits du rapport de gestion 2002 du CHGR
- 3- données de l'OPAC 35
- 4- articles de presse

INTRODUCTION

Comme prévu, les investigations prévues dans le cadre de la première phase de ce travail ont consisté à procéder à des entretiens avec des élus, des responsables de service et des professionnels de terrain.

L'objectif d'une telle démarche était que l'état des lieux souhaité ne soit pas uniquement un travail d'un consultant extérieur mais permette une implication des principaux acteurs concernés. C'est pourquoi également nous avons choisi de retranscrire l'ensemble de ces échanges (au total 26, avec 52 personnes, la plupart ayant été enregistrés), de soumettre cet écrit à nos interlocuteurs avant de les reprendre in-extenso dans la première partie de ce rapport.

Nous pensons en effet qu'au delà des larges extraits que nous utilisons dans la seconde partie intitulée 'Analyse transversale', il est intéressant que tous les professionnels intéressés puissent avoir accès aux propos de collègues d'autres institutions. Il nous semble que cela permettra de mieux comprendre les logiques d'action de chaque service, et les représentations qui les sous-tendent. Cela nous paraît une démarche essentielle pour dégager au préalable quelques convergences quant aux analyses, et éventuellement quelques pistes quant à l'évolution des dispositifs.

Nous proposons une lecture synthétique de l'ensemble des données et informations dans la deuxième partie de ce rapport, qui peut être lue séparément.

Chaque entretien donne lieu à une restitution organisée selon les rubriques suivantes, qui correspondait à la grille d'intervention :

- position institutionnelle
- cadre d'intervention, notamment légal et réglementaire
- appréciation générale de la question
- publics et caractéristiques des publics
- observations sur les dispositifs actuels
- attentes, perspectives d'évolution, priorités
- autres observations.

Le tableau ci – dessous donne le détail des entretiens réalisés dans le cadre de cette étude.

Institutions ou organismes	Personnes concernées	
Rennes Métropole	<p>Elus :</p> <p>Mme Tascon Menestrier (Ville de Rennes), Mme Delafosse (maire de Le Verger), M. Lelièvre (adjoint à Thorigné-Fouillard), Mme Le Cadre (maire de Vezin le Coquet), M. Gérard, maire-adjoint de la Ville de Rennes, chargé de la sécurité, créateur d'OPTIMA</p> <p>Services :</p> <p>M. Dreuslin, chargé de mission habitat (CLH) Mme Couval, chargée de mission</p>	
Ville de Rennes	<p>Mme Fourdan, DGSS – direction générale Solidarité Santé Mme Tyrant, Comité Consultatif "Santé dans la ville" Mme Ertz, chargée de mission, prévention de la délinquance Mme David, DGPA, direction générale des prestations administratives, chargée des ressources humaines M. Couet, DGPA, directeur territorial, chargé de mission</p>	
Département	<p>M. Hamonic (coordination politique de la ville et relation CDAS) Mme Leguen (médecin, mission santé adultes)</p>	
DDASS	Mme Brunet, médecin - inspecteur	
CHGR, Centre Hospitalier Guillaume Régnier	<p>Mme Guivarc'h, directrice – adjointe : affaires générales – direction de l'hospitalisation M. Pistien, psychiatre, chef de service, secteur G - 10 M. Levoyer, psychiatre des hôpitaux, centre St Exupéry (secteur G 03) Mme Hervault, assistante sociale Mme Orgeas (psychologue), M. Bréger (infirmier), équipe mobile psychiatrie – solidarité</p>	
Justice	M. Calut, vice procureur	

Police Nationale,	M. Jousset, commandant de Police, Etat-Major, Direction Départementale	
CAF	Mme Crequer, sous-directrice chargée de l'action sociale	
OPHLM Ville	M. Magnaval, sous-directeur, responsable du service de gestion Mme Lebrun, chargé du suivi de la gestion locative, Mme Ferré, conseillère sociale	
Aiguillon Construction	Mme Léger, Mme Colliot (études sociales)	
ESPACIL	M. N'Guyen (gestion locative), Mme Rault (conseillère)	
OPAC 35	M. Gilles, responsable du département action sociale M. Sablé, conseiller social	
ATI	Mme Virolle (déléguée à la tutelle, responsable de secteur), M. Blain, M. Pencollé, Mme Longueure (délégués)	
APASE	Mme Filleul (responsable de service), Mme Le Gleau, M. Hello, M. Pescot (délégués)	
ALFADI	M. Dufeu (directeur par intérim), Mme Gélinau, Mme Soulard, Mme Snoeck, M. Le Moine, M. Mina	
CRAM	Mme Macq, assistante sociale	
CHU	Mme Glatre (assistante socio – éducative au service des urgences)	
OPTIMA	M. Bernicot (directeur du pôle Médiation) M. Dufayet, correspondant de nuit	
CAO	M. Ostorero (directeur de la Sauvegarde)	
SOS Médecins	Mme Barbotin, médecin, présidente de SOS Médecins	

Les entretiens avec M. Ostorero, Mme Glatre n'ont pas donné lieu à une fiche de restitution écrite. Certains éléments de ces échanges ont cependant été intégrés dans la partie d'analyse de la seconde partie. L'entretien avec les élus de Rennes Métropole a été soumis à quelques autres élus qui n'y ont pas apporté de modifications.

Dans certaines parties nous faisons référence à quelques monographies qui ont été réalisées dans le cadre du Comité Consultatif Santé de la Ville de Rennes en fin 2002, selon une numérotation et une référence qui y a été utilisée.

PARTIE I : ANALYSE DES ACTEURS INSTITUTIONNELS

Comptes-rendus des entretiens réalisés.

Structure	<i>Elus de Rennes Métropole : représentants des communes suivantes. Mme Tascon Menestrier (Rennes), Mme Delafosse (Le Verger), M. Lelièvre (Thorigné-Fouillard), Mme Le Cadre (Vezin le Coquet), Mme Couval, chargée de mission à Rennes Métropole.</i>
Position institutionnelle	Maires ou adjoints élus des communes.
Cadre légal et réglementaire d'intervention	Code des collectivités locales.
Publics et caractéristiques des publics	<p>Différentes situations individuelles ont été évoquées. Ces situations sont restituées ici sans mention des noms des communes (sauf dans un cas notoire), afin de respecter un certain anonymat :</p> <p>- "J'ai été confronté en tant que maire et en tant qu'employeur à une situation de personne salariée de la commune, avec de graves problèmes... qui a fait des tentatives de suicide, de pendaison, et des cures...L'équipe de travail la connaissait bien et on s'est démené pour que ce père de famille s'en sorte. J'ai demandé au chef de service de l'aider, de l'accompagner, on essayait de passer des contrats.. mais ce n'était pas facile. Cette personne là avait confiance en nous finalement et était incapable de se soigner tout seul.. J'attendais beaucoup du spécialiste de la psychiatrie, qu'il crée du lien avec les gens de notre service qui vraiment le prenaient en charge, si les gens le voyaient en difficulté, ils allaient parler avec lui, ils étaient ouverts...J'aurais souhaité qu'on soit au moins sensibilisés à une démarche d'aide, on était partant pour l'aider. On aurait pu faire un rapport et le virer...mais c'était un jeune, avec des enfants, on ne savait pas comment s'y prendre...</p> <p>- "Moi j'ai une employée, suivie par une antenne du CHS...c'était une personne qui avait perdu la tête suite à un divorce ; au début elle travaillait avec quelques heures de ménage, sa situation a évolué petit à petit, elle est titulaire d'un poste maintenant, elle fait presque un temps plein. Il y a eu une relation de confiance, à partir du moment où elle a été embauchée, tant qu'elle n'avait pas un poste fixe, elle ne se sentait pas comme les autres, maintenant, je n'ai plus de souci du tout...</p> <p>- "Une autre personne... c'était quelqu'un qui vivait dans sa ferme, il y avait un jeune d'un village voisin qui lui portait de la soupe. Et nous on ne pouvait pas l'approcher, il se sauvait devant les gens. On le connaissait quand même. Avec la CLI, on s'était dit qu'il fallait qu'on le sorte de là, on lui a proposé d'aller faire de l'entretien dans les bois, on ne le voyait pas travailler dans le bourg...Mais on s'était trompé...Sa situation a évolué petit à petit. Du statut de CES il est passé à CEC, il y a deux ans. Il s'est senti comme les autres parce qu'embauché comme les autres. Il est aujourd'hui à temps plein, on l'a obligé à manger au restaurant le midi, il m'écoute, il travaille, il est titulaire maintenant à 33 heures, même si l'alcool c'est limite, et quand il a bu, il est joyeux...</p> <p>-"Autre cas d'une personne très violente, proférant des menaces, avec des problèmes au niveau de son travail (il a une petite entreprise qui ne marche pas).C'est toujours par téléphone que ça se passe. Il reproche à la commune le déplacement des panneaux de signalement,...Quand ça ne va pas, il faut qu'il trouve un bouc-émissaire, moi ou un autre élu...Il ne sollicite aucune aide, il a des enfants. ...C'est quelqu'un qui peut être très gentil et qui peut nous harceler,</p>

	<p>mais je ne sais pas que faire...</p> <p>- à Le Verger, on a vécu une autre situation, celle de l'assassinat d'il y a quatre ans, où il y a eu quatre morts, on a eu cette situation à gérer, sans savoir comment faire, et les proches étaient également seuls ...On a entendu le reproche : pourquoi vous n'aviez pas porté plainte ? il était dangereux ! Après on en rencontré les gens de SOS Victime et on a fait travailler quelques personnes avec eux et ça s'est très bien passé, ce qui a été difficile ça a été de garder les liens avec la famille mais on a réussi, la population ne les a pas rejeté.</p> <p>- " Une autre situation a été celle d'un jeune abusant de la drogue, et roulant comme un bolide avec sa voiture régulièrement dans une commune. Ses parents étaient démunis face à lui. De plus, à un moment, il était avec un délire, il se disait producteur de musique...Prévenue pour ses excès de vitesse, la Gendarmerie disait qu'il fallait voir cela avec le médecin...Un soir on a réussi à le bloquer dans la salle du conseil le médecin est arrivé. Les parents ont demandé l'internement, et les gendarmes sont venus alors. Aujourd'hui il est chez lui et en hôpital de jour, et il attend une place pour une formation.</p> <p>- "Cas d'une dame de 62 ans, sans revenus, sans AAH, alors qu'elle y aurait droit, elle n'a jamais voulu faire les papiers, elle vit avec 400 F. / mois, seule sans eau, ni électricité, dans une maison individuelle ... Les voisins sont inquiets, elle fait du feu dans son jardin, les gens ont peur, même s'ils l'ont aidée, ils craignent qu'elle ne mette le feu à sa maison... Et j'ai appelé tous les travailleurs sociaux, de la CAF, du CDAS, etc., j'ai appelé le Secours populaire, aucun ne peut rentrer chez elle : J'ai fait tout par écrit et j'ai des réponses administratives : "<i>Nous ne voyons pas ce que nous pouvons faire pour elle....</i>" ; ou : "<i>Il faut qu'elle se déplace pour faire telle demande d'aide...</i>" Tout le monde me dit qu'elle est en danger, je ne peux pas faire une Hospitalisation d'Office, car la police me dit qu'il y a pas de problème et il n'y a personne autour d'elle pour faire une HDT. Ni une AS ni le secteur psychiatrique ne sont en mesure d'intervenir... La situation dure depuis Noël.</p> <p>- Cas semblable dans une autre commune : une personne qui vit dans sa cabane, autour de lui, un tas d'immondices, il n'y a pas moyen de l'approcher, pas méchant, on le voit sur le bord de la route. Et on se dit : Où est la limite de non assistance à personne en danger ?</p> <p>- On a une expérience d'H.O., avec une bonne collaboration de la Gendarmerie, d'une aide de l'AS, du CHSP, et on a eu presque l'adhésion de la personne que l'on connaissait depuis longtemps, on a réussi à la persuader de se faire soigner. On ne l'a pas brusqué. Il créait des troubles importants, on l'a rencontré de nombreuses fois, pour essayer de le faire soigner, il avait déjà fait des séjours au CHS, et il s'était aperçu qu'il n'avait plus ses copains et en souffrait. Avec un arrêté de réquisition, avec l'intervention des gendarmes et de l'hôpital, il est resté 2 mois, il a un traitement aujourd'hui.</p>
<p>Observations sur les dispositifs actuels</p>	<p>- C'est très dur de prendre la décision d'interner un jeune, parce qu'on ne sait pas si on fait bien ou non, et parce qu'il y les parents. Dans le cas évoqué on a pu le faire parce qu'on avait le soutien familial...mais après plusieurs mois. Le dilemme est toujours le suivant : demander l'hospitalisation n'est-il pas abusif ? ne pas la demander n'est-ce pas prendre un risque par rapport au danger potentiel encouru par cette personne et d'autres de son entourage ?</p>

	<p>- Sur la commune, on a des gens pour qui on est sollicité soit par le médecin, soit par les gendarmes, pour des internements d'office, pour signer des papiers, dans une petite commune comme la notre, on connaît les gens, si le médecin estime que c'est nécessaire et bien, on le fait.</p> <p>- Une différence entre la Ville de Rennes et les autres communes de Rennes Métropole, c'est que sur Rennes, c'est la Police qui est toujours à l'origine d'une démarche d'hospitalisation d'office (HO) et qui sollicite pour cela la Ville, alors que sur les communes représentées, c'est plus souvent les élus qui sont à l'origine de la démarche et qui sollicite le concours de la Gendarmerie ;</p> <p>- Sur la Ville de Rennes, je me suis battue souvent avec la police pour que ce soit les parents qui finissent par faire hospitaliser, parfois il faut discuter avec les parents pendant une journée entière... On a une image très ancienne de l'hospitalisation d'office, liée à l'internement abusif. La DDASS a depuis quelques temps beaucoup aidé à la déculpabilisation par rapport à l'hospitalisation d'office. Mais une HO n'est pas quelque chose de facile à faire, sur Rennes on en fait environ 30 par an...Il y a la crainte des effets après-coup de l'hospitalisation, craintes des menaces notamment.</p> <p>- Sur nos communes, pour les personnes en grande difficulté, on organise au niveau des CCAS, assez régulièrement, une réunion avec les différents intervenants qui suivent la personne : le CDAS, le service RMI, la Mission locale ou Alfadi, les tutelles, le prêtre ouvrier s'il accompagne cette personne, etc. On a environ 4 et 5 réunions de ce type dans l'année sur la commune de Thorigné – Fouillard, l'ordre du jour est fixé par un des partenaires...Mais la psychiatrie n'est pas présente à ces réunions. Quelquefois, on tombe dans des familles que l'on connaît et on a le sentiment qu'on peut apporter des éléments à des gens qui accompagnent la personne. On échange sur la personne, dans un cadre confidentiel, et on a des résultats qui sont plus probants. Il y a toujours un chef de file et la personne sait que l'on se voit.</p> <p>- en Bretagne, nous avons le nombre de psychiatres le plus élevé de France, ainsi que le nombre de visites par médecin le plus élevé, ce qui pose quand même question, et dans la mesure où on est une région où il y a aussi une grande consommation d'alcool, nous n'avons pas non plus le même recours à la psychiatrie.</p>
<p>Attentes perspectives d'évolution, priorités</p>	<p>Question sur les dispositifs, sur les manques ressentis :</p> <ul style="list-style-type: none"> - intérêt exprimé pour un lieu ou une personne référente à Rennes Métropole pour aider les élus sur ce type de situation, - besoins d'informations et de précisions sur les procédures - en cas d'HO, question relative au droit du maire à entrer dans le logement en cas de danger (cas d'un médecin qui sollicite la présence d'un maire d'une commune pour aller faire une visite) - en cas de suicide, question relative aux cellules disponibles (bénévoles ou professionnels) pour venir voir les familles ou les personnes concernées.
<p>Connaissance d'expériences extérieures</p>	

Entretien le 9 juillet 2003

ETUDE APRAS. - RESTITUTION DES ENTRETIENS

Structure	<i>Ville de Rennes</i>
Position institutionnelle	<i>M. Gérard, maire-adjoint chargé de la sécurité, créateur de l'association OPTIMA.</i>
Appréciation générale de la question	<p>En tant qu'adjoint à la sécurité, je suis très concerné par cette question des personnes avec des fragilités psychologiques, je constate au travers des rapports des correspondants de nuit d'OPTIMA que l'on a deux origines pour les troubles forts :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les appartements d'insertion - toutes les personnes qui craquent, perdent pied, entrent en conflit avec leur environnement. <p>Cela peut induire des enchaînements de faits conduisant à des choses sérieuses en terme d'impacts sur le voisinage, ça remet en cause le principe du '<i>bien vivre ensemble</i>'. A l'extrême certaines situations qui se dégradent se sont conclues par un meurtre et un suicide, ce qui a eu un énorme impact sur le voisinage.</p> <p>Ces personnes qui sont dans leur logique peuvent bousculer la vie normale des habitants et des professionnels, et se traduire par des menaces, comme cela est arrivé récemment à un responsable institutionnel.</p> <p>OPTIMA a déposé un dossier auprès de la Préfète, et conduit une démarche au niveau national à ce sujet : ne pourrait-on pas rapprocher, de manière structurée, les Correspondants de nuit des autres professionnels ? les adosser aux professionnels du CHGR, à la psychiatrie de secteur, de façon à ce que dans des cas comme ça, on puisse travailler de concert ?</p>
Publics caractéristiques des publics <i>et</i>	<p>Pour se rendre compte des situations que l'on rencontre, on peut se référer aux monographies produites par OPTIMA à la fin de 2002.</p> <p>Un seul exemple : suite à une situation de troubles créés par un groupe de jeunes sur un quartier Sud de Rennes, après alerte de la Cellule d'examen de situation, on s'aperçoit que dernière cette situation il y a un jeune qui est en profonde souffrance, avec des attitudes addictives et des actes délinquants de plus en plus forts ; il a besoin de se faire soigner mais il a peur de solliciter l'aide médicale, car il a peur de déchoir face à ses copains, d'être rejeté.</p> <p>Dans cette situation, comment faire pour que le jeune puisse avoir une personne extérieure à sa famille à qui parler ? Ceci relève à la fois d'un suivi avec un médecin, mais aussi de la liaison avec d'autres professionnels de terrain, tels que les Correspondants de nuit, en situation d'alerte...</p>
Observations sur les dispositifs actuels	<p>Nous portons une attention très grande à la déontologie d'intervention dans les cellules de veille et les cellules d'examen de situations des quartiers dans le cadre du CLS ; il y a un cadrage : en tant qu' élu, je ne suis pas présent dans les cellules d'examen de situations individuelles, alors que dans beaucoup de Collectivités locales on mélange les choses. Cela constitue une garantie pour les professionnels.</p> <p>Dans cette cellule d'examen, on partage les approches respectives avec l'idée de faire surgir une réponse qui ne soit pas une réponse de sanction..... Mais dans les cellules d'examen de situation dans les quartiers, le CHGR vient très rarement.</p>

	<p>Sur ces instances, la réactivité n'est pas absolue, on ne réussit pas à partager en temps réel de manière correcte les différents événements qui concernent les situations d'insécurité, parfois l'effet retard peut être important. On va remettre à l'étude le contrat local de sécurité, dans une optique de veille. Cela pourrait être organisé avec un partenariat plus étroit avec l'institution scolaire, spécialement les collègues. Dans le partage des infos, il y a une boucle qui ne fait pas toujours.</p>
<p>Attentes perspectives d'évolution, priorités</p>	<p>Notre analyse est basée sur le constat de situations, où les Correspondants de nuit sont face à un vide. Quand quelqu'un fait des crises régulièrement dans son appartement, il n'y a pas souvent d'intervenants pour gérer la crise, et en amont il n'y a pas toujours de suivi ni dans la médecine générale ni au CHGR.</p> <p>Comment pourrait-on construire des protocoles d'intervention pour les personnes en grande souffrance, telle que celles qui hurlent la nuit régulièrement dans leurs logements ? Que peut-on faire en amont devant de telles situations ? Dans les protocoles thérapeutiques, il y a des vides... Les correspondants de nuit ayant la capacité d'être présents dans ces moments de crise, ne peut-on pas resserrer les liens, et trouver de nouvelles réponses ? Il est nécessaire d'avancer sur ces questions, sinon les appartements d'insertion HLM seront remis en cause.</p> <p>Sur les pathologies les plus sensibles, ne pourrait-on pas imaginer de travailler sur des indicateurs d'alerte construits avec les professionnels, permettant de repérer une évolution dangereuse, de façon à ce que les crises dans le cadre de l'habitat puissent être gérées de manière plus correcte ? Les Correspondants de nuit réussissent à entrer régulièrement au domicile des personnes, parce qu'il y a un rapport de confiance. Leur difficulté porte sur le repérage d'une pathologie, d'où l'idée d'augmenter le recours à l'expertise psychologique au sein d'OPTIMA.</p>
<p>Connaissance d'expériences extérieures</p>	

Entretien le 10 juillet 2003

<i>Structure</i>	<i>Rennes Métropole</i>
<i>Position institutionnelle</i>	<i>M. Gilles Dreuslin, chargé de mission CLH</i>
<i>Cadre d'intervention</i>	<i>Animation de la CLH, commission locale de l'habitat.</i>
<i>Publics et caractéristiques des publics</i>	<p>La CLH de Rennes Métropole est l'une des 7 CLH du département mise en place dans le cadre du Plan Départemental d'Action Pour le Logement des Plus Démunis (PDALPD) et anime :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une commission technique mensuelle - les commissions d'instructions du FSL (1400 ménages aidés financièrement pour l'accès ou le maintien en 2002) - une commission offre, qui statue sur les demandes de logement prioritaires sur l'agglomération (1200 dossiers examinés et 900 validés pour un relogement social prioritaire en 2002) <p>Cette dernière commission oriente les ménages essentiellement vers le parc géré par l'AIVS (30%) vers des structures sociales (FJT, CHRS, résidences sociales), les logements réservés à la CLH dans le parc social ordinaire de l'agglomération, vers l'habitat adapté (2% des demandes en 2002), des mesures d'accompagnement social liées au logement.</p> <p>L'orientation vers l'habitat adapté (au sens d'un logement relativement isolé et conforme aux modes de vies des personnes) concerne les ménages dont l'accès ou le maintien dans le logement ordinaire social est considéré comme difficile en raison de leurs modes de vie et comportements sociaux, liés à différents troubles. Dans l'idéal « l'habitat adapté » doit garantir la sécurité, la tranquillité du voisinage et l'insertion de la personne dans son logement et son environnement.</p> <p>Aujourd'hui, 78 ménages sont inscrits sur cette orientation. Les demandes sont instruites par les services sociaux en lien avec les bailleurs sociaux quand les personnes sont déjà dans le parc public. Les organismes HLM peuvent également solliciter directement la CLH pour une mutation vers un habitat adapté lorsque les locataires du fait de leurs difficultés ne bénéficie plus d'accompagnement social.</p> <p>40% de ces ménages sont des personnes isolées. Beaucoup d'entre eux ont un long passé d'errance, pas d'insertion professionnelle, des relations amicales et familiales très réduites. Pour certains les services sociaux constituent souvent leur seul soutien.</p> <p>Pour près de 40% de ces demandes de la part des isolés, parmi les motifs qui soutiennent la demande, sont mentionnés explicitement des troubles psychiatriques ou psychologiques (12 isolés, un couple et une famille), et ce sans compter les problèmes d'alcool, l'ensemble générant d'importants troubles de voisinage, et de façon pérenne. Cela n'exclue pas que les autres situations ne sont pas concernées mais renseigne uniquement des symptômes (bruits, agressivités, envahissement du logement..) sans préciser l'origine des difficultés (troubles psychiatriques ou autre).</p> <p>On peut distinguer deux catégories :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les personnes logées dans le parc social, proposées par les organismes HLM en lien avec les services sociaux, avec qui il est plus facile de

	<p>travailler, parce qu'elles sont généralement en relation avec des professionnels ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - les personnes en errance, hébergées ou à la rue, en logement AIVS parfois proposées par les services sociaux spécialisés (CAO, CHGR, ATI, APASE, CHU, ALFADI...), mais avec qui les relations sont épisodiques. Ces personnes peuvent être en lien avec le dispositif RMI, mais actuellement les ALI ne font pas de dossiers logement, même si le logement peut être inclus dans le contrat d'insertion.
Observations sur les dispositifs actuels	<p>Dans le public adressé à la CLH, pour quelques personnes sont évoqués des troubles psychiatriques avec un passé récent en centre de soins spécialisés, un projet de sortie d'hospitalisation CHGR ou clinique psychiatrique. Les orientations de la commission offre sont alors variées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le plus souvent un reports (ou rejet) dans l'attente de connaître les modalités du suivi (soins et social) à l'entrée dans un logement ou un hébergement. - la résidence Beaumont avec une demande d'évaluation, - Alfadi - Logement Aivs avec accompagnement social <p>Dans la commission habitat adapté, arrivent des demandes dont on sait que le logement n'est pas la réponse, parce que les problèmes de comportements liés à des difficultés psychologiques ou des troubles mentaux sont dominants. Par exemple, une personne présentée par l'APASE : elle a déjà été expulsée d'un logement locatif privé pour troubles de voisinage liés à des troubles psychologiques, il y a une demande pour elle dans le parc de l'AIVS. La réponse de la commission a été négative.</p> <p>Au moins deux situations concernent également des personnes isolées avec des troubles importants refusant tout suivi et en phase d'expulsion dans des logements AIVS. S'ils sont inscrits comme demandeur d'habitat adapté, le logement seul sans suivi ou prise en charge est voué à l'échec.</p> <p>Le problème, c'est que la production actuelle de logements adaptés, par les organismes HLM (16 ménages logés en 2002 et 13 entre janvier et juillet 2003), est plutôt constituée de logements familiaux, alors que les personnes isolées et les couples sans enfants constituent 50 % des demandeurs. En 2002, une seule personne seule a pu accéder à un logement de ce type réalisé par Aiguillon Construction. Et en 2003, les relogements de 2 personnes isolées (dont l'une avec d'importants troubles) sont en cours par l'OPHLM et par Espacil.</p> <p>La CLH constitue un lieu de concertation et d'échanges entre différents partenaires sur certaines situations, mais seulement du point de vue de la demande de logement.</p> <p>Quelquefois, on participe à d'autres lieux de synthèse, à la CAF, à la CAO, dans un CDAS, ou dans une cellule d'examen de situations dans le cadre du CCPD, le plus souvent sur la base d'une réunion, plus rarement plusieurs.</p>
Attentes perspectives d'évolution, priorités	<p>Il est nécessaire de diversifier les formes d'hébergement sur Rennes Métropole permettant de lier logement/hébergement adapté et accompagnement adapté.</p> <p>Il y a plusieurs projets à ce sujet :</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - l'UDAF avec la formule des familles gouvernantes - le foyer Benoît Labre avait un projet de Maison Relais, qu'il oriente maintenant vers une formule de logements locatifs avec APL - des parents organisés sous forme associative Itinéraires Bis à Pacé, qui veulent associer un hébergement et un service d'insertion professionnelle. - Extension de l'Hôtel social Beaumont
<i>Connaissance d'expériences extérieures</i>	Les familles gouvernantes dans la Marne.

Entretien le 21 05 06

Structure	<p>Ville de RENNES Mme FOURDAN, DGSS, Direction Générale Solidarité Santé Mme ERTZ, prévention de la délinquance Mme TYRANT, Comité Consultatif "Santé dans la ville"</p>
Position institutionnelle	Missions assurées dans les services qui coordonnent l'intervention de la ville et du CCAS dans les domaines dont ont la charge les élus chargés de la Solidarité, de la Santé, de la Sécurité.
Cadre légal et réglementaire d'intervention	<p>Définies dans le code des collectivités territoriales, les communes peuvent intervenir :</p> <ul style="list-style-type: none"> - dans le cadre des pouvoirs de police du maire, en matière de maintien de l'ordre public - dans le cas des hospitalisations d'office, en établissement le certificat de notoriété relatif au danger pour la personne - dans le cadre de la prévention (service d'hygiène), et de la sécurité - en tant que coordonnateur de politiques publiques partenariales, telle celles relative à la prévention de la délinquance.
Appréciation générale de la question	<p>Il y actuellement une prise de conscience de cette question depuis 3 ou 4 ans sous l'effet de différents facteurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - dans le cadre du groupe PRAPS du Comité Consultatif, la DDASS a commandé une étude à une stagiaire en 2002 sur l'appréciation des publics et les problématiques prioritaires au PRAPS ; par ailleurs en 2002, une enquête menée dans le cadre de commissions Contrat de ville sur le Blossne a permis d'identifier sur un quartier les modalités d'articulation des interventions ; - les limites atteintes par certains dispositifs d'insertion (logement / professionnel / hébergement ...) pour une partie du public - l'augmentation du nombre de situations d'agression envers des agents municipaux ; - une observation nouvelle liée à la mise en place de nouveaux dispositifs, tel que OPTIMA, ou les cellules de veille du CLS ; - de l'évolution sociale générale. <p>Dans cette observation nouvelle, on peut donc penser que se combinent deux facteurs : l'évolution du nombre de situations difficiles d'une part ; l'évolution les dispositifs de repérage de ces situations d'autre part. Cependant la vision de cette question n'est pas claire aujourd'hui.</p>
Publics et caractéristiques des publics	<p>Les sources ou points d'observations de ces publics sont de plusieurs ordres.</p> <p>Un premier constat concerne les services de la ville en lien avec le public : service insertion, habitat social, crèches, personnes âgées, hygiène et santé, police municipale, jardins... Là où il y accueil du public, les agents municipaux sont aujourd'hui plus souvent l'objet de comportements agressifs sur le lieu de travail qu'auparavant... Une comptabilité en est réalisée de façon systématique depuis 3 ans. Le nombre de situations de ce type donnant lieu à un compte-rendu est de 7 ou 8 par an.</p> <p>Cela peut concerner notamment les personnels qui nettoient les rues à l'aube et qui rencontrent des personnes encore éméchées... Une aide – ménagère a aussi été l'objet d'une agression sexuelle au domicile où elle intervenait (cf.</p>

	<p>monographies I 1 réalisée fin 2002)</p> <p>Au travers des observations d'OPTIMA, dans le cadre des missions confiées par les bailleurs sociaux, on voit aussi que l'une des sources fréquentes des problèmes est la surconsommation d'alcool.</p> <p>Les quatre cellules de veille du CLS (Contrat local de sécurité) ont permis d'analyser : 10 situations en 2001, et 5 en 2002.</p> <p>L'organisation de la médiation bénévole de voisinage, qui existe depuis 1997 sur le Blosne et Maurepas, et depuis 2002 sur Cleunay (56 dossiers au total sur 2002, 30 en 2001), constitue également un lieu d'observation. Le rapport d'activité 2002 mentionne : <i>"Deux problèmes sur trois ont pour origine le bruit (...) Il semble aussi que la problématique des troubles de voisinage liés à des fragilités psychologiques prenne une dimension nouvelle. Chargés de médiation et bailleurs soulignent fréquemment ce fait et précisent leur impuissance. Quatre dossiers ont été ouverts pour des problèmes de harcèlement "</i>.</p> <p>A côté des situations relevant de la consommation d'alcool ou d'autres toxiques, on observe également des situations de démences qui peuvent conduire à des demandes d'hospitalisation d'office (cf. entretien avec M. Couet et Mme David).</p>
<p>Observations sur les dispositifs actuels</p>	<p>Le nombre de situations difficiles n'est pas important au regard de l'activité générale des services. Mais ces situations sont chronophages, et comme il s'agit de situations d'urgences, elles percutent les modes ordinaires d'interventions. Il peut y avoir des "clashes" entre institutions devant certaines situations (exemple récent à propos d'une HO entre le CHU, le CHGR et la Ville). Les réponses actuelles s'avèrent insuffisantes face à l'importance de ces questions.</p> <p>Concernant les agressions sur les agents municipaux ont été mis en place d'une part une mise à disposition d'un psychologue du travail et d'autre part des actions de formation à l'accueil du public agressif...De plus un protocole de dépôt d'une plainte (par le salarié ou l'employeur ?) a été défini. Cela a peut-être réduit le sentiment d'isolement et d'insécurité ressenti par les agents qui sont victimes de ces actes.</p> <p>Concernant l'agressivité sur la voie publique, en particulier de nuit de la part de personnes sous l'emprise de l'alcool, la procédure n'est pas claire en ce qui concerne l'intervention de la Police, l'usage de la cellule de dégrisement, l'intervention des structures de soins...</p> <p>Concernant le dispositif sanitaire, il y a actuellement une méconnaissance de l'institution CHGR : les professionnels présents dans les services, les publics de ces services, les référents pour les personnes extérieures.</p> <p>Les découpages géographiques des secteurs ne correspondent pas non plus à ceux des CDAS ou ceux des quartiers de la ville. Cet enchevêtrement des territoires ne facilite pas la collaboration.</p> <p>Il y a ou il y a eu des collaborations ponctuelles, telles que celle de M. Badiche pendant 3 ans avec le service insertion, ou celle d'une infirmière du Blosne avec le CDAS...Il serait intéressant d'avoir un référent dans chaque secteur de psychiatrie.</p>

	<p>Concernant les demandes d'Hospitalisation d'Office, il est fait le constat de tâtonnements dans l'organisation de la procédure : comment est appréciée l'imminence du danger ? qui fait la demande ? quelle relation entre les services de la Police et les services municipaux ? que se passe-t-il suite à un signalement d'une situation à la DDASS par la Police, l'Etat n'ayant pas les moyens de mandater sur place une personne compétente ? Comment intervenir auprès de ces ménages sans mandat ? que se passe-t-il après une HO ?</p> <p>Dans le cadre du CLS ont été mis en place les deux instances suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la cellule de veille (qui réunit professionnels et élus deux fois par an) qui est un lieu d'échange sur les quartiers de la ville, sur les situations générales, mais sans aborder nominativement les situations des personnes ou des ménages. C'est dans ce cadre qu'à la dernière réunion de la cellule de veille de la Poterie, il a été demandé à l'infirmière du CHGR s'il serait possible de disposer de données statistiques sur les interventions à domicile des différentes structures du secteur de psychiatrie ; - la cellule d'examen des situations (professionnels soumis au secret, à l'échelle de l'îlot, du quartier ou thématiques) a pour objectif l'information et l'impulsion de la coordination des prises en charge individuelle ou relatives à certains groupes. Il peut y avoir 2 ou 3 réunions sur la même situation ; les personnes ne sont pas au courant que leur situation est examinée. Les réunions ont lieu à l'Hôtel de ville, lieu neutre. Il n'est pas produit de compte-rendu écrit de ces réunions, mais parfois une lettre est écrite à telle institution suite à la réunion. <p>Axée sur les questions de sécurité – délinquance, ces instances n'ont pas abordé de manière directe la perspective psychologique ou mentale, même si dans 70 % des situations, cette dimension est sans doute présente.</p> <p>Il faut relater les C.A.D (cellules d'aide à la décision) des CDAS, où des partenaires extérieurs peuvent être invités. Mais les situations qui y sont examinées ne concernent que les personnes ou ménages qui sont demandeurs ou connus des professionnels des CDAS. Et la tendance y est sans doute de traiter les problèmes "psy", quand le problème social a été traité.</p>
<p>Attentes perspectives d'évolution, priorités</p>	<p>En l'absence de procédures d'intervention mieux définies entre professionnels et services, un temps énorme et beaucoup d'énergie sont dépensés également à contacter et convaincre d'autres interlocuteurs. Comme sur des questions de maltraitance, la définition de protocoles devrait permettre de mieux intervenir.</p> <p>La question se pose également des compétences et de la formation des personnes qui interviennent sur les situations les plus complexes. OPTIMA a formulé récemment une demande de formation sur ce plan au CHGR mais cette question concerne d'autres professionnels.</p> <p>La question des structures d'hébergement se pose également, elles semblent insuffisantes notamment les personnes qui ont des troubles psychiatriques et qui sont souvent seules, isolées.</p> <p>Enfin, se pose la question de l'existence d'un lieu de travail reconnu par les</p>

	institutions et les professionnels, et légitime : au lieu du bricolage actuel en urgence sur les situations, que l'on sache qui fait quoi pour les situations qui ne sont pas traitées ailleurs.
<i>Connaissance d'expériences extérieures</i>	<p>A ANGERS, le service d'hygiène – santé – environnement de la Ville a embauché une psychologue, qui intervient notamment dans les conflits de voisinage (cf. article de la Gazette des communes).</p> <p>Il existe un Comité consultatif Santé Mentale sur la Ville de Grenoble.</p> <p>Le rapport Charzat relate le dispositif existant sur le 20ième arrondissement de Paris.</p>

(Entretien le 21 mai 2003)

<i>Structure</i>	<i>Ville de RENNES</i>
<i>Position institutionnelle</i>	<i>Mme DAVID, directrice générale des ressources humaines à la DGPA direction générale Personnel Administration</i>
<i>Appréciation générale de la question</i>	<p>Le personnel de la ville compte aujourd'hui 4300 personnes.</p> <p>A la Ville de Rennes, on a fait le constat de la multiplication des agressions dans les services en lien avec les usagers, majoritairement dans les services sociaux qui sont confrontés à des personnes avec des pathologies lourdes ; Mais on a également constaté des agressions dans les services de bibliothèques, dans les services de prestations administratives où il y a des situations complexes relatives aux papiers d'identité, etc.</p> <p>Pourquoi ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - un certain nombre de personnes ne comprennent pas, bureau du service de l'état civil, qu'ils ne peuvent avoir immédiatement le papier qu'ils viennent chercher et peuvent suspecter une mauvaise intention ; - c'est parfois le fait de "clients" mécontents du CCAS demandant à rencontrer le Maire, parce qu'ils pensent que là ça va "débloquer le dossier" ; - ce sont des personnes mécontentes sur n'importe quel sujet, sans rapport avec la mairie, mais qui viennent au cabinet du maire qui doit faire face parfois à des personnes agressives ; - ce sont, autre exemple, des réactions près des services techniques, dans les services jardins quand ils ferment les parcs, ou près de ceux qui entretiennent la voie publique, même si on a moins de remontées sur ce qui se passe, parce que c'est une population plus masculine. <p>Aujourd'hui, on comptabilise des agressions verbales tous les jours et des agressions physiques au moins une fois par mois. On l'observe depuis un an, en raison de la mise en place d'un outil de suivi et d'une procédure de prise en charge en cas d'agression. Il est trop tôt pour en tirer des conclusions..Mais le nombre de contentieux n'a cessé d'augmenter depuis cinq ans, aujourd'hui on est à 20 contentieux par an, c'est-à-dire agressions physiques donnant lieu à une plainte et jugement devant le Tribunal.</p> <p>Il y a donc quelque chose d'objectif dans ces observations, sans que l'on puisse distinguer quelle est la part de la qualité de la mesure du nouvel outil mis en place et quelle est la part de la réalité.</p>
<i>Observations sur les dispositifs actuels</i>	<p>Devant cette situation, nous avons mis en place une procédure double :</p> <ul style="list-style-type: none"> - d'une part de repérage et analyse des situations à partir d'un signalement précis - d'autre part une procédure de soutien aux personnes agressées : avec la systématisation d'un RV avec un médecin du travail, et par ailleurs une proposition de procédure de dépôt de plainte. Le chef de service doit accompagner toute personne agressée autant que cela est nécessaire et souhaité. Après RV avec le médecin, un agent peut demander un soutien psychologique, juste après l'agression ou plus tard. Il arrive aussi qu'on sollicite un psychologue pour une intervention près d'un groupe. Il semble que ce type d'intervention soit particulièrement apprécié. <p>Autre élément positif : la montée en compétence des agents est un élément</p>

	<p>favorisant l'assurance personnelle, utile pour gérer les situations de tensions ou d'agressions : pour les personnes aux guichets par exemple, on leur demande de maîtriser des savoirs juridiques importants ; donc plus ils sont compétents, plus ils sont disponibles pour gérer la relation, et non seulement la dimension juridique du problème posé.</p> <p>En plus on essaie de mixer le personnel, d'avoir des hommes et des femmes dans ces situations de travail ; les services sont organisés pour qu'il n'y ait plus de personnes seules au contact avec l'utilisateur, c'est pour cela que l'on a fermé la mairie de quartier de Villejean, où on a frôlé la catastrophe il y a peu... Nous avons travaillé actuellement sur l'amélioration des dispositifs d'alerte</p>
<p><i>Attentes perspectives d'évolution, priorités</i></p>	<p>Sur ces questions, on a mis en place des formations pour le personnel du CCAS, et on est en train d'initier un nouveau programme pour celui des services aux populations (état civil, etc.) et les agents accueillant du public dans les bibliothèques... Il faudra l'étendre à d'autres personnels, en relation avec le public. C'est surtout le personnel féminin, majoritaire dans les services en relation avec le public, qui va à ces formations.</p> <p>Par rapport aux personnes qui arrivent à l'hôtel de ville après avoir été reçues une dizaine de fois peut-être au service logement, etc. , au cabinet du Maire, du matin au soir, il y a une personne qui ne fait que recevoir ces personnes et la question se pose de voir comment la relayer ou la soutenir. Elle est également prioritaire pour la formation.</p> <p>Par ailleurs, une autre question à voir effectivement, c'est la question du lien qui pourrait être fait à partir du personnel de la Ville ou du CCAS avec des intervenants sociaux ou du domaine de la santé dans la ville, à partir du moment où une situation de crise s'est manifestée en mairie ou dans un de ses services...</p> <p>De plus, aujourd'hui, un psychologue travaille en vacation à la Ville à temps partiel et la quotité de temps de travail alloué à cette tâche a été augmentée l'an passé et le sera encore l'an prochain. Et, par exemple, les services des jardins ont récemment exprimé leur satisfaction pour l'apport de ce type d'intervention</p>
<p><i>Connaissance d'expériences extérieures</i></p>	<p>Les villes de Nantes et St Herblain travaillent sur ces questions.</p>

Entretien le 2 juillet 2003

Structure	Ville de RENNES
Position institutionnelle	M. COUET, directeur territorial, chargé de mission sur les questions d'ordre public auprès de la DGPA, direction générale Personnel Administration
Cadre légal et réglementaire d'intervention	La base d'intervention est la loi de 1990 et en particulier l'article L.32-13-2 du Code de la Santé Publique, qui dit : " <i>En cas de danger imminent pour la sûreté des personnes, attesté par un avis médical ou, à défaut, par la notoriété publique, le maire (...) arrête, à l'égard des personnes dont le comportement révèle des troubles mentaux manifestes, toutes les mesures provisoires nécessaires, à charge d'en référer dans les 24 heures au préfet, qui statue sans délai et prononce, s'il y a lieu, un arrêté d'hospitalisation d'office dans les formes prévues à l'article L. 342. Faute de décision préfectorale, ces mesures sont caduques au terme d'une durée de quarante-huit heures</i> ".
Publics et caractéristiques des publics	En 2001, la Ville de Rennes a procédé à 41 mesures de réquisitions pour une Hospitalisation d'office et 35 en 2002, dont une seule chaque année selon la procédure dite d'urgence, basée sur un certificat de notoriété. Parmi les personnes qui sont l'objet de ces mesures d'HO, il y a notamment de marginaux qui ont des délires complets, et des personnes sous l'emprise de l'alcool.
Observations sur les dispositifs actuels	A la Ville de Rennes a été mis en place un dispositif d'intervention des élus sur ce plan. Le maire a pris un arrêté qui désigne les élus, nominativement, lorsqu'ils sont de semaine de permanence, pour signer les réquisitions, 24 heures sur 24. Dans la malette de l' élu de permanence, il a des formulaires tout prêts de réquisition du CHS, ainsi que le texte de loi et une notice qui rappelle notamment que : " <i>Quelque soit le lieu (domicile de l'intéressé ou voie publique), la Police est presque toujours au départ de l'action. Appelée par la famille ou par les voisins, elle se rend sur place. Si elle constate le caractère réellement dangereux des agissements du malade (et après avoir épuisé tous autres moyens de ramener les gens "à la raison"), elle joindra téléphoniquement l' élu de permanence titré pour exercer le droit de réquisition en vue de l'hospitalisation L' élu pressenti se rend à l'hôtel de ville et, après avoir jugé de la situation et s'être assuré de l'existence d'un certificat médical attestant de la dangerosité du malade, il signe la réquisition en deux exemplaires (...) Il en remet un exemplaire à la Police : celle – ci transmettant alors ladite réquisition au Directeur du CHGR lors du transfert du malade. Ensuite, l' élu concerné doit</i> <ul style="list-style-type: none"> - <i>aviser immédiatement par téléphone la Préfecture (...)</i> - <i>envoyer au Préfet, dans les 24 heures, le deuxième exemplaire de la réquisition en utilisant la lettre-type figurant dans le dossier.</i> <i>En tout état de cause, c'est le Préfet qui décide de la suite à donner en prenant dans les 48 heures l'arrêté d'hospitalisation d'office. Le Maire n'intervient toujours qu'à titre provisoire et en cas de danger réel et imminent attesté à la fois par un certificat médical et par la Police.</i> Le maire ou son représentant n'intervient donc que s'il y a danger imminent et la mesure qu'il prend est une mesure provisoire et qui doit être confirmée ou

infirmée très rapidement par le Préfet. A Rennes, on fonctionne à 99% des cas avec un certificat médical. Et s'il y a le deuxième certificat médical du CHS, le Préfet, via la DDASS, va prendre la mesure d'HO. Voilà comment cela se passe et dans la majorité des cas, cela se passe très bien.

Pour l'hospitalisation sur la base de la notoriété, (une par an en 2001 et 2002) sans certificat médical, il faut faire attention, parce qu'on reçoit souvent des lettres à la Ville de la part de riverains : M. le Maire, ma voisine est malade...etc. On ne peut évidemment pas prendre un arrêté de notoriété sur cette seule base.

Le principal problème est constaté pour les personnes qui ont été soignées au CHSP, donc qui ressortent, et qui, généralement n'ont pas de familles, sont isolées, sont seules dans un appartement et qui arrêtent leurs médicaments et ne vont plus consulter, ils retombent alors dans leurs maladies. Il y a là un "vide" : c'est le non – suivi de ces personnes.

Parfois au CHGR, des médecins s'alertent eux-mêmes de ne plus les voir consulter, et nous écrivent, ainsi qu'à la DDASS et à Police, au Procureur, etc. : untel, on le voit plus depuis tant de semaines, donc il va redevenir dangereux. **Toute la question est de savoir si on peut se contenter de cela pour prendre un arrêté de réquisition, envoyer la Police, enfoncer la porte et ramener la personne manu-militari au CHGR.** Par ailleurs, la Ville reçoit systématiquement par la DDASS une information qu'untel a une sortie d'essai de telle date à telle date. Mais si de nombreuses sorties d'essai se passent très bien, ce n'est pas toujours le cas.

Concrètement dans certaines situations, les difficultés existent pour l'établissement du certificat médical. La police peut hésiter à enfoncer la porte de la personne si elle s'est calmée momentanément, soit elle peut aussi attendre l'arrêté de notoriété du maire. Et elle ne peut appeler le médecin légiste qu'après avoir saisi la personne.

Ainsi dans la monographie que j'avais faite en fin 2002 (cf. annexe B1), on voit que la personne va régulièrement au CHS, elle en sort régulièrement parce qu'elle va mieux, et régulièrement elle arrête ses médicaments et recommence des agressions au Conseil général, à la Mairie, etc. On se demande parfois comment cela va se terminer...

On voit donc des noms qui reviennent souvent, et à ce moment, je préviens la police, afin qu'elle soit en alerte. Mais je le fais au hasard, en fonction des noms qui reviennent souvent. Peut-être que la Police reçoit également une information systématique du CHGR directement, ce qui serait très bien. Pour ces situations, on ne nous demande pas directement de faire procéder à une hospitalisation, mais ils disent de faire attention à ces personnes....et c'est sans doute sur ce signalement de rupture de soins que l'on peut se baser également pour prendre l'arrêté de notoriété publique, mais cette procédure est exceptionnelle à RENNES.

Il y a aussi des médecins de ville qui nous appellent en disant : *"j'ai devant moi un M.. Je vous demande de me faire un papier pour qu'il soit hospitalisé"* ; récemment un médecin a fini par me convaincre, et ça s'est fait, mais vous avez beaucoup de médecins qui renoncent. Par exemple, la mère qui sait que son fils ne va pas bien du tout, qui demande à un médecin de passer le voir, le médecin va peut-être dire oui, mais si la personne n'ouvre pas la porte qu'est ce qui se

	<p>passé ? en général en plus, si le médecin connaît un peu l'individu, il sait qu'il ne va pas lui ouvrir la porte, donc il dit c'est une affaire "pour les pouvoirs publics...".</p>
<p><i>Attentes perspectives d'évolution, priorités</i> –</p>	<p>S'il n'y a pas de certificat médical, l'élu ne signe pas, et d'une certaine façon tout le monde s'attend. On a du mal à définir ce qu'est la notoriété, ce ne peut pas être que des lettres de personnes, il faut quand même des faits répétés, l'intervention de la Police.... Mais à la longue, de voir certains cas pour qui les HO recommencent à plusieurs reprises, je me demande si la notoriété publique ne serait pas quand même une possibilité à utiliser plus fréquemment, à condition d'avoir suffisamment d'éléments.</p> <p>Il faudrait combler le vide, ce trou relatif à la personne isolée (...pas de parents, pas de famille sur place, ou une famille qui ne veut pas entendre parler...) et en rupture de soins. Que faire pour suivre ces gens-là et se rendre compte s'ils ont absolument besoin d'y retourner ou pas ? Comment faire pour pouvoir aller chez eux leur parler ? Ce serait sans doute aux services de santé, aux services de l'Etat, et peut-être au service Hygiène et Santé de la ville de pouvoir établir : là oui, il faut faire une notoriété...</p> <p>Mais dans la loi, l'hospitalisation d'office est une compétence de l'Etat, puisque c'est le Préfet qui la prononce en dernière instance. Cela pose donc également la question suivante : pourquoi l'Etat ne prépare-t-il pas directement dans certaines situations un arrêté d'hospitalisation ?</p> <p>Il vaudrait mieux traiter le dossier avant que cela ne verse dans le "danger imminent", parce que le maire, lui, n'intervient que lorsqu'on en est arrivé là.</p> <p>Se pose aussi le problème des relations entre les urgences de Pontchaillou et la prison : dans les prisons rennaises, et notamment à la prison des femmes, il y a beaucoup de tentatives de suicide, qui sont des "clients" réguliers soit pour les urgences s'il y a eu TS, soit pour le CHS. Ce qui se passe souvent, c'est qu'aux urgences, si l'on s'aperçoit qu'une personne ne va pas bien, il faut que la personne puisse être transférée au CHGR et cela doit pouvoir se faire directement, les urgences étant le "tiers". Cela fonctionne souvent comme cela, mais il y a encore des situations où les urgences appellent l'élu de permanence de Rennes ; il y a là-bas quelques personnes qui considèrent qu'il faut dans ces situations une HO, ce qui est faux...</p> <p>Ces constats conduisent aussi à poser la question des lieux d'hébergement pour ces personnes.</p>

Entretien le 2 juillet 2003

<i>Structure</i>	<i>DAS 35</i>
<i>Position institutionnelle</i>	<p><i>Mme Leguen, médecin responsable, Mission Santé adultes (personnes handicapées, personnes âgées, personnes en difficulté), soutien technique aux infirmières des CDAS</i></p> <p><i>M. Hamonic, coordonnateur Politique de la ville (Contrat de Ville, et d'agglomération), et soutien aux six CDAS de Rennes.</i></p>
<i>Cadre légal et réglementaire d'intervention</i>	Missions réalisées dans le cadre des compétences du Département.
<i>Appréciation générale de la question</i>	<p>En écoutant les professionnels des 20 CDAS du département en 2000, j'ai vu qu'ils étaient en attente de soutien de la part de personnes compétentes et aussi en attente de 'recettes', par rapport aux personnes présentant des troubles du comportement et des troubles du caractère. Certaines m'ont demandé si je pouvais essayer d'améliorer la collaboration avec le CHGR parce que dans certains secteurs il y avait une absence totale de relation avec les professionnels de la psychiatrie.</p> <p>On manque de données objectives, mais on sait que c'est une forte préoccupation chez les professionnels. Mais ils peuvent être envahis par certaines situations très difficiles, alors que quantitativement leur nombre est peu élevé.</p>
<i>Publics et caractéristiques des publics</i>	<p>Dans les CDAS, notre clé d'entrée pour aider les personnes, c'est surtout l'enfance, au travers d'une législation qui s'impose à nous.</p> <p>Pour les personnes en souffrance psychologique, si la clé d'entrée n'est pas l'enfance on est alors le plus souvent sans outillage pour la prendre en compte. Si elle n'est pas bénéficiaire du RMI, on ne sait pas comment pratiquer. Si elle a une AAH, que faire en terme de contrat social pour lui permettre de garder un contact avec les professionnels ?</p> <p>Certaines situations sont renvoyées sur les spécialistes comme l'hôpital, et les spécialistes renvoient également souvent, en disant que ce n'est pas à eux de gérer la détresse sociale des gens.</p> <p>Les travailleurs sociaux sont en souffrance, la plupart des aspects de leurs interventions sont codifiés (protection de l'enfance, droit du logement, lutte contre l'exclusion)... un des seuls éléments qui n'est pas codifié, c'est la relation aux personnes en grande difficulté psychologique.</p>
<i>Observations sur les dispositifs actuels</i>	<p>Chaque CDAS a un psychologue, certains psychologues interviennent sur deux CDAS. Une de leurs priorités est la protection de l'enfance. Il y a un conflit d'intérêt entre le souhait des équipes d'avoir plus de psychologues, à la fois pour couvrir le champ des éléments un peu inaccessibles des souffrances psychiques et puis aussi le champ de l'enfance. Mais le temps partiel de psychologue est fortement mobilisé par les différentes commissions (commission d'aide à la décision et commission d'aide à l'évaluation et commission technique de l'aide à l'enfance.), dont la fréquence de réunions est de l'ordre de une ou deux par semaine.</p> <p>Il y a une demande des professionnels d'avoir plus de moyens de psychologues, notamment pour les situations des personnes en fragilité psychique. Mais l'institution ne s'oriente pas pour le moment vers une</p>

démarche clinique, vers un traitement individualisé... Il y a une crainte que la demande soit inflationniste, avec une demande croissante de moyens. Les psychologues des CDAS n'interviennent donc pas pour ce type de difficulté, ou alors s'ils interviennent, c'est de manière ponctuelle et informelle.

J'ai fait une information dans le tiers des CDAS sur les grandes pathologies mentales (psychoses, névroses, troubles de l'humeur), information qui a duré de une demi-journée à une journée. Le Conseil Général a également mis en place trois formations annuelles de 5 jours (depuis 2001) s'adressant chacune à une quinzaine de professionnels du Département. La formation est assurée par les professionnels du CHGR, l'IFSI (Institut de Formation en Soins Infirmiers), et sur Saint Malo par les professionnels de psychiatrie de l'hôpital de Saint Malo. Il y a beaucoup de demandes.

Pour la journée sur les souffrances psychiques que le Département a organisée en 2002, on a vu le record de nombre des personnes inscrites, certaines ont été refusées faute de place. Il y a une demande qui est forte, ce qui traduit l'inquiétude des professionnels confrontés à ces questions et à ces publics.

Pour l'hébergement, une des réponses que le Conseil Général a apportée a été l'ouverture de la Grande Maison, rue Albert De Mun, avec le statut de Foyer de vie, gérée par Espoir 35, émanation de l'UNAFAM (Union nationale des familles et des amis des malades mentaux) ; l'équipement a été ouvert comme foyer expérimental, et depuis a reçu l'agrément de Foyer de vie. On accueille là 6 personnes qui sont de grands psychotiques, théoriquement stabilisés.

Sur Rennes, il y a certes moins de places que sur le reste du département, parce que certains établissements qui sont des Foyers occupationnels, comme ceux de Bazouges-la-Pérouse, Saint Malo...sont considérés par les hôpitaux comme des succursales, même si ils ne sont pas réservés aux seuls malades mentaux. Dans ce département, du point de vue du Conseil Général, mis à part la Grande Maison, il n'y a aucun établissement spécialisé dans l'accueil des malades psychotiques. Il y a beaucoup de foyers pour les déficients intellectuels, de même des établissements spécialisés dans l'accueil des handicapés moteurs, depuis 05 2003 il y a un FAM (foyer d'accueil médicalisé) à Saint Méen-le-Grand qui accueille 24 personnes autistes.

Organisation des commissions de la CAD (Commission d'Aide à la Décision) et CAE (Commission d'Aide à l'Evaluation).

La CAE est utilisée par tout professionnel qui vient exposer une situation, présenter un dossier qui pose problème. Cette commission est sous l'autorité du conseiller technique avec présence du psychologue, mais sans présence du responsable et sans compte-rendu. C'est un peu une supervision organisée collégalement.

La CAD est une instance où vont se proposer des orientations et des décisions, les aides financières n'y sont plus traitées (le budget annuel des aides financières départementales sous forme d'allocations mensuelles ou de secours d'urgence est de 18 millions de francs). Les questions portent sur les propositions en termes d'accompagnement éducatif, de signalement au magistrat de l'enfance...au responsable du CDAS, qui, par délégation de compétence du Conseil Général, va être le décideur in fine. Mais aujourd'hui il y a un engorgement des CAD, notamment en site urbain dense. Il faut prendre rendez-vous avec presque 3 semaines de délai d'attente. Il y en a 4 ou 5 CAD par mois par CDAS. Et c'est une demi-journée complète et les professionnels de l'extérieur viennent très régulièrement (Education Nationale,

	<p>CHGR, l'APASE, ATI, CRAM, OPTIMA...). Il arrive qu'on revoie des situations régulièrement mais ce n'est pas codifié pour l'instant. L'ouverture du plateau technique aux partenaires extérieurs permet d'intégrer des publics isolés, c'est à dire sans enfant à charge. Il y a plein de dispositifs qui existent déjà, tel que le FAJ également, et qui font que chaque instance a ses lieux de réflexion et d'approche.</p>
<p><i>Attentes perspectives d'évolution, priorités</i></p>	<p>A Rennes, il n'y a pas cette pratique de ce qu'on peut voir à Redon, à Bain-de-Bretagne et Janzé (cf. plus loin).</p> <p>Sur Rennes, les attentes des équipes sont sans doute d'avoir un tableau, une boîte à outils, des recettes, ayant une fonction d'alerte pour les professionnels qui majoritairement sont dans la relation individuelle dans leur pratique, même si on veut développer le travail social collectif. Ce système d'alerte devrait permettre de mieux savoir quel comportement avoir face à certaines situations et quelles orientations proposer.</p> <p>Par rapport au CHGR, nos professionnels ont une vision de l'organisation qui n'est pas des plus claires. On connaît un peu la sectorisation, et l'équipe mobile, mais on a une difficulté à entrer en relation avec les professionnels. Leurs professionnels disent qu'ils n'ont pas à prendre en charge la détresse sociale, qu'ils sont des soignants et pas des travailleurs sociaux. Mais est-ce que la détresse sociale ne fait pas le lit de la fragilité psychologique ? La mise au point d'un tableau de leur organisation serait intéressante et valoriserait également les fonctions du CHGR.</p> <p>La seule organisation un peu structurée que l'on connaisse c'est par le biais du contrat local de sécurité, les cellules d'examen de situation, pas spécialement tournées vers les personnes caractérisées par une pathologie forte, et les cellules de veille. C'est le seul lieu où il y ait eu débat, examen, et une espèce de modus vivendi signé par les acteurs sur la charte du partenariat, lorsqu'on étudie les situations individuelles des gens. Il y a là un aspect qui serait peut-être à structurer, si un jour on arrivait à un protocole, une convention entre les institutions...Il y a moyen, tout en respectant la déontologie et l'éthique des uns et des autres de caler une charte qui permette de mieux travailler ensemble.</p> <p>Le principe des espaces sociaux communs, c'est de mettre en place sur l'ensemble du territoire de Rennes, six espaces sociaux communs. Il y a une charte qui est en cours de signature avec les différents acteurs que sont le Département, la Ville de Rennes, la CAF, sous l'autorité et l'écriture de l'APRAS. L'idée c'est de retrouver dans le même espace les acteurs du champ social, à géométrie variable, à 2 ou à 3, le Département et la Ville, et éventuellement la Mission Locale, la CAF.... Le principe c'est d'avoir des outils de proximité pour des publics qui sont souvent les mêmes. Il y a deux espaces communs constitués voire trois, il y a celui de Maurepas, de Cleunay, et Kléber à Rennes. A terme il y aura Le Blossne, début 2005, Villejean et puis les Champs Manceaux. L'idée c'est de rapprocher les services, de créer plus de proximité, c'est également de constituer des cultures communes.</p> <p>Nos collègues nous disent que pour les souffrances psychiques ce n'est pas la peine de monter des dossiers ou de constituer des réflexions s'il n'y a pas de solution pour les gens qui eux sont dans une attente et une demande rapide et forte. Ils sont d'accord pour se mobiliser mais s'il n'y a pas d'outils, ils se retrouvent eux-même en souffrance, sans pouvoir faire autre chose que de</p>

	<p>l'écoute, ce qui n'est pas leur fonction principale. D'où le besoin et la nécessité de passerelles formalisées, de procédures claires, concrètes, entre les différents services.</p> <p>Le Département a considéré jusqu'à présent que la prise en charge des malades mentaux, même stabilisés, était principalement du ressort de la psychiatrie, bien qu'il ait créé un accueil de jour et un service d'accompagnement à la vie sociale à Rennes réservé à ces malades</p>
<p><i>Connaissance d'expériences extérieures</i></p>	<p>Les professionnels demandent de manière récurrente depuis 2000 le soutien de psychologues. On a donc porté la demande de la CLI de Redon dans le cadre du PRAPS. La DDASS a obtenu un financement pour un mi-temps de psychologue mis à disposition de l'hôpital de Redon (en CDD pour un an) dont la fonction consiste à rencontrer et soutenir les professionnels de la CLI autour de situations concrètes.</p> <p>A Janzé et Bain de Bretagne également il y a une bonne collaboration entre le CDAS et le CHGR, avec l'ensemble de l'équipe, psychologues ou infirmiers. Concrètement, il y a des réunions régulières entre les professionnels des différentes institutions (ils associent également d'autres partenaires de l'APASE, de l'ATI, etc. selon les situations), à propos de problèmes posés par certaines personnes, qui sont étudiés en commun et qui peuvent aussi être orientés vers l'infirmier, vers le psychologue, le psychiatre. Les réunions sont trimestrielles au début, elles peuvent être mensuelles ou plus rapprochées en cas de besoin urgent, mais sans convention de partenariat.</p>

Entretien le 23 juin 2003

Structure	<i>DDASS Ile-et-Vilaine</i> <i>Mme BRUNET, médecin – inspecteur</i>
Position institutionnelle	Mme Brunet est chargée de préparer les arrêtés préfectoraux relatifs aux hospitalisations d'office (HO). Pour ce faire elle dispose d'un secrétariat et d'une collaboratrice qui la seconde en cas d'absence.
Cadre légal et réglementaire d'intervention	<p>L'hospitalisation d'office est régie par les articles L.3213-1 et suivants du Code de la Santé Publique. Elle est décidée par un arrêté préfectoral quand la personne compromet l'ordre public et la sûreté des personnes, en raison de troubles mentaux qui nécessitent des soins.</p> <p>La motivation de l'arrêté préfectoral se fonde sur un certificat médical constatant l'existence de troubles mentaux et leur dangerosité pour autrui, décrivant précisément la nature des troubles ; ce certificat ne peut émaner de l'établissement hospitalier d'accueil.</p> <p>En cas de danger imminent pour la sûreté des personnes, attesté par un certificat médical ou à défaut par la notoriété publique (attestée par un rapport de police ou de gendarmerie), le Maire peut ordonner une mesure provisoire d'hospitalisation à l'égard d'une personne dont les troubles mentaux sont manifestes. Le Maire doit en référer au Préfet dans les 24 heures, qui décide ou non la décision dans les 48 heures.</p> <p>Avec la mesure d'HDT, la mesure d'HO est la seule aujourd'hui qui contraint une personne à entrer dans un centre hospitalier.</p> <p>Depuis peu, les arrêtés préfectoraux sont adressés aux personnes, avec copie du certificat médical initial, suite à un jugement de condamnation du Préfet de Moselle.</p> <p>La Commission départementale des hospitalisations psychiatriques qui se réunit environ 6 fois par an examine les plaintes reçues, les HO de plus de quatre mois (et en outre peut rencontrer tous les malades qui le souhaitent lors de ses visites d'établissements) et vérifie le respect des droits des patients.</p> <p>La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et au système de santé précise bien que l'HO ne doit pas être motivée uniquement par la dangerosité, mais par la nécessité de promulguer des soins à la personne.</p>
Appréciation générale de la question	<p>Une grande part des arrêtés HO ne pose pas de problèmes, dans la mesure où la Préfecture dispose du certificat médical et de l'arrêté municipal attestant du trouble à l'ordre public, prévus par la loi.</p> <p>Ce qui pose problème, ce sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les signalements de nuisances qui sont adressés par des organismes HLM, par des habitants avec une pétition, et surtout par la Police ; ces demandes ne comportant pas de certificat médical, nous leur répondons en rappelant le texte de loi ; - les signalements de danger qui nous sont adressés par des psychiatres hospitaliers, notamment pour des patients qui sortent de l'hôpital ; - quelques réponses à des arrêtés d'HO, de la part de psychiatres hospitaliers, mentionnant que telle personne "justifie plus d'une sanction pénale que du soin", ce qui conduit à lever l'arrêté d'HO.

	<p>Au travers de ces situations, on voit la difficulté de traiter certaines situations de crises : si quelqu'un fait du bruit la nuit dans son logement, cela gêne les voisins, mais cela justifie-t-il une HO ? De même, un certain nombre de personnes qui ont des comportements violents ou qui troublent l'ordre public sous l'effet de la consommation d'alcool ou de drogues, dont le cannabis, relèvent-elles du soin ou d'une sanction pénale ? Elles peuvent être soumises à une HO, mais au bout de 8 ou 10 jours, les troubles ont disparu et l'HO est levée, même si pour certaines personnes, cela peut recommencer plus tard. On voit ainsi quelques personnes qui ont des HO répétées assez régulièrement.</p>
<p>Publics et caractéristiques des publics</p>	<p>Les situations les plus compliquées sont celles de personnes seules, puisque en cas de personnes autres dans le ménage, la procédure HDT (hospitalisation à la demande d'un tiers) peut être mise en œuvre. Mais parfois également c'est un membre d'une famille qui téléphone pour demander une mesure d'hospitalisation et quand leur propose de faire une demande HDT, elle refuse en raison de ses relations avec cette personne.</p> <p>Annuellement, le nombre d'H.O. est de plus d'une centaine par an sur l'Ille et Vilaine, (142 en 2002, 192 en 2003) dont la plupart se déroule sans difficultés particulières. Environ la moitié de ces arrêtés préfectoraux repose sur un arrêté municipal provisoire attestant des troubles de l'ordre public accompagné d'un certificat médical (89 en 2001, 113 en 2002). Le nombre d'HO d'urgence s'appuyant sur le seul arrêté du maire, sans certificat médical, est rare : deux ou trois par an.</p> <p>Le nombre global de signalements problématiques est d'une douzaine par an sur le département, ce nombre est stable au cours des dernières années et la majorité concerne le territoire de RENNES. Il a sans doute été plus important de la part des organismes HLM il y a quelques années. Mais s'agit toujours de situations très compliquées, et de situations à traiter 'à chaud'.</p>
<p>Observations sur les dispositifs actuels</p>	<p>Les questions posées sont relatives :</p> <ul style="list-style-type: none"> - aux personnes "qui dérangent sans dangerosité évidente pour autrui", qui ne demandent pas de soin, ce qui aboutit à des signalements sans certificat médical ; de plus en cas de troubles, si des personnes – tels que des voisins ou professionnels - souhaitent une expertise médicale, qui peut la demander et qui va régler les honoraires correspondant à la visite d'un médecin ? - aux difficultés d'obtention du certificat médical, même quand les troubles sont manifestes ; on doit parfois prévenir la police qui réquisitionne un médecin si la personne est interpellée, ou envoyer la personne aux urgences du CHU qui jugera de l'opportunité d'une HO . - aux sorties d'essai : il y a des allers-retours de certaines personnes après une HO, pour des périodes d'essai, et ensuite des levées définitives. S'il y a un incident durant la période d'essai, le retour à l'hôpital est assuré par le personnel soignant, si nécessaire avec la collaboration des forces de police. La durée moyenne des HO est de l'ordre de 3 mois, mais la plupart des cas on est sur 8 ou 15 jours et quelques cas sur plusieurs années, pour les cas les plus lourds. Mais il y a aussi des personnes en sorties d'essai depuis des années, le fait de savoir qu'ils sont en HO favorise sans doute leur suivi ;

	<ul style="list-style-type: none"> - aux relations entre les services judiciaires et l'hôpital, dans la mesure où il y a moins de jugement d'irresponsabilité pénale, il y a plus de personnes malades en prison, ce qui nécessite parfois des hospitalisations, toujours en HO ; - aux signalements de personnes isolées qui se laissent aller sans entretenir leur logement et qui sont signalées par des voisins par exemple. Dans ces cas, on prévient les services sociaux du Conseil Général, le Service Hygiène et santé de la Ville de RENNES, ou le Service Santé et Environnement de l'Etat. Si ces personnes sont dangereuses pour elles-mêmes mais pas pour autrui, elles ne peuvent relever d'une HO.
<p>Attentes perspectives d'évolution, priorités</p>	<p>– Un souhait est que la procédure soit plus claire quant aux interventions des professionnels des différents services d'institutions, quant une personne est repérée comme dangereuse : Police et la Gendarmerie, Justice, médecins de ville (qui va payer ses honoraires ?), services hospitaliers, services communaux, services sociaux, Communes...</p> <p>Entre certaines institutions, il y a des incompréhensions parce que l'on ne se connaît pas suffisamment, à défaut de temps aussi pour se rencontrer ; les choses sont souvent traitées par fax, courrier ou téléphone.</p> <p>Il serait souhaitable également de réussir à clarifier ce qui relève du soin et ce qui relève du pénal ; exemple : une personne qui a menacé à plusieurs reprises le directeur d'un organisme HLM, avait été placée sous HO, et était sorti rapidement sur la base de l'avis du psychiatre hospitalier qui mentionnait que cette personne avait un comportement asocial mais n'était pas malade mental.</p> <p>Il faut donc réussir à écrire collectivement les procédures. La Ville de Rennes a sans doute un rôle à jouer sur ce plan, parce que un grand nombre de situations se déroule sur son territoire.</p> <p>Une autre question est la question de l'hébergement des publics, notamment des personnes désinsérées socialement et qui peuvent présenter des troubles à certains moments. Une collaboration avec le CHGR sur de nouveaux projets est souhaitable.</p>
<p>Connaissance d'expériences extérieures</p>	<p>Dans certaines villes françaises, un médecin fonctionnaire de la ville, du service Santé, fait des certificats médicaux, en vue des HO, ou des HDT.</p> <p>Dans d'autres départements, le coût de la visite médicale et du transport vers l'hôpital peut être pris en charge par un fonds départemental.</p> <p>Une réflexion est en cours sur Fougères en vue de créer une Maison Relais, telle que prévue par la circulaire de 2002, avec une concertation en vue d'une collaboration avec le CHGR. Une partie du public qui est concerné par les HO et les sorties d'essai peut sans doute être concernée par un tel projet.</p>

(Entretien le 04 juin 2003)

Structure	CHGR, centre hospitalier Guillaume Régnier
Position institutionnelle	Mme Guivarc'h, directrice – adjointe : Affaires générales – Direction de l'hospitalisation
Cadre légal et réglementaire d'intervention	Ce sont les missions globales d'un CHS, centre hospitalier spécialisé : prévention et soins avec hospitalisation à temps plein, hospitalisation à temps partiel dans les CATTP, consultations en CMP, interventions à domicile et en établissements en ambulatoire.
Appréciation générale de la question	<p>Les objectifs stratégiques du précédent projet d'établissement du CHGR pour la période 1999-2003 étaient :</p> <ul style="list-style-type: none"> - d'une part l'attachement au secteur comme mode d'intervention fondamental de la psychiatrie, avec une approche inter-sectorielle pour des pathologies ou des publics spécifiques : les adolescents, l'alcoologie, la toxicomanie, les population démunies, la présence au CHU ; - d'autre part, la réduction des inadéquations structurelles, en réduisant le nombre de lits psychiatriques, et en faisant un basculement vers le médico-social par la création de structures pour personnes âgées, et de MAS (maisons d'accueil spécialisées). <p>Cela s'est accompagné de la recherche d'une meilleure couverture géographique par secteur, par la création de CMP, d'hôpitaux de jour périphériques, et une meilleure répartition des moyens. Un contrat d'objectifs et de moyens a été signé avec l'ARH en décembre 2001. Cela a permis de développer la complémentarité sanitaire avec la présence de la psychiatrie dans les services d'urgence des hôpitaux généraux. On a également une garde médicale nuit et week-end et on a un infirmier 24 h sur 24 et il y a eu également le développement de la psychiatrie de liaison sur les hôpitaux périphériques, en psychiatrie adulte et psychiatrie infanto-juvénile.</p> <p>Toutes structures confondues, le CHGR comprend 2 093 lits et places au 31 12 02, dont 1 362 lits en psychiatrie générale : 751 réservés à l'hospitalisation des adultes en provenance des secteurs et 611 places en alternatives à l'hospitalisation, ainsi que 130 points de consultation ou d'intervention ambulatoire. La psychiatrie infanto-juvénile comprend 220 lits et places, dont 56 lits d'hospitalisation complète, 184 places en hôpital de jour, et 22 points de consultation.</p> <p>Globalement, le personnel du CHGR comprend environ 2000 agents.</p> <p>La psychiatrie est organisée par secteur : ils étaient initialement équivalents (70 000 habitants) et il n'y a pas eu de modification de limite sauf des rectifications à la marge en 2000. Par secteur, il y a 4 ou 4,5 médecins psychiatres hospitaliers. Le nombre de lits est arrêté par l'ARH dans le cadre de la carte sanitaire.</p> <p>Nous recevons une dotation globale de financement qui couvre l'hospitalisation et l'activité de secteur ,donc toute consultation qui est faite dans le cadre du secteur est gratuite, il n'y a pas de paiement à l'acte.</p> <p>L'organisation de l'ambulatoire comprend les interventions dans les structures extérieures au CHGR. Les équipes ambulatoires sont bien identifiées dans chaque service : avec un cadre et une équipe d'infirmiers. Mais il y a également des professions à cheval entre l'intra et l'extra hospitalier : assistantes sociales, médecins travaillent sur les deux par exemple.</p>

	<p>En terme d'évolution des moyens de personnels, nous suivons le même régime que dans le domaine de la santé en général, avec un encadrement serré des moyens. Cependant nous avons réussi à créer des structures nouvelles, la psychiatrie a pu se transformer, évoluer...La part des dépenses de personnel dans le budget est de 85%. Pour nous, la thérapeutique, c'est en grande partie la parole, le contact.Toute modification salariale dans le domaine du personnel a des répercussions immédiates très fortes sur nos moyens ; les 35 heures n'ont pas facilité l'évolution des choses.Les postes supplémentaires sont allés préférentiellement à l'hospitalisation temps plein.</p> <p>Les perspectives futures en terme de personnels sont plutôt pessimistes. Il a été demandé à la psychiatrie de baisser son nombre de lits, de se restructurer sur le social, le médico-social, ce qui est une bonne chose, mais on s'aperçoit que la baisse du nombre de lits pose problème, du fait de la demande de soins croissante vers la psychiatrie. La phase d'hospitalisation est inéluctable, en période de crise et nous sommes en sur-occupation quasiment toute l'année avec des pics au printemps et en automne. Les professionnels se demandent s'il faut continuer à baisser les lits, si le relais de l'extra est suffisant...Et pour les malades chroniques, c'est le manque de structures d'aval qui fait qu'ils restent sur nos établissements.</p>
<p>Publics et caractéristiques des publics</p>	<p>Au plan des maladies mentales, il semble qu'il y ait une stabilisation dans la répartition des pathologies, les catégories les plus importantes. Mais il y a un élargissement de la demande adressée à la psychiatrie dans le domaine de la souffrance psychique, qui va au-delà des simples classifications des maladies mentales,et qui est le reflet de la demande de la société.</p> <p>Nous avons une réponse de l'offre de soins par le biais des psychiatres, axée fondamentalement sur les pathologies médicales. Ils voient également des populations confrontées à la "souffrance psychique", mais ils souhaitent en général se recentrer sur ce qu'ils considèrent comme le cœur de leur métier.</p> <p>La réponse ne sera pas forcément médicale, dans la mesure où ce sont des équipes pluridisciplinaires qui interviennent . La réponse peut venir par le biais des psychologues, des infirmiers. Pour l'instant nous sommes dans une phase intermédiaire où l'on sent qu'il y a toute une réflexion qui s'organise autour des missions du secteur.</p> <p>(Les données sur la file active et l'activité en l'ambulatorio, extraites du rapport de gestion 2002, reproduites en annexe)</p> <p>Sur le tableau de la page 65, relatifs aux soins et interventions en ambulatoire, le nombre de patients correspondant globalement à ces différents types d'intervention est de 9 135 au total et il varie par secteur d'un minimum de 621 à un maximum de 2 921.</p>
<p>Observations sur les dispositifs actuels</p>	<p>Nous avons été incités à passer des conventions avec le secteur médico-social dans un premier temps comme les maisons de retraite qui nous prennent des patients si on assure un suivi et une formation des personnels. Nous avons signé une vingtaine de conventions, et c'est quelque chose qui doit se prolonger.</p> <p>Avec le Conseil Général, nous pratiquons pour l'instant des actions de sensibilisation ; nous avons fait une journée conjointe l'an dernier en novembre. Nous organisons également des actions de formation pour les encadrants de publics en réinsertion (chantiers d'insertion etc....I).</p> <p>Il y a également des expériences sur certains secteurs qui travaillent avec les CDAS sur l'étude de dossiers particuliers pour éclairer et prendre des orientations communes éventuellement. Cela fonctionne ainsi sur le secteur de</p>

	<p>Janzé.</p> <p>Appartements thérapeutiques / Logements de réinsertion Les appartements thérapeutiques sont au nombre de 6 en tout : 3 en toxicomanie, et 3 sur le secteur CG 08. Dans les appartements thérapeutiques, il y a un dispositif de soins qui suppose une présence quotidienne d'une équipe soignante. Ce n'est pas le cas en logement de réinsertion, qui sont une transition avant que la personne puisse être autonome. Les logements de réinsertion sont au nombre de 41, ils sont gérés par secteur. La question de mutualiser ces appartements s'est posée de manière à avoir un meilleur flux dans les affectations de patients. Les appartements de réinsertion sont des logements HLM .Ils ne sont pas forcément en lien avec le découpage des secteurs (c'est-à-dire que les appartements que gère chaque secteur ne sont pas toujours situés sur le territoire de ce secteur).</p> <p>Tutelles Le service de tutelle du CHGR gère près de 500 mesures de protection de majeurs : tutelle, tutelle d'Etat, curatelle..., avec une dizaine de professionnels. Il s'agit de dossiers pour des patients hospitalisés on non. C'est un service qui doit gérer une prise en charge plus personnalisée, avec un accompagnement au domicile de la personne...Il y a également un accroissement de la complexité administrative de gestion....</p> <p>HO et HDT Les HDT et HO correspondent plutôt à des situations de crise, ou des situations difficiles ,alors que la plupart des patients sont ici en hospitalisation libre (82%). Nous avons des difficultés parfois à trouver l'interlocuteur, le médecin qui fera le certificat et la personne qui fera la demande d'admission, pour permettre une réhospitalisation d'une personne sortie qui a besoin à nouveau de soinsNous ne pouvons pas intervenir de nous-même sur ce plan. Souvent nous faisons le tour des institutions qui seraient susceptibles d'intervenir. Au fil des consultations avec certains patients, il est possible de voir que la situation évolue mal, ou alors qu' il y a une période de crise. Nous avons une responsabilité vis à vis de ces patients . Nous ne pouvons pas les laisser ainsi, tout en étant obligés de respecter la légalité pour les faire venir. Ces situations où nous avons du mal à trouver des interlocuteurs sont au nombre de 10 à 20 par an. Quand les patients sont en période de sortie d'essai, il n'y a pas de problème, les personnes sont considérées comme étant hospitalisées, il est donc possible de faire intervenir les pouvoirs publics, si la personne s'enferme dans sa maison. Pour les personnes en HO,nous pouvons faire appel aux forces de police,accompagnées d'un serrurier.</p>
<p><i>Attentes perspectives d'évolution, priorités</i></p>	<p>Le nouveau projet d'établissement : En 2000, avait été évoquée la possibilité de créer un secteur supplémentaire, compte tenu de l'évolution démographique, mais l'option n'avait pas été retenue. Par contre dans le nouveau projet d'établissement, ce sera en discussion : nous savons que l'équilibre initial entre les secteurs est rompu. Certains secteurs ont plus de populations que d'autres. Il y a des quartiers nouveaux qui se créent sur la métropole. Il faut que l'on fasse une actualisation des populations et des caractéristiques démographiques des territoires... La difficulté d'ordre administratif que nous rencontrons, c'est la diversité des découpages entre la psychiatrie ,le secteur social, la ville, cela complique les échanges... Si nous demandons des modifications des limites des secteurs, ce sera complexe car il faudra que l'ARH prenne un arrêté...</p>

Sur le nouveau projet d'établissement, nous restons sur la logique de secteur mais nous pourrions accentuer tout l'aspect prévention et réinsertion, qui sont aussi des missions de la psychiatrie. On continuera à développer les réponses à des besoins spécifiques, ceux qui étaient déjà en cours (adolescents, les démunis en difficulté sociale, les conduites addictives, les personnes âgées...) avec des besoins supplémentaires, comme les Unités d'Hospitalisation pour détenus, dans le but de mieux assurer la prise en charge psychiatrique des détenus qui en ont besoin...

Nous avons aussi un objectif qui revient à développer tout l'aspect inter institutionnel, avec le social et le médico-social. Nous voudrions aussi travailler la question de l'hébergement et du logement, parce qu'on s'aperçoit que les crises concernent souvent des personnes isolées, en rupture de soin, et qui nous reviennent par le biais des travailleurs sociaux. On voudrait essayer de mettre en place des projets de logements collectifs, et travailler sur les relais pour les personnes qui sont chez elles et ont besoin d'un suivi au-delà de celui que peut faire le secteur. Si les travailleurs sociaux ou les infirmiers les voient une fois par mois ça ne suffit pas, pour certains.

Les projets de service viennent d'être lancés, il y aura des groupes thématiques notamment sur cette complémentarité avec le secteur médico-social. Les groupes seront constitués en septembre, la restitution des projets est prévue pour Pâques 2004 de manière à présenter un projet en fin d'année 2004.

Le dispositif d'intervention en HDT et HO : ce qui serait utile c'est de pouvoir trouver des médecins pour les HDT dans les situations où nous avons des difficultés. Il faut également trouver quelqu'un dans l'environnement de la personne qui fasse la demande d'admission (en général la famille est réticente, et en dehors, on ne trouve pas grand monde, on recherche au niveau du CDAS, etc...) et trouver un médecin extérieur qui accepte de faire le certificat : le médecin traitant est réticent parce qu'il ne veut pas créer une rupture de confiance avec le patient. ; si on fait appel à SOS médecins, ils ne le font pas toujours.

Ensuite, même si nous avons le certificat et la demande d'admission en cas d'HDT, il faut faire venir la personne, et la police n'intervient pas toujours car ce n'est pas l'exécution d'une mesure administrative comme l'HO, il s'agit d'un règlement entre personnes privées. Cette réglementation est protectrice des personnes, mais dans certains cas en psychiatrie les patients sont dans le déni de leur pathologie, et cela peut les pénaliser. Je ne vois pas bien comment on peut faire mieux.

Ce qui est important dans ces situations, c'est l'anticipation par l'information dès qu'il y a quelque chose qui ne va pas, et ne pas attendre la dernière minute. Effectivement si tous les interlocuteurs publics susceptibles d'intervenir connaissaient bien la réglementation sur les HO et HDT et ses limites, ce serait intéressant. Peut-être faut-il qu'il y ait un pivot dans les actions à entreprendre quand ce sont des populations sensibles suivies au niveau social, quelqu'un qui prévienne la police, un médecin, l'hôpital et qui puisse chercher un membre de la famille qui ferait l'admission.

Nous avons un projet en gestation qui devrait déboucher en 2004, en liaison avec le Conseil Général : la création d'une maison des adolescents qui fonctionnerait sur la base d'un travail en réseau avec les différents partenaires (des médecins généralistes, l'Education Nationale, la PJJ, le Conseil Général, les services adolescents du CHGR).avec des capacités de réactivité sur le

	<p>terrain.</p> <p>Interlocuteurs en psychiatrie Nous avons des réticences à délivrer à l'extérieur des informations sur des patients pour des raisons de secret médical et de protection des personnes. Il est parfois difficile de trouver quel est le bon interlocuteur au niveau du service ; en général on conseille de contacter un infirmier du CMP le plus proche à charge pour lui de relayer la demande dans le service. Quand il est dit au niveau des protocoles de travail ,que ce sera le CMP qui sera informé, on s'organisera pour que l'information aille jusqu'au médecin qui traite le patient. A partir du moment où il y a un suivi à la source cela peut permettre au service, sur la base d'un signalement ,de convoquer la personne, d'envoyer un infirmier, de faire une évaluation de la situation, d'anticiper. Un correspondant précis connu par CMP serait souhaitable.</p> <p>Il faudrait trouver un système de régulation au niveau de la réinsertion sociale : de notre côté l'accentuation du travail sur ce pôle pourrait permettre peut-être de réduire les difficultés. On n'empêchera quand même pas les situations de crise, mais c'est pour ça qu'il faut un système de régulation inter-institutionnel.</p> <p>Logement / hébergement Ce que nous souhaiterions développer c'est un travail plus organisé sur le logement pour la réinsertion de patients, et trouver des structures d'aval en terme d'hébergement avec des solutions durables. Les assistantes sociales interviennent dans le cadre des relations avec les offices d'HLM ou les bailleurs privés. Pour l'instant chacune travaille individuellement. Si nous pouvions travailler d'institution à institution sur ces questions d'hébergement, on travaillerait mieux...</p> <p>A Fougères, il y a un projet de Maison Relais avec plusieurs patients et un suivi par le CHGR au titre du travail du secteur.</p> <p>Il y a toute une dimension également qui n'est pas très exploitée, c'est l'hospitalisation à domicile, l'HAD, c'est-à-dire l'intervention d'équipes mobiles (médecins, infirmiers...) en soin chez les personnes, à articuler avec un suivi social...Nous n'avons pas de HAD en place . C'est un dispositif plus lourd que les simples visites de secteur qui sont des visites de maintien. C'était prévu dans une circulaire de 1960, certains hôpitaux l'ont mis en place.</p>
<p>Connaissance d'expériences extérieures</p>	

Entretien le 18 juin

<i>Structure</i>	<i>CHGR</i>
<i>Position institutionnelle</i>	<i>Docteur PISTIEN, chef de service du secteur 35 G 10, comprenant des communes du sud de Rennes (jusqu'à Bruz) et sur la ville, notamment les quartiers Le Blosne Sud – Est et la Poterie.</i>
<i>Cadre légal et réglementaire d'intervention</i>	Code de la santé publique
<i>Appréciation générale de la question</i>	<p>Les secteurs psychiatriques couvrent en moyenne un territoire de 70 000 habitants, sur notre secteur en 1999, la population était déjà de 96 000 habitants et elle a beaucoup augmenté depuis.</p> <p>Pour répondre aux besoins de cette population, le secteur dispose de 90 lits d'hospitalisation complète, et des structures habituelles CMP / CATTP / Ambulatoire. En extra hospitalier, ce secteur a un personnel d'une dizaine de personnes : 7 infirmiers, 4 médecins, 2 psychologues et le personnel administratif...</p> <p>Le temps de psychiatrie sur ce secteur équivaut à 3 ETP. Au CMP de la rue de Châtillon, travaille une équipe de psychologues, infirmiers, AS... Sur ce secteur nous ne disposons pas d'appartements thérapeutiques, mais de 11 places dans des logements d'insertion.</p> <p>On n'est pas très bien doté par rapport à la population desservie. La file active est d'environ 1500 personnes par an.</p>
<i>Publics et caractéristiques des publics</i>	<p>Je ne suis pas sûr que les personnes souffrant de troubles psychiatriques soient plus à l'origine de troubles de l'ordre public ou de troubles de l'ordre social, dans les quartiers que l'on dessert.</p> <p>On soigne les troubles psychiatriques, on ne soigne pas la souffrance psychique, ce n'est pas notre rôle... Mais de toute façon, on ne refuse jamais de recevoir quelqu'un, d'avoir un entretien au moins avec un infirmier à l'accueil et ensuite s'il y a quelque chose à entreprendre, s'il y a un doute, s'il y a une demande, un psychiatre aura au moins un entretien en consultation. Le délai pour voir un psychiatre au CMP n'est pas énorme : au cours des deux après – midis entiers de consultation, que j'assure comme mes autres collègues psychiatres, sur une quinzaine de patients, il y a entre deux et quatre nouveaux patients toutes les semaines pour chaque médecin.</p> <p>Pour caractériser nos patients, on a notre grille de lecture médicale. On a forcément une typologie clinique, une typologie diagnostic, effectivement on ne suit pas de la même façon les alcooliques, et les psychotiques, les maniaco-dépressifs, mais on prend toujours en compte l'insertion sociale du patient : quelqu'un qui est isolé bénéficiera de plus d'interventions à domicile d'un infirmier, d'une AS... on va tenter d'obtenir de lui une adhésion thérapeutique et on aura tendance à demander une protection juridique pour les personnes incapables de gérer leur quotidien...</p> <p>Mais il y a une grande partie des patients qui ne reconnaissent pas leur maladie et pour qui toute action vers eux paraîtra très intrusive, en raison du sentiment de persécution propre à certaines maladies mentales, ce qui conduit à des échecs de certains suivis thérapeutiques, à des allers-retours entre l'hôpital et le domicile...</p>

	<p>Dans notre société, la pauvreté n'a pas forcément rapport avec la maladie, mais la maladie mentale entraîne très souvent la pauvreté, pour ceux qu'on appelle des handicapés psychiques. Les gens qui entrent dans la maladie, souvent c'est la psychose, le font jeunes, vers 19 - 22 ans, et pour certains on voit rapidement qu'on va très vite s'orienter vers une vie avec des moyens financiers a-minima (AAH – RMI), qui va perdurer...</p> <p>Il faut aussi rappeler qu'en psychiatrie, on ne guérit pas les malades, et donc il y a des personnes qui regagnent leur domicile et qui ne sont pas stabilisées...même si des personnes peuvent vivre à domicile avec des troubles psychiatriques...</p> <p>Par ailleurs, les comportements violents ne relèvent pas tous de la psychiatrie : il y a des gens violents qui cassent tout et qui n'ont pas de troubles psychiatriques, tels que les alcooliques ou toxicomanes en crise...Il y a plein de choses qui relèvent du pénal et peut-être pas de la psychiatrie...</p>
<p><i>Observations sur les dispositifs actuels</i></p>	<p>Sur 90 lits, 40 environ sont occupés par des malades chroniques, et 50 sont des lits actifs, pour des durées d'hospitalisation relativement courtes.</p> <p>La psychiatrie ne s'inscrit pas dans le champ de l'action sociale, mais dans le champ sanitaire, médical : on soigne des troubles psychiatriques, donc on tient à ce que les structures de la psychiatrie accueillent des personnes qui souffrent de troubles psychiatriques...et à éviter une stigmatisation des personnes souffrant de troubles.</p> <p>On tient compte de l'environnement social ; on a des remontées de la part des CDAS, du CCAS. Mais on ne peut pas intervenir chez les patients que l'on ne connaît pas. Si on les connaît, on va intervenir...</p> <p>On est contre la stigmatisation des personnes ; parfois, on peut être sollicité, ce qui peut conduire à une sorte d'injonction thérapeutique qui n'est pas toujours bénéfique pour le patient.</p> <p>Pour les appartements de réinsertion, on ne peut pas échanger en permanence des informations avec les bailleurs, parce que cela pourrait aboutir à une surveillance psychiatrique de certains patients...</p> <p>Il y a une ignorance du fonctionnement des dispositifs : l'hôpital n'a pas le pouvoir de décider d'une obligation de soins et il ne peut pas décider d'une hospitalisation...Mais nous essayons dans nos différents services de privilégier l'accueil : on doit pouvoir joindre en permanence quelqu'un du service...</p> <p>Depuis que je suis là comme chef de servies, depuis un an et demi, j'ai rencontré le CDAS et le CCAS au cours de deux réunions et l'AS participe régulièrement à la cellule de veille.</p> <p>On est sollicité bien sûr, mais parfois ça prend la forme de l'injonction thérapeutique, ce qui n'est pas toujours adéquat, je pense à un cas particulier où ont été mises en oeuvre simultanément la demande d'hospitalisation et l'expulsion du logement, et on nous demande qu'il soit dans un logement de réinsertion avec un suivi, pour quelqu'un qui ne nous avait pas été signalé auparavant, c'est son premier accident, il n'avait jamais été soigné...Si on</p>

	<p>comprend qu'il y ait eu une demande d'HDT, on ne comprend pas pourquoi il a été privé de son domicile, cela va entraîner un processus de désocialisation...on a donc engagé une procédure, on a fait appel,... On nous a demandé de le mettre dans un appartement de réinsertion, ce que j'ai refusé pour éviter la stigmatisation...le mettre dans un appartement de réinsertion à l'initiative du bailleur, ce serait une situation de surveillance psychiatrique pour dans personnes posant des problèmes de comportement. Ce que je souhaite pour lui, c'est qu'il puisse avoir accès à un autre appartement, où on assure le suivi que l'on fait d'habitude...Je voudrais éviter cette situation de surveillance et renvoyer à un processus de soin...Et ça pose aussi un problème de liberté individuelle...</p>
<p><i>Attentes, perspectives d'évolutions, priorités</i></p>	<p>Les souhaits, c'est que les choses soient un peu clarifiées : d'abord, à propos de l'HDT, c'est le psychiatre de secteur le plus mal placé pour en décider. Ensuite pour les soins, on ne peut pas décider à la place des gens de venir en consultation...on peut les inciter, mais ce n'est pas toujours un succès même si ça l'est assez souvent. Je pense également que quand un professionnel de la psychiatrie estime que tels troubles ne relèvent pas de la psychiatrie, il doit être entendu...ce qui est le cas assez souvent. La psychiatrie est ouverte, mais je crois qu'il y a encore une certaine réticence à nous aborder...</p> <p>Les logements de réinsertion sont gérés par le service d'insertion de l'hôpital. Nous avons 11 places dans notre secteur, selon moi, c'est suffisant. Des appartements thérapeutiques on n'en a pas.</p> <p>Pour les suivis à domicile, on a un nombre d'actes d'infirmiers de suivis à domicile qui est assez conséquent...Il est certain qu'avec des moyens supplémentaires, notre réponse serait meilleure. Il est certain que la réduction du nombre de lits a été poussée trop loin, et on voit que là où ça marche bien c'est sur certains secteurs de même taille qui ont 6,5 ETP de psychiatre pour 50000 habitants...</p> <p>Dans le cas de la situation évoquée plus haut, les échanges se sont déroulés par courrier, téléphone.... Le cas n'a pas été évoqué en cellule d'examen de situations. Mais il y a aussi parfois des rencontres entre professionnels au CMP, et on peut aussi intervenir après des remontées de professionnels du quartier, et on peut intervenir auprès des patients que l'on connaît...</p> <p>La mise en place de réunions régulières entre professionnels des interventions sociales et professionnels de la psychiatrie est envisageable, à condition que ce soit productif, que l'on parle de situations précises pour lesquels on a été alerté de façon précise, en sachant que nous sommes contraints par le secret médical...</p>
<p><i>Connaissance d'expériences extérieures</i></p>	<p>Dans les Côtes d'Armor, j'ai l'expérience d'une rencontre de synthèse régulière entre l'équipe du secteur et l'équipe sociale du territoire : on faisait des synthèses régulières sur des patients suivis.</p>

Entretien le 18 juin 2003

<i>Structure</i>	<i>CHGR</i>
<i>Position institutionnelle</i>	<i>M. LEVOYER, psychiatre, responsable du centre St Exupéry (CMP / CATTP / Ambulatoire), secteur 35 G 03 du Centre Hospitalo-Universitaire de Psychiatrie de l'Adulte</i>
<i>Cadre légal et réglementaire d'intervention</i>	Missions de soins du CHS, organisé par secteur.
<i>Appréciation générale de la question</i>	<p>Le centre St Exupéry est en cours de réorganisation depuis mai 2003. Sous la responsabilité du psychiatre, coordinateur de l'ensemble, le centre comprend désormais :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le CATTP, permettant un accueil de jour de patients et des soins structurés à la demi-journée, dont le personnel permanent est constitué de deux infirmiers - les soins à domicile assurés par quatre infirmiers - le CMP, assurant des consultations par les psychiatres, un psychologue et trois infirmiers, - un service administratif, et une assistante sociale <p>De plus, interviennent régulièrement une ergothérapeute et une kinésithérapeute.</p> <p>C'est depuis mai 2003 que le centre est organisé de cette façon, ce qui constitue une nouveauté au CHGR, par le fait que le psychiatre du centre soit à plein temps pour coordonner l'ensemble de l'activité et que l'équipe ambulatoire soit rattachée dans son ensemble au centre, alors que sur les autres secteurs, elle est rattachée au CHGR.</p> <p>Le secteur G 03 dispose par ailleurs de deux appartements thérapeutiques, l'un d'une place, l'autre de trois places, mais ils ne sont pas situés sur le quartier de Maurepas – Patton, ils sont situés dans la ZUP Sud – Centre Alma. Le centre secteur ne dispose pas de logements d'insertion.</p> <p>Le responsable du centre a également un rôle d'expert sur la schizophrénie pour des patients hors secteur.</p>
<i>Publics et caractéristiques des publics</i>	<p>La file active est constituée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - à 25% environ de patients aux pathologies lourdes : schizophrénies et pathologies voisines, - de personnes souffrant de troubles psychiatriques intriqués à des problèmes sociaux - de personnes toxicomanes et alcooliques, liées ou non aux pathologies précédentes. <p>La population psychiatrique concernée présente des pathologies gravement invalidantes, sur lesquelles se greffent des problèmes sociaux, les personnes ayant des revenus faibles (RMI / AAH), souvent avec des mesures de protection juridique (tutelle, curatelle)</p> <p>Comme il y a sur le quartier beaucoup de logements HLM, nous récupérons souvent des patients sortant des services d'autres secteurs de la psychiatrie.</p> <p>Sur le secteur G03 (couvrant des quartiers de Rennes et des communes</p>

	<p>extérieures) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la population de patients est à plus du tiers schizophrène - le nombre de visites à domicile effectuées par an est d'environ 1800 - le nombre d'actes de soins effectués au Centre St Exupéry est d'environ 4 000.
<p><i>Observations sur les dispositifs actuels</i></p>	<p>La nouvelle organisation du centre St Exupéry, l'étoffement du dispositif, visent à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - donner une réponse orale rapide à toute demande, avec le plus souvent possible une information écrite sur la nature de la prise en charge ou du suivi aux partenaires, et notamment aux médecins traitants - mieux articuler la prise en compte des problèmes sociaux avec les pathologies lourdes des publics - être plus présent sur le territoire du secteur, sur les quartiers, et mieux travailler avec les nombreux partenaires sociaux après l'hospitalisation - réduire la stigmatisation de l'hôpital psychiatrique et de la maladie psychique. <p>Cette organisation se met en place au travers de quatre missions:</p> <ul style="list-style-type: none"> - éviter le plus possible le recours systématique à l'hospitalisation temps plein d'urgence par l'anticipation et le désamorçage des situations de crise potentielles ; - développer la dimension d'accompagnement en aval, après l'hospitalisation pour éviter les rechutes ; - développer la prévention, en faisant du dépistage précoce des maladies, chez les personnes qui n'ont pas intégré encore les circuits de soins, au travers d'un partenariat avec les médecins généralistes du quartier, mais aussi tous les partenaires et acteurs sociaux ; - apporter un soutien aux familles des patients sous la forme d'une écoute privilégiée et de réunions régulières d'information sur les maladies, en particulier schizophréniques. <p>Le fait de disposer aujourd'hui au CHGR de moins de capacités d'hospitalisation pose effectivement problème, ainsi que la baisse de la durée moyenne de séjour à l'hôpital, alors que la demande de prise en charge augmente. Cela rend d'autant plus nécessaire la mise en place d'un dispositif de soins en amont et en aval, afin de prévenir l'hospitalisation à temps plein, ce qui nécessite aussi beaucoup de temps et d'articulations. Cela doit aussi avoir des effets préventifs de la désinsertion sociale induite souvent par la maladie mentale, et éviter que des conséquences handicapantes s'installent de façon irréversible.</p> <p>Le fait que les appartements thérapeutiques du centre St Exupéry ne soient pas localisés sur les quartiers du secteur conduit à des allers-retours compliqués pour les patients comme pour le personnel.</p>
<p><i>Attentes perspectives d'évolution, priorités</i></p>	<p>L'objectif est d'être alertés plus tôt, d'avoir le temps de rechercher des solutions et d'apporter un meilleur service aux populations, de travailler en collaboration avec d'autres acteurs sociaux autour des patients.</p> <p>Le souhait est d'être mieux coordonné avec les autres professionnels : si un</p>

	<p>point était fait régulièrement, tout au long de l'année, avec des personnes référentes, les patients arriveraient sans doute plus tôt au centre St Exupéry, il serait possible alors de leur proposer des prises en charge et des soins adaptés plus vite.</p> <p>L'intérêt de ce type de démarche serait aussi d'éviter une partie des hospitalisations sous contrainte, d'éviter des situations de crises, situations inextricables, qui n'ont pour solutions que des hospitalisations.</p> <p>Au-delà des relations partenariales duelles que nous cherchons à développer, la mise en place d'une instance de quartier, d'un lieu régulier de rencontres entre professionnels est envisageable, sinon souhaitable pour permettre de coordonner le réseau de partenaires. Un point central où l'on puisse se rassembler et articuler les interventions sur le terrain, connaître précisément les missions et champs d'action de chacun serait utile.</p> <p>Nous envisageons également la mise en place de permanences de psychiatrie adulte dans les CDAS de notre secteur (Maurepas, Cesson Sévigné), de même que la pédopsychiatrie en assure auprès des PMI.</p> <p>Il sera également possible de mettre en place des formations pour des partenaires du secteur sur la symptomatologie de certaines pathologies, l'une des missions et du Service Hospitalo – Universitaire de Psychiatrie de l'Adulte étant également de faciliter l'accès aux connaissances générales sur les pathologies mentales.</p> <p>Notre souhait sera aussi de disposer d'appartements thérapeutiques sur le quartier de Maurepas – Patton.</p> <p>Sur Rennes il manque des structures alternatives à l'hospitalisation et au logement, telles que l'Hôtel social le Beaumont ou la Grande Maison, qui n'a que 6 places. Ce type de structures est nécessaire pour assurer une stabilisation de la maladie chez certaines personnes après une hospitalisation.</p> <p>Il manque également sur le département 35 une structure pour travailler à l'insertion professionnelle des personnes après ou en cours de soins (de type de celle de Billiers dans le Morbihan).</p>
<p>Connaissance d'expériences extérieures</p>	<p>Mise en place actuellement dans le 15^{ème} arrondissement de Paris d'un travail coordonné de partenariat (dénommé "Pré-psy") au travers d'un réseau entre un secteur de l'hôpital St Anne et les médecins en activité libérale et le secteur médico-social en vue de la prise en charge précoce des patients souffrant de troubles schizophréniques.</p> <p>Au moindre doute de pathologies, les personnes sont orientées vers un centre où est posé un diagnostic, et au besoin un protocole de soins, ainsi qu'un bilan social et un soutien aux familles, de concert avec les médecins généralistes et psychiatres libéraux.</p> <p>La mise en place de ce réseau est financé par la CRAM.</p>

Entretien avec M. LE VOYER le 3 juin 2003.

<i>Structure</i>	<i>Mme HERVAULT, Assistante sociale du secteur CG08, CHGR, cadre coordinateur de l'ensemble des services sociaux de psychiatrie à partir de début 2004.</i>
<i>Position institutionnelle</i>	Dans chaque service social de secteur de psychiatrie interviennent 2 ou 3 AS. Le secteur CG08 couvre sur la Ville de RENNES les quartiers de Cleunay et centre ville.
<i>Cadre légal et réglementaire d'intervention</i>	Code de la santé publique.
<i>Appréciation générale de la question</i>	Sur le secteur d'interventions, la population concernée est hétéroclite : jeunes isolés, personnes âgées, personnes démunies en petit logement, notamment des locations privées. Cette population en difficulté suite à une hospitalisation est en augmentation au cours des dernières années. On est bien conscient que les comportements de certaines personnes font peur au voisinage, on sait bien que certaines patients peuvent être inquiétants à l'extérieur...
<i>Publics et caractéristiques des publics</i>	Je distingue trois catégories principales : <ul style="list-style-type: none"> - d'une part, les psychotiques : il s'agit plutôt de personnes isolées, hommes ou femmes, qui souvent n'entretiennent pas leur logement, qui peuvent inquiéter leurs voisins par leurs cris ou hurlements nocturnes ...Parfois ces personnes n'ont plus que la psychiatrie comme seule relation sociale. Sur mon secteur j'en estime le nombre de ceux qui posent problème à largement une douzaine ; - d'autre part les personnes avec des problèmes d'alcool ou qui consomment d'autres toxiques, ou les deux, chez qui il y aura plus de violence...Les toxicomanes sont des personnes qui ne sont pas toujours en logement, ils sont SDF ou hébergés ; certains, deux ou trois sur mon secteur, passent souvent leur temps entre l'hôpital, un foyer d'urgence et la rue... - les 'carencés affectifs', personnes jeunes pas vraiment classées comme psychotiques, mais limitées intellectuellement, avec des histoires familiales complexes...parfois en appartement, en meublés ou hébergées après une vie en institution, ce qui fait qu'ils supportent difficilement la solitude du w.e. Ce sont aussi des personnes qui vont se faire exploiter, qui arrivent aussi pour des hospitalisations, parfois après avoir été ramassées sur la voie publique...ou après un passage au CHU. Ce sont souvent également des personnes incapables de contractualiser... <p>Ce sont des gens fragiles, qui sont souvent squattés, exploités, spoliés ou battus par des personnes malveillantes...</p> <p>Les situations des psychotiques sont plus graves et difficiles que les alcooliques, parce que chez ces derniers, il y a un rappel possible de la loi, ce qui n'est pas forcément le cas chez les premiers.</p> <p>On est plus sollicité pour les troubles causés par les premiers, parce que la maladie mentale inquiète plus que l'alcool. Mais la psychiatrie a des limites pour continuer à intervenir auprès des personnes, parce qu'on ne peut pas entrer</p>

	<p>dans les logements si elles refusent et on ne peut pas non plus les faire hospitaliser.</p> <p>Il faut dire également que pour les psychotiques, l'une des issues fréquentes est la tentative de suicide ou le suicide...</p>
<p>Observations sur les dispositifs actuels</p>	<p>Chaque secteur de psychiatrie a des limites d'intervention : on a réduit les capacités d'hospitalisation, on a fermé des unités, on dispose aujourd'hui dans notre secteur de 3 services d'entrants de 20 lits, soit 60, dont la moitié environ est occupée par des malades chroniques sur plusieurs mois ou plusieurs années...Et donc depuis 15 ans, notre activité consiste beaucoup dans la gestion de lits, la durée moyenne de séjour a été raccourcie, on va parfois sortir les gens de façon très rapide si on a besoin de places, d'où également souvent des retours rapides de personnes...On est souvent en surpeuplement...et ça s'est accéléré depuis deux ou trois ans...</p> <p>Ce qui pose la question de l'accès ou du maintien dans le logement, privé ou public, avec cette étiquette lourde à porter...On demande parfois un logement à la CLH, parce que le service médical nous demande de le sortir, alors que parfois je sais bien qu'il y aura des troubles de voisinage et que je suis incapable d'offrir des garanties, de faire un contrat de suivi...Mais je n'ai pas d'autres solutions...Les psychotiques sont ceux pour lesquels on a le moins de solutions.</p> <p>On voit pourtant la nécessité pour eux de disposer d'un hébergement avec un cadre et un suivi : ainsi, un homme du secteur a intégré la Grande Maison depuis 2 ans (avec un accueil au CHGR lors des fermetures régulières du foyer), où il a une réelle vie autonome, ne souffre plus de solitude...(cf. monographies H1), alors qu'il s'agissait d'une personne qui avait connu 9 hospitalisations depuis 1985, dont plusieurs HO suite à des conduites d'agression sur la voie publique. <i>"La difficulté résidait dans le fait que M. interrompait son traitement et son suivi ; s'en suivait une dégradation de l'état de santé, des troubles du comportement évoquant une dangerosité ...(...). Le non retour dans un logement seul est ce qui a permis à ce patient de vivre à l'extérieur avec un suivi contrôlé..."</i> (extrait de la monographie).</p> <p>Dans notre service, nous disposons d'un appartement thérapeutique, avec 3 lits permettant une prise en charge médicale (passage de personnel matin et soir). Les logements de réinsertion par contre (41 au total au CHGR) sont conçus pour tester l'autonomie des personnes, avec la pratique théorique du bail glissant, et un suivi régulier par des infirmiers. Mais on constatait il y a un certain temps une chronicité des patients dans ces logements (ce qui serait à vérifier aujourd'hui). Les personnes qui habitent les logements d'insertion s'engagent au suivi d'un traitement, à la visite régulière d'un infirmier ; on dispose du double des clefs, on peut donc y intervenir, ce qui n'est pas le cas des logements ordinaires. Les patients qui s'y trouvent sont le plus souvent des personnes psychotiques, avec une reconnaissance et une pension d'invalidité ou d'handicap.</p> <p>Pour les suivis à domicile, en dehors de nos interventions, on essaie de bricoler des suivis avec des services tels que SADAPH (services d'aides à domicile), Entractes (service de la résidence Bretagne) ou le SAVS d'Espoir 35, qui peuvent parfois prendre des personnes non reconnues handicapées, mais le plus souvent ils sont saturés...Donc on a du mal à avoir des réponses rapides.</p>

Par ailleurs, une partie des personnes accueillies dans le secteur est invitée à venir en CMP et CATTP, mais ils sont libres de venir ou non... Pour les visites à domicile des infirmiers, pour les gens que l'on connaît très bien, on va s'inquiéter si l'on n'a pas de nouvelles, ou s'ils ne répondent pas à nos courriers, etc. Sur Cleunay, on peut considérer que l'on a comme cela 4 ou 5 personnes en rupture, que l'on essaie de repêcher régulièrement... Cela conduit à solliciter les pompiers ou la police, un peu moins d'une fois par mois sur mon secteur... Et à une époque, on suivait les gens hors secteur, mais aujourd'hui c'est plus difficile, du fait de déménagements et de l'application de la sectorisation, donc on lâche plus souvent les gens en cassant des suivis...

Les alcooliques qui sont sevrés ici acceptent difficilement un soin ou un suivi psychologique après une cure, on leur propose un suivi médical mais pour certains, l'alcoolisme n'est pas du ressort de la psychiatrie. On voit beaucoup de personnes revenir régulièrement.... Ce sont souvent des personnes en couple, avec de grosses dettes de loyer... un certain nombre sont sous tutelle... On est assez démuné face à cette population, tant que les personnes n'ont pas réellement envie de s'arrêter. On ne peut pas être derrière eux quotidiennement... Ces personnes ont le don de mettre en échec tout le monde des intervenants autour d'eux...

Pour les 'jeunes carencés', on est aussi sans solutions : ce sont des personnes qui ont des crises violentes, qui ne peuvent pas vivre seules et qui ont de très grandes difficultés à vivre en collectivité. Ainsi, on a réussi à faire entrer un jeune au Foyer d'Hébergement des "Deux rivières" à Cesson, avec l'intervention du SAVS Espoir 35, et ça se passait moyennement bien parce que les autres personnes du foyer ont des activités en CAT ou ailleurs en journée et non pas ce jeune...

Dans tous les cas, on voit des situations sans solution satisfaisante, parce que certaines personnes n'ont plus de famille pour les aider, et parce que même si elle est présente, elle ne peut pas toujours intervenir par exemple pour demander l'hospitalisation par peur des représailles, parce que les places d'hospitalisation sont insuffisantes et que l'on est amené à chercher des logements pour des personnes sortantes de l'hôpital, dont on sait bien que la situation va se dégrader.

On ne peut pas intervenir chez les personnes s'il n'y a pas eu hospitalisation, et on voit les difficultés d'HDT ou HO en cas de crises : les familles ou les travailleurs sociaux ou les délégués aux tutelles nous contactent, les médecins ne se déplacent pas facilement pour constater les troubles... **C'est donc très compliqué d'aboutir à une hospitalisation, tout le monde est réticent à hospitaliser les gens contre leur gré, ce qui fait qu'on est proche de l'externement abusif.** Dans le cas relaté dans la monographie H1, **personne ne prend la décision de dire qu'il y a danger...**; on voit que plusieurs interlocuteurs sont mobilisés autour de la décision, suite au jet d'un pantalon en feu et autres objets par la fenêtre : la DDASS, le CDAS, le Syndic, le propriétaire du logement, la Préfecture, un médecin, la mairie de Rennes, le commissariat de Police. Personne ne prend la décision de forcer la porte du logement et cette personne ne sera hospitalisée que 5 semaines après le signalement à la DDASS ! On se demande pourquoi la Police n'a pas eu mandat de le surveiller et de l'attraper ? On met les gens en danger en ne répondant pas rapidement, et le voisinage dans une situation d'angoisse.

Dans le cas du M. de la monographie H5, il s'agit d'un homme perdu, cherchant

	<p>le gîte et le couvert, refusé en CHRS parce que violent ; il est arrivé en hospitalisation libre sans certificat médical, mais il ne supporte pas son voisin, il refuse tout traitement et agresse un autre patient. Sa sortie est alors mise en œuvre de façon musclée..., avec l'aide de la police, en lui conseillant d'aller vers un foyer tel que Benoît Labre. Ce cas n'est pas rare, ça arrive assez régulièrement, avec des personnes en errance. Ce qui me fait dire que les personnes les plus dangereuses ne sont pas toutes à l'hôpital ; mais certains pensent que ces situations relèvent plus du pénal que de la psychiatrie.</p> <p>La personne de la situation H2 (homme de 42 ans en HLM depuis 1989, qui a connu plusieurs dizaines d'hospitalisations depuis 1983, dont des HO, régulièrement squatté et victime d'agressions, en procédure d'expulsion...) est le cas typique de la personne dont la psychiatrie est incapable d'offrir une solution, alors qu'il est incapable de vivre seul en appartement, d'autant qu'il accepte les soins quand il est hospitalisé et non en dehors...Actuellement on recherche un logement pour lui à la CLH ou en privé...C'est quelqu'un qui a besoin de rester en ville, il lui faudrait une structure avec un minimum de cadre...Certains comme lui débarquent ici régulièrement avec leurs bagages, car ils ne supportent plus l'extérieur...</p>
<p><i>Attentes perspectives d'évolution, priorités</i></p>	<p>Nous sommes sans solutions pour un grand nombre de personnes, au profil psychotique, isolées, célibataires, notamment les femmes, puisque le Foyer d'Hébergement tel que Marie Joseph est complet ; on trouve parfois des solutions dans des foyers de vie (FOFV) à 40 km de Rennes, à St Malo, Bazouges-la-Pérouse ou Tremblay, foyers souvent rattachés à des maisons de retraite ; malgré les inconvénients que ces structures soient loin de la ville, et qu'elles ne soient accessibles que pour les personnes avec une reconnaissance du handicap par la COTOREP, et qu'elles veulent parfois exiger du pensionnaire des activités occupationnelles que les personnes ne peuvent faire...(dans mon secteur, je compte une dizaine de patients dans ce type de structures). Pendant longtemps, l'hôpital a gardé ces gens-là qui y passaient leur vie, et on était alors moins demandeurs de solutions...Mais aujourd'hui il manque de passerelles entre le tout médical et le tout social.</p> <p>On est démunie en foyer de vie en Ile-et-Vilaine, et certains CHRS comme ADSAO, grand collectif de 55 places, ne sont pas adaptés pour ce public. On a régulièrement des gens qui arrivent d'Adsao, c'est une forme d'hospitalisation sous injonction...Il est aussi très difficile d'y retourner une seconde fois, après une expulsion... De plus, avant on travaillait avec des structures d'hébergement hors du département et hors région, et ce n'est plus possible...selon une directive de l'ARH. Il vaudrait mieux avoir plusieurs petites structures diversifiées que des grosses...</p> <p>L'une des difficultés de travail de coordination entre nous et le travail social de polyvalence tient à la non coïncidence des découpages des territoires, celui des CDAS d'une part, celui des secteurs. Ceci nous conduit sur un secteur à avoir trois CDAS pour interlocuteur, et réciproquement, chacun ayant des pratiques différentes. Cela multiplie les interlocuteurs et les façons de travailler...</p>

Entretien le 3 juin 2003

<i>Structure</i>	<i>CHGR : Centre Hospitalier Spécialisé Guillaume Régnier</i>
<i>Position institutionnelle</i>	<i>Mme Orgeas, psychologue M. Bréger, infirmier psychiatrique "Equipe mobile psychiatrie-précarité du CHGR"</i>
<i>Cadre d'intervention</i>	<p>La cellule d'accueil et d'orientation psychiatrique pour les populations démunies sans résidence stable est plus connue sous le nom d'équipe mobile psychiatrie-précarité du CHGR. Elle a été mise en place en avril 2000. Nous sommes sous responsabilité médicale du docteur Pouyolon ; l'équipe est composée d'un ³/₄ temps de psychologue, et d'un plein-temps d'infirmier. A l'origine, l'équipe était financée dans le cadre du PRAPS, aujourd'hui le financement pérenne est assuré dans le cadre de la dotation de l'ARH.</p> <p>L'objectif c'est d'aller vers la population sans résidence stable et d'intervenir de façon régulière chez les différents partenaires (CHRS, CAO, l'accueil de jour, le restaurant social, la Mission Locale, les résidences sociales genre Triskell, le Beaumont, ALFADI, le foyer Guy Houist, les ALI, animateurs locaux d'insertion du RMI, la permanence d'accès aux soins de Ponchaillou, le Relais prévention jeune, des associations d'insertion etc.....), en gros une vingtaine en dehors de l'hôpital CHGR. Et on travaille en concertation avec d'autres structures professionnelles telles que le centre d'intervention en alcoologie CCAA, le centre Alain Gerbault pour les pharmaco-dépendances, les services de tutelle APASE et ATI et les services de l'hôpital puisque notre rôle c'est aussi de faire l'interface entre les partenaires sociaux et les unités de soins du CHGR.</p> <p>L'hôpital a passé une convention avec le centre d'examen de santé, qui peut nous solliciter pour des jeunes sans domicile et en contrepartie ils nous mettent à disposition un bureau en ville, pour faire des entretiens. Cela permet par exemple que le suivi psychologique entrepris avec ces personnes puisse se poursuivre malgré d'éventuelles ruptures et / ou changement de situations (fin, pause ou rupture d'hébergement en CHRS, d'accompagnement social, professionnel...). En moyenne, 70% de notre temps est consacré aux entretiens avec les usagers, le reste à la mise en place et l'entretien du réseau.</p> <p>L'intérêt de notre travail auprès des professionnels est :</p> <ul style="list-style-type: none"> - de permettre une prise en charge plus globale de la personne, et qui soit au plus près de sa réalité. Eviter en tant que professionnel d'avoir un fonctionnement qui favorise, entretient le morcellement - de travailler la question du lien (problématique récurrente au sein de cette population) d'une manière concrète, visible - de mettre en pratique réellement la notion de partenariat où chacun peut et a une place à prendre au regard de sa compétence. Ceci favorise la constitution d'un réseau. <p>L'équipe intervient auprès des usagers soit par des permanences, soit à la demande, sur rendez-vous. Au niveau des partenaires, les interventions se font, elles aussi, soit à la demande, soit de manière régulière comme, par exemple, avec les animateurs locaux d'insertion et instructeurs RMI, que nous rencontrons une fois par mois pour travailler sur certaines situations pour lesquelles ils ont de grandes difficultés.</p>

<p>Appréciation générale de la question</p>	<p>Nous avons été attentifs aux réticences et aux résistances des représentations que les différents partenaires et usagers peuvent avoir de la psychiatrie en fonction de leur expérience. On est amené parfois à dédramatiser la psychiatrie, tout en respectant les limites de chacun. On participe à différentes réunions (synthèse, commission d'aides à l'évaluation, réunions de bilan d'activité, assemblée générale, etc...). Les rencontres autour de l'utilisateur peuvent se faire et porter leurs fruits, grâce à l'implication de chacun. Ceci dit, c'est souvent dans l'urgence que ces rencontres ont lieu. .</p>
<p>Publics et caractéristiques des publics</p>	<p>Nous avons rencontré plus de 350 personnes sans parler des professionnels. Il faut également tenir compte du temps nécessaire à la mise en place du partenariat. Les personnes reçues en entretien ont pour beaucoup déjà été confrontées à la psychiatrie (soit une histoire familiale, soit histoire personnelle). Il y a aussi tous ces jeunes placés à un moment donné de leur vie, qui ont été obligés de rencontrer un psychiatre, un psychologue, voire plusieurs. Ces jeunes reprochent dans leur ensemble l'absence de dialogue – aussi bien avec le 'psy' qu'avec l'équipe éducative – quant au sens, aux raisons de ces entretiens. 70% environ de ce public a été dans son enfance soit placé, soit rupture familiale.</p> <p>L'équipe intervient auprès de personnes majeures, femmes et hommes, en majorité âgées de 18 à 35 ans. Il nous arrive d'accompagner des gens qui ont plus de 70 ans.</p> <p>Il y a une incohérence entre le discours officiel et la réalité du terrain : il y a une grande méconnaissance de ce public, avec ses difficultés spécifiques, ce qui met par exemple les instructeurs RMI en porte-à-faux, avec des missions de réinsertion par l'emploi que ces personnes sont bien loin de pouvoir assumer. Ce sont des actions où l'on met des pansements sans travailler les questions de fond.</p> <p>Dans le public rencontré, 85% des personnes ont des problèmes d'alcoolisations, de toxicomanie ou de pharmaco-dépendances. Mais toutes ces consommations n'entraînent pas systématiquement une notion de dépendance, ce qui peut poser question quant au sens de ces consommations souvent massives et violentes.</p> <p>Nous avons remarqué lorsqu'il y a hospitalisation de ce public, qu'il y a une tendance à s'attacher plus aux symptômes et aux conséquences comportementales qui en découlent, qu'aux problématiques induisant ce comportement. Par exemple, on va parler de '<i>conjugopathie liée à l'alcool</i>' alors que le recours à l'alcool sert à masquer une angoisse psychotique.</p> <p>Nous, nous abordons ces questions en termes de "pathologies du lien". Il y a un rapport extrêmement violent, destructeur avec le produit. Ce public est beaucoup dans l'urgence, ce sont des personnes qui peuvent partir très vite, qui sont confrontés fréquemment à des ruptures.</p> <p>Il est dit et écrit que 30 à 40 % des personnes vivant dans la rue de grandes villes sont psychotiques. Pour Rennes, et les villes d'importance identique, notre constat diffère quelque peu. En effet, il ne nous semble pas qu'il y ait plus de psychotiques que dans une population dite normale. Ceci dit, il ne faut pas oublier que la consommation de produit a une fonction "thérapeutique" pour certains usagers ; les produits servant à calfeutrer ou à atténuer la souffrance d'une psychose.</p> <p>Par ailleurs, nous n'avons pas connaissance de toutes les personnes vivant dehors pour différentes raisons, elles ne fréquentent ni le réseau professionnel ni le réseau caritatif.</p>

<p><i>Observations sur les dispositifs actuels</i></p>	<p>Nous ne sommes pas directement concernés par les demandes d'hospitalisation sous contrainte, parce que nous ne sommes pas habilités à nous positionner en tant que tiers et à demander une hospitalisation. Mais les équipes peuvent nous solliciter pour les accompagner dans les démarches de demandes d'HDT, soit pour les informer, soit pour travailler cette décision auprès de l'équipe ou de la direction, soit pour préparer, accompagner l'utilisateur. Nous avons très souvent un rôle d'interface dans ces cas-là.</p> <p>Cela renvoie à la difficulté de décider d'une hospitalisation. Les dispositifs ne nous paraissent pas forcément adaptés aux situations que nous sommes amenés à rencontrer, notamment pour les personnes isolées. La contrainte peut être structurante, mais la police et les pompiers ne se déplacent pas toujours. Il est également très difficile de faire déplacer un médecin. De plus, la notion d'urgence n'est pas la même selon les métiers. Donc, certaines hospitalisations souhaitables ne se font pas. Mais quel que soit les difficultés rencontrées, lorsque les hospitalisations s'avèrent nécessaires, on essaie toujours de travailler cette question avec la personne, de proposer, préparer l'hospitalisation libre par exemple, et rencontrer l'équipe médicale qui devrait l'accueillir...</p> <p>Cela devient plus compliqué d'hospitaliser. Il y a la Charte des patients, les responsabilités des médecins qui sont de plus en plus mises en cause...La notion d'hospitalité existe de moins en moins au niveau de l'hôpital. Une fois l'urgence réglée, les gens sont remis dehors. On ferme des lits, les temps d'hospitalisation sont plus courts, mais les moyens ne suivent pas pour l'extra hospitalier, les CMP, c'est 9 h. – 17 h., hormis quelques-uns.</p> <p>Notre pratique de terrain nous amène à dire qu'il y a un "maillon manquant" pour favoriser l'accès aux soins. Faut-il créer quelque chose de nouveau ou faut-il redéfinir le travail de secteur, l'élargir, l'accentuer, le repenser, l'adapter ? La précarité, la difficulté à aller vers le soin, n'est pas une question de logement, de domiciliation ou non. Nous sommes régulièrement sollicités pour des personnes qui ont un logement mais qui sont dans l'incapacité ou le refus d'aller vers les institutions adaptées. Nous savons qu'elles n'iront vers le soin, vers 'nous', que si nous allons vers elles. C'est une étape incontournable.</p> <p>L'équipe mobile a pour mission de faire en sorte que le public en grande précarité puisse bénéficier du droit commun au niveau de la santé, puisse utiliser l'existant. Or la réalité du terrain nous confronte à des personnes qui déploient justement beaucoup d'énergie pour ne pas s'inscrire, utiliser, s'intégrer dans l'existant...ce combat, pour certains, leur donnant ainsi le "sentiment d'exister"</p> <p>Sur Rennes, pour les personnes sans domicile fixe, l'orientation vers les secteurs se fait selon la date de naissance dans l'année, ceci pour les hospitalisations comme pour les consultations en ambulatoire. Le public auprès duquel nous intervenons n'a pas d'argent, et ne peut donc pas s'adresser à des psychologues en libéral par exemple. Il n'y a pour eux que le service public comme réponse possible, et notamment les CMP. Mais dans les CMP, il n'y a qu'un, deux ou trois psychologues, dans le meilleur des cas. Ceux-ci sont surchargés et dans certains CMP, le chef de service demande à ce qu'il y ait un certificat d'un médecin généraliste avant une consultation, et / ou d'autres médecins psychiatres demandent à ce que toutes les premières demandes passent par eux. Accéder aux soins peut ressembler à un véritable parcours du combattant dans certains cas et nous paraît assez irréaliste par rapport à ce</p>

	<p>public.</p> <p>Il y a des personnes avec qui nous avons un lien très long, et des personnes où nous passons le relais rapidement après un, deux ou trois entretiens. On a beaucoup de suivis, sur six mois - un an. Par rapport à l'image que l'on peut avoir de ces personnes en errance, dans la rupture, on peut dire qu'ils sont en attente, en demande ; quand ils décident de venir, quand quelque chose s'est mis en place, c'est tout à fait possible de travailler avec eux, il y a peu de rendez-vous qui ne sont pas honorés.</p> <p>Au niveau des démarches, on se trouve confrontés à une difficulté relative au nombre de logements sur Rennes. Il y a un paradoxe à travailler avec certains sur une stratégie d'accès et de se trouver confrontés à l'incapacité à aller plus loin quand il n'y a pas de logement disponible.</p>
<i>Attentes perspectives d'évolution, priorités</i>	<p>Notre travail, notre présence contribuent à construire un réseau autour des personnes en difficulté, mais l'une des questions qui se pose également est de veiller à ce que ce réseau ne se transforme pas en toile d'araignée, où l'utilisateur serait piégé. La question est alors : comment être présent sans envahir, sans être intrusif, en respectant l'utilisateur là où il a envie d'être ? Cela est possible en lui laissant la liberté de reprendre contact, après un rendez vous manqué, en évitant surtout de ne pas être tout puissant, sinon ça peut être toxique et conduire à la rupture ou l'abandon.</p> <p>Il faut des structures d'hébergement à taille plus humaine, il faudrait une diversité de structures. Je pense aussi qu'au niveau des CMP, il serait intéressant de faire des relais vers les collègues en libéral, en trouvant des solutions pour prendre en charge le travail psychologique et l'accompagnement nécessaires. Les CMP c'est un extra-hospitalier mais ça fonctionne un peu comme un intra, ils ne vont pas forcément vers les gens et les structures extérieures.</p> <p>Nous sommes invités par l'infirmière du CHRS Benoît Labre à réfléchir avec les infirmières qui travaillent sur l'accueil de jour et le restaurant social, à la mise en place de lits infirmiers. Cette possibilité permettrait sur un temps relativement court, à des personnes vivant dans la rue de bénéficier de soins qui ne nécessitent pas de d'hospitalisation. Cette mise en place ne peut se faire qu'avec la présence d'un médecin référent et d'infirmières libérales. .</p>
<i>Connaissance d'expériences extérieures</i>	<p>Sur Paris, il y a des dispositifs qui articulent hébergement, accompagnement social et soins.</p>

Entretien le 1 /07 / 03

Structure	Ministère de la Justice
Position institutionnelle	M. CALUT, vice-procureur
Cadre légal et réglementaire d'intervention	Dans le cadre de la commission d'infractions pénales et dans le cadre de la protection des personnes vulnérables.
Appréciation générale de la question	La Justice est concernée par les troubles à l'ordre public provoqués par des personnes qui ont des fragilités psychologiques ou des troubles mentaux, à partir du moment où sont commises des infractions pénales. Par ailleurs cette question la concerne dans le processus de décision concernant les mesures de protection des majeurs.
Publics et caractéristiques des publics	Au cours des dernières années, il y a sans doute une augmentation des hospitalisations d'office, mais peut-on dire qu'il y a augmentation des HO suite à des gardes à vue ? Je l'ignore. Depuis plusieurs années, nous assistons localement à une augmentation de l'ordre de 20% par an des mesures de protection de majeurs, la plupart d'entre elles étant mises en place sur requête du Parquet, suite aux signalements des services sociaux. Cette augmentation est à mettre en relation avec la détérioration de certains liens sociaux, au vieillissement de la population, à l'alcoolisme...
Observations sur les dispositifs actuels	La justice est interpellée quand se trouvent devant une juridiction des personnes dont on doit vérifier le discernement par une expertise psychiatrique. Concernant les placements d'office, c'est à partir du moment où il y a infraction pénale qu'un examen médical peut avoir lieu en garde à vue, à l'initiative de l'enquêteur, de la personne ou du Parquet. Dans le cas des affaires graves, si l'état de la personne est perturbé, il y aura placement d'office durant la détention provisoire. L'une des difficultés actuelles tient à ce que les établissements hospitaliers gardent moins leurs patients ... de ce fait on résout ponctuellement seulement, par ce biais, les problèmes posés par ces personnes qui commettent des infractions d'ordre pénal, car il y a levée des placements peu de temps après et les faits se renouvellent...Ces parcours peuvent concerner des personnes toxicomanes, mais également des alcooliques ou des personnes atteintes d'autres pathologies. De plus la réponse pénale n'est pas adaptée pour les personnes qui sont atteintes de troubles mentaux, puisque la sanction pénale n'a de sens que si elle est comprise, or un partie de ces personnes n'intègre pas ce message, ne le prend pas comme un avertissement. Le juge d'application des peines n'arrive pas à grand chose avec eux...et notamment dans le cadre du sursis avec mise à l'épreuve. Sur la Ville de Rennes, les services et les élus sont plus au fait de la procédure d'HO, mais dans les petites communes, les maires et les adjoints n'ont pas l'habitude de ce type de procédures, ils peuvent avoir des réticences à prendre un arrêté, à prendre leurs responsabilités, il faudrait qu'ils aient une information plus précise à ce sujet... Une autre difficulté tient à l'intervention médicale. Sur une situation de crise, la

	<p>police et la gendarmerie peuvent intervenir auprès d'une personne à son domicile en cas de danger manifeste pour elle-même. Mais la difficulté tient aux périodes de rémission : une personne peut avoir manifesté un comportement dangereux, mais au moment où la Police ou la Gendarmerie sont sur place, elle est très calme, le placement d'office devient alors impossible.</p> <p>La réponse pénale est aussi limitée par rapport aux comportements asociaux, face aux personnes perturbées : d'une part, on n'est saisi qu'à partir du moment où il y a plainte et que l'on peut rattacher cela à une qualification pénale (ce qui entraînera des poursuites si différents éléments viennent corroborer les accusations), ou s'il y a une intervention de la Police ou de la Gendarmerie. Mais on ne peut pas priver de liberté toutes les personnes qui commettent des infractions, parce que ce n'est pas prévu dans les textes pour les dégradations, violences légères, troubles de voisinage, nuisances sonores, etc., où la peine est la contravention...La réponse ne peut être que médicale...La Justice ne peut être mêlée à tous les problèmes qui ne sont pas de son ressort...</p> <p>Par ailleurs, la Justice est là également pour protéger les personnes d'hospitalisations abusives, et régulièrement, nous recevons et instruisons des requêtes de personnes qui contestent leur placement...</p> <p>Concernant les mesures de protection, une des difficultés concerne certaines personnes à la rue, clochardisées : s'il n'y a pas de revenus fixes, le juge des tutelles va se déclarer incompetent, et il faudra attendre une infraction pénale, un P.V. de la police ou de la gendarmerie, qui conduirait à une hospitalisation au CHU avec signalement des services sociaux de l'hôpital et éventuellement au CHGR, qui demanderait une mesure de protection...Nous avons régulièrement ce type de situations...</p> <p>On constate effectivement des affaires à répétition, de nombreuses plaintes de voisinage de la part de locataires du parc HLM, des situations qui pourrissent. Dans ces circonstances, on peut effectivement diligenter des enquêtes pour caractériser l'infraction, mais l'intervention de la Justice est limitée si la gravité pénale est peu importante, et les peines de contravention produisent peu d'effets quand la personne est insolvable.</p>
<p>Attentes perspectives d'évolution, priorités</p>	<p>Une meilleure coordination des interventions des institutions est à rechercher dans certaines situations complexes, telles que celles que vous évoquez : homme qui a jeté un pantalon en feu par la fenêtre de son appartement, qui est apparu avec une arme sur son balcon, où il a fallu cinq semaines pour aboutir au placement alors qu'il y avait eu dégradation.... Un interpellation de cette personne aurait peut-être été possible avant.... En effet, la dégradation de biens, y compris ses biens propres, les menaces contre des personnes, sont des infractions pénales.</p> <p>La Justice n'est pas en situation d'être présente sur les quartiers, mais ce qui est peut-être envisageable c'est de signaler certains cas qui nécessitent une attention particulière...Si on est saisi officiellement de comportements de personnes malveillantes, on peut faire intervenir la police de proximité. Un travail sur ce plan à l'échelle des quartiers, au travers d'une instance de coordination entre professionnels, peut être intéressant.</p>

Entretien le 8 juillet 2003

Structure	Police Nationale
Position institutionnelle	<i>M. Jousset, commandant, adjoint au chef d'état-major, ancien chef du secteur de Maurepas.</i>
Cadre légal et réglementaire d'intervention	<p>La police nationale a deux types de missions</p> <ul style="list-style-type: none"> - des missions administratives, à la demande du Maire et du Préfet - des missions d'ordre pénal, à la demande du Parquet. <p>Sur la Ville de Rennes, il y a 8 secteurs de police de proximité, chacun disposant de 4 à 15 agents, sous la responsabilité du chef de secteur...</p>
Appréciation générale de la question	<p>La Police est souvent le dernier recours pour un certain nombre de situations qui relèvent plus du domaine de la santé, en raison de la fragilité psychologique des personnes ou de leurs difficultés mentales.</p> <p>Or notre mission première est de traiter la délinquance et de porter secours aux victimes et on se retrouve souvent avec ce genre de problèmes sur les bras. S'il y a des troubles à l'ordre public, on est évidemment concerné, mais on se demande si la situation n'aurait pas pu être l'objet d'une intervention en amont.</p>
Publics caractéristiques des publics	<p>L'hiver en particulier, on voit arriver au poste de police des personnes sans abri, comme telle personne en déshérence, à la sortie du train, sans contacts sur la ville, sans argent, personnes non pas marginales, mais paumées. On en trouve ainsi une dizaine au cours de chaque hiver ; on appelle le 115 et si le standard est fermé, on n'a comme solution que de garder la personne à l'abri à titre de dépannage à l'hôtel de Police.</p> <p>Dans les bureaux de police de quartier également, on voit régulièrement venir vers nous un certain nombre de personnes qui n'ont pas tous leurs sens, qui tiennent des propos incohérents... Sur Maurepas, on finissait par bien connaître ces cas de figure... Et cela représente une bonne part de notre travail de s'occuper de ces personnes, dans des affaires de voisinage qui durent, des situations de menaces ou violences, des provocations incessantes d'une personne à l'égard de telle autre, etc. Il s'agit d'affaires très difficiles à régler...</p> <p>Par ailleurs, dans un très grand nombre de situations où la Police doit intervenir, on constate que cela est lié à la consommation d'alcool. Cela concerne 50 % des gardes à vue et environ 80% après une certaine heure... Au début cela impressionne d'ailleurs énormément les collègues qui arrivent de l'extérieur, cette importance de l'alcoolisme...</p>
Observations sur les dispositifs actuels	<p>Pour les personnes rencontrées ainsi par la police de proximité dans les quartiers, l'HL (hospitalisation libre) ne marche pas ni l'HDT, donc ne restait que l'HO... donc il nous arrivait de faire un signalement à la DDASS, mais on ne comprend pas toujours ce que cela a comme effets...</p> <p>Dans un cas très grave (délires, arme à feu, menace auprès du personnel de l'OPAC), avant l'HO, on avait transmis un dossier à la DDASS, sans que cela ne provoque de réactions, et on a du traiter le cas nous – même, en surveillant la personne et en l'interpellant, le Parquet étant avisé pour le principe. Et le maire a utilisé l'HO d'urgence, sur la base de la notoriété publique les ambulanciers sont venus ici pour le conduire au CHGR. Il est ressorti il n'y pas longtemps, puis y est retourné.</p>

	<p>Ce qui se passe avec les sorties, et les sorties d'essai d'HO, c'est que l'on reçoit un avis de la Préfecture pour attirer notre attention sur le fait que telle ou telle personne est dans cette situation, ce qui nous conduit à être plus vigilant concernant les appels : parmi les tapages nocturnes par exemple, si on identifie les noms qui nous ont été signalé, on ira tout de suite...</p> <p>Ce qui fonctionne bien, c'est quand quelqu'un est envoyé au CHU, ou la personne peut rencontrer l'équipe de psychiatrie et au besoin être orientée vers une hospitalisation....Avec les familles par contre, on voit que ce n'est pas facile, il faut du temps pour qu'un membre de la famille se décide à demander l'hospitalisation...Même dans ces situations, on peut être amenés à intervenir, à être présent, à accompagner l'ambulance par une voiture de Police...</p> <p>Dans certains cas donc, l'HO ne pose pas de problèmes, quand il s'agit de personnes que l'on connaît, déjà identifiées, au besoin on fait appel au médecin légiste lors d'une garde à vue... S'il y a des infractions pénales, telles que menaces avec arme, on en rend compte au Procureur...</p> <p>Ce qui pose problème, ce sont les signalements que l'on est amené à faire à la DDASS, sur la base de faits qui nous connaissons dans le cadre de notre présence de proximité dans les quartiers, et sur la base de recueil d'informations sur les mains courantes des Postes de police. On en fait sans avoir connaissance de la suite donnée</p> <p>Par rapport à la première situation que vous évoquez (personne hospitalisée cinq semaines après des faits graves, qui ont conduit à un signalement immédiat, cf. monographie H1), il aurait été effectivement possible d'entrer dans le domicile à n'importe quelle heure, sur la base de la nécessité de porter secours à la personne. Mais il y a peu de cas comme ça, si on ne sait pas quoi faire, l'OPJ passe un coup de fil au Parquet, et on lui demande la marche à suivre...</p> <p>Par rapport à la seconde situation (monographie H5 du CHGR : patient violent qui est sorti de l'hôpital manu – militari et en présence de la Police), je ne comprend pas en effet qu'un bureau de police soit ainsi intervenu pour sortir du CHGR une personne qui commettait des violences au sein de l'établissement...</p> <p>Par rapport aux cellules d'examen de situation du CLS, auxquelles participent les chefs de secteur, on a l'impression que cela piétine un peu depuis un certain temps. Sur le quartier de Maurepas, nous avons constaté à l'époque également des difficultés du partenariat avec les professionnels du secteur sanitaire, dans nos groupes de travail à l'échelle du quartier.</p>
<p><i>Attentes perspectives d'évolution, priorités</i></p>	<p>Il serait intéressant que les signalements que l'on fait à la DDASS puissent être l'objet d'une étude attentive et d'une concertation, dans une autre instance peut-être...</p> <p>Pour ce qui est des HO, hospitalisations d'office, comme on intervient parfois en soutien, il serait nécessaire de mettre au point une meilleure concertation entre les institutions : la Police, les organismes HLM, etc., ce qui a été le cas dernièrement.</p> <p>Enfin, il est certain que les agents de bureaux de police n'ont pas de véritable formation sur ces questions. Il serait intéressant que les chefs de secteurs au</p>

	moins bénéficient d'un minimum de formation de la part du secteur psychiatrique sur les différents types de troubles mentaux et sur les procédures...
<i>Connaissance d'expériences extérieures</i>	

Entretien le 30 juin 2003

<i>Structure</i>	<i>CAF, caisse d'allocations familiales</i>
<i>Position institutionnelle</i>	<i>Mme CREQUER, sous-directrice chargée de l'action sociale</i>
<i>Cadre légal et réglementaire d'intervention</i>	<p>Code de l'action sociale. Textes réglementaires relatifs au versement des prestations.</p> <p>L'activité de la CAF est organisée en deux départements : - celui des prestations - celui de l'action sociale</p> <p>Son intervention dans l'action sociale est en cours d'évolution depuis quelques années : d'une part, la sortie en 1998 de la polyvalence de secteur en CDAS ; d'autre part l'abandon sur 2003 —2005 de la gestion directe d'équipements et le passage en gestion associative : les 13 centres sociaux du département, le Centre Familial de vacances de la Vicomté.</p> <p>Par ailleurs, la CAF gère le FSL, les dispositifs des Contrats Enfance, des Contrats Temps Libre, les aides financières aux familles et aux partenaires.</p> <p>Le personnel de la CAF comprend 520 postes budgétaires, occupés par 548 agents.</p>
<i>Appréciation générale de la question</i>	<p>Pour l'accès aux droits, la CAF assure des permanences de techniciens à son siège, dans des Points Accueil CAF (à St Malo) en mairie, dans les CDAS, dans les espaces sociaux communs de Rennes, au Restaurant du Cœur, etc. Dans ces permanences sont données des informations sur les droits aux prestations et est assuré un accompagnement social au besoin.</p> <p>La gestion des dossiers est plus lourde pour les bénéficiaires des allocations soumises à des conditions de ressources, les allocations de logement (vérification annuelle), et surtout les bénéficiaires de l'AAH (vérification annuelle de la situation par la COTOREP), de l'API et du RMI (vérification trimestrielle par le renvoi de D.T.R., déclaration trimestrielle de ressources). Parmi ces bénéficiaires, certains bien entendu ont un rapport ordinaire aux administrations, même s'il y a des 'inclus' qui ne bougent pas de chez eux, qui sont comme abandonnés, ce qui peut induire une perte de droits, ou ceux qui ont un rapport défaillant avec les administrations.</p> <p>Pour les allocataires qui n'ont pas renvoyé leurs imprimés de vérification de ressources, il y a des relances qui permettent d'en récupérer 80 %. Il y a également un maintien des droits si les ressources sont faibles. Sur ces situations, il y a souvent mobilisation des agents avec interpellation des professionnels des CDAS, de la PMI, des ALI, des services de tutelle, etc. Ces contacts, ces visites à domicile parfois, sont à l'origine de la découverte de situations graves qui peuvent enclencher par exemple des signalements. Mais on ne peut pas dire que l'on repère par ce biais beaucoup de situations où la dimension psychiatrique soit prépondérante...</p> <p>Ce qui remonte des professionnels, c'est qu'il y a plus de situations aujourd'hui qualifiées diversement de "personnes avec des troubles psychiatriques", "qui ne vont pas bien", "qui disjonctent" (dans les centres sociaux) ; ou de "gens fragiles", "qui n'ont pas de repères", pour qui "le rythme quotidien est compliqué" (au centre de vacances de la Vicomté). A l'accueil, les gens ressentent plus d'agressivité, on doit de</p>

	<p>temps en temps solliciter un agent de sécurité.</p> <p>Ce que rapportent également plus les professionnels aujourd'hui, c'est l'impression de devoir traiter des éléments qui ne relèvent pas de leur fonction.</p>
<p><i>Publics et caractéristiques des publics</i></p>	<p>Les situations ne sont pas si nombreuses que cela, mais les agents y sont très sensibles, pour plusieurs raisons : un effet de mode qui met en avant les questions "psy", une manière d'exprimer leurs difficultés de relations, et leur inquiétude dans la mesure où ces situations révèlent également que tout un chacun peut être touché par ces phénomènes et non pas seulement les ménages paupérisés ; la frontière agents / public est sans doute aujourd'hui plus ténue.</p> <p>Cela nous a conduit cependant à mettre en place depuis un an une procédure de signalement et d'observations (deux situations le mois dernier), et à passer convention avec un psychologue, pour travailler avec les agents concernés d'une part, pour réfléchir sur les situations également (pour ne pas qualifier de 'psychiatriques', de 'schizo' ou de 'psychotiques' toutes les situations difficiles rencontrées).</p>
<p><i>Observations sur les dispositifs actuels</i></p>	<p>Jusqu'à présent, après une situation d'agressivité, on avait à l'esprit d'intervenir auprès de nos agents, dans le but de les rassurer, etc.</p> <p>Sur une situation récente, on a eu également le souci d'intervenir différemment auprès de la personne concernée. Il s'agit d'un usager qui a 'pété les plombs' à l'accueil, parce qu'il avait été rejeté de partout ; au fur et à mesure des entretiens avec lui, on a été amené à solliciter des partenaires sur sa question de demande de logement, au travers d'une réunion de synthèse à son sujet en CLH. Tout le monde s'est mis naturellement autour de la table pour en parler, sans se poser la question de la légitimité, mais il s'agissait d'une première à partir d'une situation d'agressivité à l'accueil, même si par ailleurs, des échanges réguliers ont lieu entre nos agents et ceux d'autres institutions.</p> <p>Le discours ambiant chez certains professionnels est également de dire qu'il n'y a rien pour ces publics, pour les recevoir, etc. Mais cela est-il vrai ? Peut-on parler de vide ? J'en doute. Cela révèle par contre une sous – information sur la réalité institutionnelle, sur les services offerts, une méconnaissance des possibilités d'interventions des professionnels d'autres institutions. Il est vrai que l'on ne connaît pas bien l'organisation des secteurs de la psychiatrie, ainsi existe-t-il une permanence téléphonique d'accueil 24 h. sur 24 ?</p> <p>La CAF a également été partie prenante de l'accompagnement social spécialisé sur les cités de transit de Rennes, et sur la dernière d'entre elle, celle de cité des Trois Fontaines, rue Baderot. Au vu de ce qui s'y passe, on peut se demander, si cette forme de cité était bien adaptée aux ménages concernés, parce que le transit, le passage vers d'autres logements n'étaient pas très fréquents. Mais, aujourd'hui, faire de l'habitat adapté diffus, est-ce un cadeau pour ces gens eux – mêmes, coupés ainsi de leurs pairs ?</p> <p>La CAF est présente dans les espaces sociaux communs sur les quartiers de Rennes, où, même si tout n'y est pas facile, les professionnels se rencontrent, sont amenés à mieux se connaître, et où dans les réunions qui rassemblent les différentes institutions, peuvent sans doute être évoquées des situations particulières, notamment après des situations d'agressivité qui ne manquent pas de survenir dans ces lieux également.</p>

<p><i>Attentes perspectives d'évolution, priorités</i></p>	<p>Sur les situations d'agressivité, et de crises entre professionnels et usagers, on doit avoir le souci de ne pas traiter seulement la situation interne à l'institution, en intervenant auprès de l'agent pour le protéger ou le soutenir, mais de se saisir de ces situations pour mieux intervenir auprès de ces personnes. Ceci met en évidence également un enjeu de formation, puisque certains agents paniquent plus que d'autres...</p> <p>Devant des situations de crise, on ne doit pas se contenter de regarder la gestion de la problématique et des conséquences de ces situations sur ses propres agents et sur sa structure. Il faut sortir du cadre de sa prestation. Et il faut faire les choses simplement, se réunir naturellement quand c'est nécessaire sans se poser de questions de légitimité.</p> <p>Il faut donner aux agents quelques points de repère, quelques clés pour se situer dans ces circonstances, mais point trop n'en faut. Il faut éviter d'utiliser des notions psychologiques ou psychiatriques pour qualifier des situations sociales, il faut éviter de créer des typologies, des catégorisations trop hâtives, car on est vite conduit à faire du remplissage...et donc à stigmatiser maladroitement.</p> <p>Concernant l'habitat, je n'ai pas de solution – miracle, mais je suis plutôt pour de petites réalisations de 4 ou 5 logements intégrés dans un parc ordinaire.</p> <p>Concernant les structures intervenant dans le domaine de la psychiatrie, on a besoin d'un peu plus de connaissances des services qui existent, pour arrêter de dire qu'il n'y a rien...</p>
<p><i>Connaissance d'expériences extérieures</i></p>	

Entretien le 23 juillet 2003.

Structure	OPHLM Rennes
Position institutionnelle	<i>M. Magnaval, responsable du Département Commercial et Social</i> <i>Mme Le Brun, chargée du suivi de la gestion locative en lien avec les agences</i> <i>Mme Ferré, conseillère sociale</i>
Cadre légal et réglementaire d'intervention	Lois relatives aux rapports locatifs, baux signés entre locataires et bailleur, règlement intérieur et règlement de sécurité et de salubrité.
Appréciation générale de la question	<p>Nous avons fait un repérage des ménages locataires connus par l'agence Nord qui travaille sur les quartiers de Maurepas et de Patton : il y a une trentaine de situations de personnes avec des difficultés importantes sur le plan psychologique ou psychiatrique, avec des conséquences sur la vie de voisinage. S'y ajoutent de nombreux cas d'alcooliques dépendants.</p> <p>Ces personnes peuvent ne pas être repérées officiellement comme malades et donc, ne sont pas toujours prises en charge par l'hôpital. Nous sommes démunis pour traiter ces problèmes. Les personnes sont difficiles à rencontrer, elles fuient et en général ne sont pas en état d'entendre notre discours (rappel des règlements) ; des comportements d'ordre pathologique sont aussi repérés lors d'incivilités voire de d'actes de délinquance de la part d'enfants et d'ados en manque de repères ou d'adultes.</p> <p>Une des sources est par ailleurs le fichier des demandeurs d'habitat adapté au niveau de la Commission Locale de l'Habitat, , mais il est obsolète, il y a + de 100 demandeurs actuellement pour tous les organismes HLM confondus mais les situations ont parfois 2 ou 3 ans et ont évolué ou même ont été réglées par un autre biais.</p> <p>On parle de ménages, mais quand il faut les définir, on a du mal car il faudrait aller voir les gens et leur poser des questions et surtout obtenir les réponses attendues pose problème (car difficulté pour rencontrer les personnes / problème de compréhension). Dans le cadre de l'accord collectif départemental, la DDE nous demande d'évaluer Inos besoins en matière de relogement des "cas lourds" pour troubles de voisinage. Mais il n'est pas toujours facile de collecter le maximum d'informations fraîches.</p>
Publics et caractéristiques des publics	<p>Plusieurs situations individuelles sont évoquées.</p> <p>Exemple : une dame square St Exupéry, en retraite, on connaissait la situation mais elle est rentrée dans le parc quand même. Or elle a été très agressive, elle ne s'occupait pas de son logement, cela a généré des problèmes avec les voisins pour les odeurs, par ailleurs, cette personne se laissait envahir etc. Aujourd'hui elle est hospitalisée, suite à un incendie dans son logement...</p> <p>Depuis quelques semaines, Mme serait sortante du CHGR mais nous avons bien précisé au responsable du service des Majeurs Protégés que nous ne pouvions envisager qu'un relogement en habitat adapté (pavillon de petite surface).</p> <p>Autre situation : deux sœurs, chez qui il y a une accumulation d'objets, de cartons, elles ne jettent rien, ça génère des problèmes d'hygiène : l'agence est intervenue deux fois avec le service d'hygiène de la ville pour faire vider leur appartement, à chaque intervention des tonnes ont été enlevées. Un</p>

	<p>signalement a été fait au juge des tutelles (tutelle aux prestations sociales) avec copie au CDAS...Alors elles sont allées vivre dans leur voiture, elles sont très malades et auraient besoin d'être soignées en psychiatrie et on n'a rien malgré ces signalements. Elles ne veulent pas voir de médecin, et suite aux pressions elles sont parties vivre dans leur voiture dans d'autres quartiers ou dans des garages de particuliers...On voit par là les difficultés liées au fait que les gens n'acceptent pas toujours de se faire soigner ou n'ont tout simplement pas conscience d'être malade</p> <p>Un autre cas de figure, un monsieur qui tombe dans ses escaliers, il est hospitalisé, et quand on ouvre la porte et il faut marcher sur les bouteilles pour entrer dans son logement. On répond alors au premier besoin, on nettoie mais une fois qu'on a nettoyé le logement on n'a pas touché au problème de fond, qui est le suivi médical...Cette personne va être orientée pour un habitat adapté, mais ce dont il a besoin c'est d'une aide pour régler un certain nombre de problème... On propose la réponse l'habitat adapté parce qu'on n'a pas d'autre solution.</p> <p>Une autre situation, à Maurepas, dans un petit collectif. C'est un Monsieur très agressif, surexcité, il a été incarcéré pour violences précédemment, il pousse des hurlements à son balcon le jour, il a des réceptions nocturnes bruyantes, liées à l'alcoolisation, il y a des déjections animales sur le balcon. Un échange pour un logement plus adapté est proposé, il ne vient pas aux rendez-vous. Il y a des plaintes épisodiques des voisins, mais ils n'osent pas se plaindre à la Police, on a un dossier contentieux en cours pour expulsion. Cette situation dure depuis plusieurs années et c'est difficile de monter un dossier contentieux parce qu'on a des plaintes mais on n'a pas de plaignants. De même on a bien un logement adapté vacant actuellement, mais il s'agit de deux logements côte à côte, si je mets monsieur là... quid de la famille et des vieux qui vivent côté...? Comment le rencontrer en assurant la protection de l'agent (de l'OPHLM), comment le convaincre de l'intérêt d'un déménagement, d'un suivi ALFADI, de soins.</p> <p>Actuellement, l'expulsion reste la seule solution, la procédure est en cours.</p> <p>On a actuellement une autre situation avec une procédure d'expulsion en cours : en octobre dernier, le directeur de l'office a fait une demande d'HDT, la personne est actuellement au CHGR, et parallèlement on a demandé une résiliation de contrat de location pour troubles du voisinage. Le CHGR souhaite qu'il soit relogé dans un autre logement mais quid du traitement des problèmes liés au comportement de Mr, de la peur des voisins ...</p> <p>Dans notre parc il y a aussi des personnes paranoïaques qui se sentent persécutées par leur voisinage. Ce sont des personnes sur lesquelles on n'a pas de prise. Ce que l'on ressent, ce qui revient des agences, c'est l'incapacité et le ras le bol par rapport à ces situations, où il n'y pas de partenaire institutionnel : or on n'est pas médecin, on n'a pas d'outils, on ne sait pas qui appeler...</p>
<p>Observations sur les dispositifs actuels</p>	<p>L'office confie de nombreux appartements aux CHRS ou à ALFADI dans le cadre de la convention tripartite « baux glissants ».</p> <p>Dans d'autres cas, il s'agira de foyers éclatés ou de CPH (filiale + particulière liée à l'accueil des demandeurs d'asile)</p> <p>Ce sont en fait des extensions de structures existantes (ASFAD, Foyer de post-cure l'Escale, AFTAM, AIDES Bretagne).L'accompagnement social est de la responsabilité des travailleurs sociaux de la structure.</p>

Concernant le CHGR, nous avons 21 logements « thérapeutiques » et 3 grands logements sur Villejean à vocation d'«accueil de jour».

Les logements thérapeutiques se retrouvent sur tous les secteurs (9 au Nord, 6 à l'Ouest, 9 au Sud) et ont 2 vocations pour le CHGR (extension de leur accueil dans des appartements thérapeutiques ; et logements d'insertion) ; à aucun moment, nous n'avons connaissance de leur utilisation.

Dans les appartements thérapeutiques, il y a un suivi médical à domicile avec des interventions quotidiennes de l'équipe soignante.

Les logements d'insertion sont plus orientés vers une prise en charge de sa vie et de sa pathologie par le sous-locataire.

Par ailleurs, nous sommes amenés à accueillir dans notre parc des sortants du CHGR :

Le problème, c'est que sur ces dossiers, nous ne sommes pas prévenus des difficultés des candidats et nous les découvrons lorsque la situation dérape, et l'on constate alors que ces personnes ne sont plus suivies sur le plan médical ou sur le plan social.

Une des difficultés est liée à la désignation des candidats aux logements : un certain nombre de sortants de la psychiatrie ou de résidents dans des structures où ils sont suivis, sont inscrits rue du Griffon et se voient proposer un logement dans tel ou tel quartier et tel ou tel immeuble. Mais on doit de notre côté faire attention aux attributions, on ne peut pas mettre une personne que nous avons décelé fragile dans des immeubles où il y a déjà des problèmes et où on sait qu'elle risque aussi d'avoir des problèmes...

Un autre problème, c'est la sortie des logements thérapeutiques. Le CHGR ne faisant pas partie de la convention « baux glissants », le passage obligé de l'inscription est le SHS (service d'habitat social). En 2000, il y a eu 5 sortants, en 2001 et en 2002, 10 ; et en 2003, 7, en comptant ceux qui sortent des appartements thérapeutiques. La moitié est entrée dans le parc ordinaire. En principe on demande à l'équipe médicale de garantir qu'il y aura un suivi, oralement, parfois par écrit pour les dossiers pour lesquels on hésite à accorder une attribution. Tout est individualisé, on n'a pas de courrier type : le CHGR nous dit qu'ils interviendront, mais il y a de moins en moins de visites à domicile, on demande aux gens de se rendre de leur gré dans les CMP. Et si on envoie des courriers, en voulant des engagements de leur part, on a l'impression de mettre en cause leur métier...

Notre problème c'est aussi ceux qui sont déjà locataires. Dans certaines situations, l'infirmier n'arrive plus à aller à domicile... les médicaments et l'hôpital de jour, c'est toujours sur la base du volontariat et on arrive souvent à des situations dramatiques...De plus ce sont les assistants sociaux ou gérants de tutelle du CHGR qui sont nos interlocuteurs et pas toujours le personnel médical ou para-médical...

Lors de la préparation des sorties, les AS, ou les gérants de tutelle ne vont pas non plus nous donner certaines informations de peur que le dossier soit refusé, alors qu'au contraire bénéficier de certains éléments nous permettrait de trouver le logement adapté à la personne. Et on sait les difficultés à mettre en place un suivi, ça prend du temps, même un suivi par une AS de secteur, ça prend du temps, il faut que l'AS rencontre la personne, pour obtenir un rendez-

	<p>vous ça nécessite un certain délai...</p> <p>Certes OPTIMA nous règle un tas de problèmes de nuit, ce que nous ne saurions pas faire, mais il faudrait pouvoir appeler Guillaume Régnier en pleine nuit également.. Et on l'impression qu'à OPTIMA, ils sont également démunis face aux personnes qui ont de gros problèmes psychologiques, ils soignent par l'échange verbal, il y a des gens qui ont besoin de parler pour se calmer et OPTIMA les écoute, mais ça prend du temps. Là où ils pourraient intervenir pour du tapage en 5 minutes, quand quelqu'un va pas bien, cela prend 2 heures....</p> <p>En ce qui concerne les majeurs protégés : on n'exige pas un la mise en place d'un contrat d'accompagnement social lorsque les candidats sont sous tutelle (cette mesure suffisant, en théorie, dans les textes, à garantir une intervention du tuteur si des problèmes (troubles de voisinage, ..) apparaissent), cependant ces mesures de protection ont leurs limites, car dans la pratique, au moment où on a problème avec un majeur protégé, certains tuteurs vont être à notre écoute, essayer de résoudre le problème, d'autres le seront moins, parfois c'est administratif et peu personnalisé...</p>
<p><i>Attentes perspectives d'évolution, priorités</i></p>	<p>Dans les appartements thérapeutiques et logements d'insertion, on n'entend parler de rien. Les locataires ont un partenaire identifié qui est le CHGR, qui est le locataire en titre, ils interviennent rapidement, on est tranquille dans ces situations là.</p> <p>Par rapport aux logements de l'Office loués au CHGR, notre souhait est au minimum de connaître le locataire, et de savoir comment le logement est occupé (on ne connaît pas actuellement les situations sociales des locataires, ce que la DDE nous demande pourtant).</p> <p>On a participé quelques fois à une cellule d'examen de situation, avec la ville, le service habitat social, le CHGR, mais on ne la sollicite pas de notre côté directement pour ce type de situations. On a été aussi parfois dans une commission d'aide à la décision en CDAS pour un signalement d'enfant en danger</p> <p>Il faudrait que quelque chose se mette en place pour les situations évoquées. Cela pourrait être intéressant que l'on se réunisse pour éviter de s'appeler, pour éviter de s'entendre dire : mais qui nous a saisi directement sur telle situation ? Il faudrait faire une fiche par situation rencontrée, et la suivre dans le temps ensemble et avoir le courage de dire celle là c'est réglé, mais celle – là ne l'est pas...Et cela permettrait également à notre personnel de faire la distinction entre les choses très graves et d'autres qui le sont beaucoup moins.</p>
<p><i>Connaissance d'expériences extérieures</i></p>	

Entretien le 11 juin 2003

<i>Structure</i>	<i>Aiguillon Construction, organisme HLM</i>
<i>Position institutionnelle</i>	<i>Mme Léger, chargée d'études sociales</i> <i>Mme Colliot Valérie, assistante d'études sociales</i>
<i>Cadre légal et réglementaire d'intervention</i>	Baux de location et règlement d'habitation. Actuellement, A.C. gère environ 8 899 logements, dont 6 922 en Ile-et-Vilaine, dont 5 871 sur Rennes.
<i>Appréciation générale de la question</i>	<p>La ligne de démarcation entre questions sociales et troubles d'ordre psychiatriques que je vois, c'est que dans ces problématiques, peu importe le logement : le changement d'endroit peut amplifier ou atténuer peut être les situations mais le trouble de voisinage est en lien avec la pathologie de la personne.</p> <p>La question que pose ces situations, c'est : comment faire avec l'impossible, parce qu'on n'est pas dans des modes d'échanges ordinaires, ni pérennes ; c'est très dur, ce sont des relations hachées. Les publics qui posent problème, ce sont ceux avec qui on ne peut pas travailler dans la continuité, sur le contrat : les demandes tournent en rond, notamment chez les ménages qui ont un problème majeur d'hygiène, des personnes seules isolées, sans intervention de travailleur social, sans famille, en rupture professionnelle...</p> <p>Par rapport à ces questions, la société Aiguillon a créé un outil de diagnostic et de préconisation. Auparavant la gestion des troubles de l'habitat à Aiguillon Construction était la même pour tout trouble: première phase de subsidiarité (on renvoie le plaignant vers le perturbateur) ; deuxième étape : la médiation, entre les protagonistes et avec le bailleur. Troisième étape : la phase contentieuse. Quand on a fait l'action-recherche avec le CEREC (centre d'études et de recherches en cliniques criminologiques de l'Université de Rennes 2), en travaillant sur un échantillon d'une quinzaine de situations, on a été amené à différencier les problématiques de troubles de l'habitat, on a donc construit des typologies, il y a 8 profils avec des préconisations adaptées à la situation de façon à ce qu'on n'aille pas systématiquement à la médiation ou au contentieux.</p> <p>On a diversifié les modes d'intervention selon la nature des troubles et on s'est ouvert vers les partenaires extérieurs, et on a créé le service 'études sociales', où travaillent deux psychologues et non des travailleurs sociaux.</p> <p>Parmi les profils, on a la maladie mentale : l'habitat du schizophrène, du psychotique : l'incurie ; toutes les pathologies de type addictives autour des logements « portes ouvertes » ; les allées et venues, l'alcoolisation ; et le mode d'habiter shérif, qui réfère à la paranoïa. Volontairement on n'a pas souhaité avoir un discours en lien avec la psychiatrie, on a préféré traduire ces questions en terme d'habitat, en termes de troubles liés à l'usage de l'habitat, c'est-à-dire ce que les maladies peuvent provoquer comme dysfonctionnement.</p> <p>A partir de ce travail, il y a eu formation de l'ensemble du personnel et maintenant on est au contact des gérants immobiliers dans un aller-retour : ils ont repéré le type d'éléments qui peuvent faire sens pour comprendre la situation, à quel mode d'habiter on a affaire. Cela a permis d'aiguiser leur sens de l'observation. Ils sont toujours dans le souci de savoir si c'est de leur ressort</p>

	<p>ou du nôtre, du coup ça les oblige à être vigilants, à l'écoute du type de problème que rencontre la personne, s'ils sentent que ce n'est pas du registre de la médiation qui est leur pratique, ils viennent vers nous.</p> <p>La formation, il y a 3 ans, a été interne, et aujourd'hui on travaille à nouveau avec le CEREC sur les situations d'intimidation et d'agression des locataires sur le personnel d'Aiguillon, avec un travail d'échange en groupe sur les situations avec tentative de formalisation, et l'écriture de certaines procédures ou protocoles dans le cadre du soutien à la personne qui a subi l'agression. Les situations d'intimidation sont plus visibles aujourd'hui, il y a une prise de conscience, ça se parle à tous les niveaux de l'entreprise.</p>
<p>Publics et caractéristiques des publics</p>	<p>Les situations avec des troubles de l'habitat liés plus ou moins à des problèmes psychologiques ou psychiatriques représentent une dizaine sur un an. Actuellement, nous en avons peut être 5 sur Rennes Métropole. Ce n'est pas énorme mais qualitativement c'est très compliqué à gérer.</p> <p>Ainsi, ces 3 situations qui reflètent les difficultés que rencontrent les personnels de l'organisme, situations où l'on n'arrive pas à faire avancer, ni avec les partenaires ni avec les locataires.</p> <p>A propos de la monographie D1 : il n'y a pas de réseau familial ou amical à activer, il y a de gros problèmes de voisinage, des violences verbales mais surtout physiques, une tentative d'étranglement d'un voisin, alcoolisation, tentatives d'agressions sexuelles, destructions... il est repéré dans les parties communes avec un couteau...Les voisins sont excédés et ne font plus appel au bailleur, parce qu'on a déjà essayé un certain nombre de choses, ils sont dans une attitude de représailles, il y a une autogestion qui peut être explosive.</p> <p>Avant il y a eu un impayé et une procédure d'expulsion a été mise en place. Il a eu une mesure de protection exercée par un bénévole qui a assaini la situation et il a re-signé un bail. Quand les Correspondants de nuit intervenaient, ils le raisonnaient et il rentrait chez lui. C'est une personne qui a des difficultés à échanger, il nie les faits, il n'entend pas les risques qu'il encourt... on a essayé de lui parler de soins, de son problème d'alcool...</p> <p>On a essayé d'organiser une HDT...il y a eu des signalements au Procureur de la République qui sont partis entre septembre et novembre 2000, chaque semaine il y avait une agression. Il a dû y avoir 2 tentatives de HDT sur la nuit signalement du voisin. C'était compliqué parce que tout le monde se demandait si on n'était pas hors mandat, il y avait un flottement. Lui ce qu'il veut c'est partir dans une petite maison à St Jacques...</p> <p>Quand je le revois, il ne se souvient pas de moi, il faut reprendre, refaire du lien. C'est comme s'il n'y a pas d'avant pas d'après, il est dans la dénégation des faits, il est probable qu'il ne s'en souviendra pas. Lui il était plaignant par rapport au voisinage.</p> <p>Il y a eu une saisine de la CLH pour une recherche de logement adapté pour ce monsieur. Aujourd'hui on travaille l'expulsion. Depuis qu'il a reçu sa résiliation de bail, il a commencé par prendre de lui-même un avocat pour défendre ses droits. Il a reçu un commandement de quitter les lieux.</p> <p>Sur la situation (monographie D3), on a des éléments qui sont tout à fait similaires : il est logé et inscrit à la CLH, tout le monde lui cherche un logement adapté, sans se poser la question du soin. Il habite sur un groupe d'habitation d'un petit collectif dans le Sud de Rennes, il erre et agresse les</p>

	<p>gens, quand il est sous l'emprise de l'alcool. Les logements adaptés sont assortis d'un contrat, cela suppose que la personne soit en capacité de contractualiser. Or lui ne comprenait pas pourquoi il devait venir ici pour un logement adapté, il était agressif à l'égard du personnel, alcoolisé, il loupait les rendez-vous. On voit qu'il faudrait faire un autre type de gestion, aller le voir chez lui, lui dire voilà on a telle maison, venez, je vous emmène, on va voir la maison. Or ce monsieur n'a pas de souci, si on lui relate les faits, il ne reconnaît pas les troubles. Il attend son logement individuel. Loger une personne comme ça, ne rentrant pas dans du contrat c'est très compliqué même sur du logement adapté... Tout récemment, la police fait une action auprès des voisins qui ont déposé plainte.</p> <p>Dans le cas de la monographie D3, le problème majeur est un problème d'hygiène. Le monsieur bouche ses toilettes, quatre fois en un an et demi, il est en collectif dernier étage, ça déborde chez les voisins. Il y a des odeurs, des mouches...il est très ami avec un voisin qui est délirant mais qui ne pose pas de problème particulier. C'est une sous-location ALFADI, il est connu du CHGR, il se fait régulièrement hospitaliser, il y a une mesure de protection qui est exercée par l'ATI, une curatelle, il est allocataire du RMI.</p> <p>Malgré la multiplication des partenaires, il y a toujours des problèmes d'hygiène persistants, on est tous impuissants sur cette situation. Nous, on ne voit pas quoi faire, c'est cyclique. En tant que bailleur, si on doit contenir le problème de monsieur, il ne peut pas rester au 5^{ème} étage, il doit aller au rez-de-chaussée. La répétition sûrement a du sens, à nous cela nous échappe. Après hospitalisation il est apaisé momentanément mais après ça recommence. Qu'est ce qui peut être moteur de changement dans cette situation ?</p>
<p><i>Observations sur les dispositifs actuels</i></p>	<p>Pour la situation D1, début 2001, j'ai saisi le CCPD pour le groupe d'habitations : il y avait 3 autres situations sur cette tour, situations explosives. Ca a été un bon lieu d'échange entre les partenaires (police, les services sociaux, l'hôpital psychiatrique, le bailleur, Optima). Puis le CCPD a saisi le juge des tutelles pour demander que sa mesure de protection soit revue, et il a mandaté l'APASE.</p> <p>Les tentatives de HDT si elles avaient été mieux travaillées auraient pu être intéressantes. On a déjà travaillé sur des profils similaires et effectivement une fois que la personne est hospitalisée on peut travailler sur un relogement, c'est plus facile. S'il y a eu une saisie du CCPD, c'est aussi à défaut d'autre instance...</p> <p>Ca nous est arrivé d'en faire des HDT mais en pleine journée, la nuit on ne peut pas....depuis 2000 on a dû en faire 2. Argumenter vers une HDT mais ne pas être le tiers signataire puisqu'on ne peut pas être là la nuit, c'est ambigu. Il faut que quelqu'un signe la nuit.</p> <p>De jour il n'était pas dans ces états là.. Si on avait eu cette instance CCPD avant, si on avait pu se concerter avant, ça aurait peut-être été plus fructueux.</p> <p>Il y a eu quelque chose de très intéressant sur une situation, pour un monsieur délirant, envahi par des personnes à son domicile, il y avait des troubles du voisinage... Sa mère nous avait demandé de l'aide pour l'hospitaliser, elle allait nettoyer son logement et lui apporter de la nourriture. Il allait très mal. On a contacté le CCPD, et, suite à notre signalement, cela a permis d'articuler les partenaires entre eux, sans réunion : l'HDT s'est faite par l'intermédiaire de la maman qui s'était retrouvée à un moment très démunie pour mettre en place l'HDT. Il se sauvait...et la police ne lui courait pas après et toujours ce moment de flottement où l'on se dit : est ce qu'on</p>

	<p>fait bien ? Si tout le monde s'est senti mobilisé, c'est aussi que la ville a donné sa légitimité à la démarche. L'articulation a donné du sens à l'hospitalisation pour tout le monde. Il a été hospitalisé, et on a travaillé avec lui sur une négociation de départ, l'hôpital travaillait sur un appartement thérapeutique.</p>
<p><i>Attentes perspectives d'évolution, priorités</i></p>	<p>Dans certaines situations, si des éléments psychotiques me sautent aux yeux, si je vois que la contractualisation est impossible, cela pose la question de ce que l'on peut en faire à Aiguillon Construction, il faudrait aller au-delà pour essayer d'inventer d'autres choses. Mais là on serait d'emblée dans le type d'accompagnement et d'habitat qu'il faudrait développer...</p> <p>A l'hôpital psychiatrique, les interlocuteurs privilégiés sont les assistantes sociales de secteur : pour des personnes stabilisées et dont la sortie est possible, ce n'est pas le souhait de la personne de retourner dans son logement, il faudrait que l'on puisse travailler ça en amont mais parfois les sorties sont faites quatre fois trop tôt en dépit de l'avis de l'AS du secteur. Nous on aurait envie de travailler l'hospitalisation comme levier, pas forcément retourner immédiatement dans le même logement, surtout quand ce n'est pas la demande de la personne.</p> <p>Pour des situations d'incurie, où il n'y a pas de crise particulière qui pourrait conduire à demander une HDT et pourtant avec une situation extrêmement dégradée qui pose des problèmes de santé et des problèmes sociaux, il serait certes intéressant de pouvoir se rencontrer et parler des situations en amont, sans forcément travailler l'hospitalisation mais aider les gens à accéder à du soin.</p> <p>Il faudrait diversifier les modes d'habitat et les modes d'accompagnement. La formule des familles gouvernantes peut être intéressante.</p> <p>Il y a tout ce travail de désillusion à faire dans le cadre de formations du personnel, pour accepter qu'il faut faire avec ces personnes, sans que les voisins en pâtissent. Maintenant on est dans l'idée de contenir, de faire avec... Le personnel d'AC et le voisinage comprennent bien que telle personne paranoïaque qui a été hospitalisée, est revenue dans son logement, avec un suivi à l'hôpital de jour et si ça va bien, cela leur sert dans leur expérience, ils repèrent l'idée que la "guérison totale" n'est pas possible forcément...</p>

Entretien le 03 06 2003

Structure	ESPACIL HABITAT
Position institutionnelle	M. N'GUYEN, responsable de secteur Mme RAULT, conseillère en économie sociale et familiale
Cadre légal et réglementaire d'intervention	<p>Le groupe ESPACIL est propriétaire de 15 000 logements locatifs, dont 10 000 en Ille-et-Vilaine, gérés par trois agences locatives.</p> <p>Le cadre légal d'intervention est constitué des règles qui se rapportent aux baux de location et aux rapports de voisinage.</p> <p>Pendant longtemps, nous avons construit et géré des logements ; puis nous avons été amenés à prendre en compte la gestion sociale ; et aujourd'hui, on se trouve confrontés à de nouvelles situations.</p>
Appréciation générale de la question	<p>Les conflits de voisinage sont traités par les agences au travers de l'intervention de nos agents de médiation. L'intervention d'OPTIMA la nuit règle aussi certains problèmes et les locataires qui y ont recours en sont satisfaits, une enquête récente de la CLCV sur les 3 quartiers rennais concernés le démontre : sur 394 personnes interrogées, 186 ont eu l'occasion d'appeler les agents d'OPTIMA, et 122 d'entre elles ont été satisfaites de leur intervention.</p> <p>Les conflits de voisinage sont pour nous de trois ordres :</p> <ul style="list-style-type: none"> - entre deux ménages qui ne s'entendent pas ; - entre un ménage et ses voisins pour des questions de bruit surtout ; - et ceux qui ont des troubles psychiques... <p>Ce sont ces dernières situations qui représentent une plus grande complexité dans le traitement et dont l'assistance du siège est requise. Pour l'Ille-et-Vilaine et les Côtes d'Armor, nous avons en permanence 3 ou 4 situations de ce type ; et si le nombre n'est pas très élevé, ces situations sont très consommatrices en temps, car il faut savoir se rendre disponible, être à l'écoute parfois à plusieurs reprises dans la même journée de la personne perturbatrice mais aussi des voisins. Il est important de maintenir la relation même si elle est difficile à gérer. ...</p> <p>Il faut signaler enfin les situations d'agressivité subies par les agents d'ESPACIL de la part de certains locataires, dans les agences ou ici au siège. Ces situations sont sans doute un peu plus fréquentes actuellement, il n'y a pas toujours de violence, mais quelle attitude face à ces situations ?</p> <p>Nous cherchons à comprendre ce genre de situations sans pour autant avoir les réponses à nos questionnements. Nos métiers évoluent et dans ce domaine, nous n'avons sans doute pas toujours les bonnes réactions par manque de formation, d'approche à ce type de comportement. Nous sommes demandeurs de collaborations à ce sujet...Mais nous manquons d'expérience et avons besoin d'être épaulé...</p> <p>On se rend compte que souvent derrière ces événements, il y a des situations de grande solitude, d'isolement, de rupture de soins médicaux...Parfois, c'est à partir d'un problème technique, que l'on découvre les situations. Ainsi à partir d'une fuite d'eau, on rencontre une personne très agressive, violente, en conflit avec ses voisins, personne non identifiée par le secteur médical...</p> <p>Le point commun à la plupart des situations, c'est la solitude et l'isolement de ces personnes adultes, des jeunes sous médicaments, ou des personnes âgées</p>

	<p>pour qui une petite chose devient une montagne, et finit par être obsessionnelle et très perturbante pour l'environnement. Mais leur demande est pour nous une source de tracasseries puisqu'on est pas formé pour cela...</p>
<p><i>Publics et caractéristiques des publics</i></p>	<p>Il faut distinguer les personnes qui ont un lien avec le milieu médical et les personnes en rupture avec le milieu médical.</p> <p>Exemple à Maurepas , dans un immeuble collectif de huit étages, on est interpellé depuis 3 ans par une femme seule de 55 ans, bénéficiaire de l'AAH, (cf. monographie Espacil E1), relogée dans notre parc après expulsion pour le même motif par un autre organisme HLM... Cette personne tient des propos incohérents, a des réactions vives, peut être agressive ou se mettre à chanter au téléphone. Sa situation s'est dégradée depuis la mort de son ex - conjoint... elle est en rupture de soin du point de vue psychiatrique, elle crée de véritables troubles de voisinage, dans un environnement très tolérant et compréhensif.</p> <p>Il arrive cependant que les voisins décident de partir craignant pour leur propre santé....</p> <p>Nous sommes démunis face à ce type de situations, nous avons des difficultés à cerner sa dangerosité..</p> <p>La proposition étudiée et en cours est un relogement dans un habitat adapté, dans le cadre de la CLH, puisque c'est par elle que cette personne était venue dans notre parc pour les mêmes raisons ... Dans ses moments de lucidité, elle est demandeuse d'un autre logement, parce qu'elle sent bien qu'elle est rejetée et qu'elle risque une nouvelle fois de se retrouver expulsée...</p> <p>Un autre type de situation est constitué des personnes fragiles, avec des problèmes d'alcool, qui se détruisent petit à petit, où les problèmes de voisinage ne sont pas toujours au premier plan... Ainsi cet homme de 32 ans (monographie E3), en sous - location AIVS actuellement dans un grand collectif du Blosne, avec des problèmes d'hygiène dans le logement, des difficultés budgétaires : il a été retrouvé à plusieurs reprises allongé dans les parties communes, on lui a proposé un suivi social ALFADI, qu'il a refusé, et une mesure de tutelle TPSA est en projet. On lui a refusé une location directe dans la mesure où il n'a pas de suivi... C'est quelqu'un qui ne va pas bien, qui se détériore tous les jours, pour qui on ne voit plus quel accompagnement proposé. Il n'y aucune démarche volontaire de sa part et aucune possibilité de lui faire prendre conscience de la dégradation de son état physique et psychologique.</p>
<p><i>Observations sur les dispositifs actuels</i></p>	<p>Pour la situation E1, il y a eu une réunion de tous les intervenants sociaux, mais dans la période de crise nous sommes seuls à devoir faire face aux événements ; il y a eu des contacts avec l' élu de quartier, le CDAS, mais on n'a pas de lien direct avec l'hôpital CHGR, pas d'interlocuteur alors qu'elle y a déjà été hospitalisée.</p> <p>Pour cette situation, on avait deux solutions : l'expulsion, ou le relogement.</p> <p>La décision de relogement d'habitat adapté dans un logement individuel est retenue et en cours ; nous savons que nous apportons une réponse insuffisante et qu'il faudrait parvenir à lui faire accepter la mise en relation avec le secteur médical ... On essaie à notre manière de relier les gens, les intervenants sociaux, les élus, etc., mais on voit bien que les interventions sont 'séquentialisées', dans le cas présent le lien n'est pas fait entre les intervenants actuels, et les professionnels futurs de son quartier...</p> <p>On n'a pas de partenariat avec les structures hospitalières ou autres,</p>

	<p>spécialisées dans le suivi des troubles psychiatriques.., On se trouve devant une situation très délicate, avec notre propre lecture des événements sans aucun conseil ou approche pouvant nous faire mieux appréhender les risques, s'il y en a ,à la fois pour la personne mais aussi pour son environnement. . C'est un maillage qu'il faudrait faire notamment actuellement dans la phase de préparation de son relogement, mais qui peut le faire ?</p> <p>Une autre situation nous montre la nécessité de bien comprendre les demandes des personnes : il s'agit d'un homme seul de 37 ans (monographie Espacil E5), avec deux enfants placés en famille d'accueil, très agressif, qui avait proféré des menaces à l'égard des institutions et de notre personnel, mais qui ne posait pas de problèmes de voisinage...même si par ailleurs il avait été violent et avait eu des pratiques de consommation de toxiques. Il a fallu effectivement « son phénomène de crise » pour que les divers intervenants se réunissent à notre initiative et permette de comprendre qu'il fallait arrêter de prendre des décisions sans concertation entre les services ; le juge chargé du placement des enfants, est lui-même intervenu auprès du CDAS pour soutenir ce monsieur dans sa démarche de relogement, estimant que le projet de retour des enfants avec le père était tout à fait envisageable.. Parmi les divers intervenants, personne n'avait compris que son souhait était de repartir de Rennes...Même chez nous, il n'avait pas été entendu.</p> <p>C'est l'intervention du juge qui a permis de sensibiliser tous les acteurs à ce projet. Le relogement est récent (janvier) ; il a été réalisé en lien avec un autre organisme d'HLM, sur une autre commune, avec la mise ne place d'un contrat d'accompagnement social. L'avenir nous dira si ce relogement a véritablement contribué à la stabilité de la situation....</p> <p>Quand on a des personnes avec de telles difficultés psychiques ou mentales, on peut regretter que l'on n'ait pas de lien direct au niveau médical... Si quelqu'un a été hospitalisé au CHGR il peut bénéficier d'un suivi à domicile, mais nous, on n'en a pas communication, ce qui serait utile en cas de « crise »...</p>
<p><i>Attentes, perspectives d'évolution, priorités</i></p>	<p>Pour ce type de situations, notre souhait est d'avoir un relais avec le milieu psychiatrique...</p> <p>On manque sans doute aussi d'informations sur les procédures, les dispositifs d'intervention, les possibilités de suivi par le CHGR. Doit - on prendre l'initiative d'une HDT, hospitalisation à la demande d'un tiers ?</p> <p>Par ailleurs, il existe diverses instances entre professionnels pour d'autres situations, mais pour les personnes ayant des troubles du comportement , il n'existe pas de lieu de coordination.</p> <p>Et sur le logement et l'hébergement, on devrait disposer d'une palette de solutions qui portent plus sur l'accompagnement des personnes et non seulement sur l'habitat. C'est une démarche partenariale à construire...</p>

Entretien le 12 juin 2003

Structure	OPAC 35 M. GILLES, responsable du département action sociale. M. SABLE, conseiller social
Position institutionnelle	Nous sommes un service d'appui aux agences qui traite les plaintes de voisinage graves. On travaille sur l'aspect préventif, du fait que l'on fait les enquêtes avant attribution, des entretiens complémentaires, avant la location à des personnes en difficulté, donc on travaille en amont avec les travailleurs sociaux, les tutelles, le CHGR, notamment autour de l'habitat adapté. On nous confie les missions d'ordre social qui ne sont pas confiées aux agences, celles-ci ayant un rôle de gestion administrative pure.
Cadre légal et réglementaire d'intervention	Le cadre légal est constitué du bail de location et du règlement d'habitation signés par le locataire. Dans l'habitat, nous devons répondre à nos obligations de bailleur. Dans les espaces publics, nous sommes acteurs mais sans obligation contractuelle, on a eu à traiter de situations de SDF, squatters...), on est beaucoup plus dans du relais d'information.
Appréciation générale de la question	Le phénomène est de plus en plus préoccupant, on voit une montée des situations, en nombre. En tant que bailleur, on doit garantir la tranquillité, la sécurité, avec des difficultés pour le faire. Certaines situations sont hors de notre champ de compétences, quand il s'agit de maladie mentale, c'est plus du domaine thérapeutique....
Publics et caractéristiques des publics	Nous avons fait une analyse statistique des auteurs de troubles (cf. document en annexe) qui ont à voir avec des pathologies ou des fragilités psychologiques, on les a classés en 3 catégories : <ul style="list-style-type: none"> - catégorie 1 : déficience mentale, débilité légère, carences éducatives, avec souvent des parcours dans des institutions - catégorie 2 : fragilité psychologique, problèmes psycho- sociaux, angoisses, phobies, phénomènes d'autodestruction - catégorie 3 : le trouble psychiatrique évident : les délires, ce sont des gens dont l'histoire et la trajectoire sont jalonnées par des hospitalisations. <p>Tous ces cas créent des troubles de voisinage plus ou moins importants, les plus difficiles étant les situations de la catégorie 3 : ce sont des gens qui ont souvent été hospitalisés, sous tutelle, difficilement insérables (des schizophrènes, certains avec des consommations d'alcool et autres produits...).</p> <p>Dans la catégorie 2, l'alcool est fréquemment présent, mais dans un état dit normal, ces personnes ont un certain degré de raisonnement.... alors que pour les autres, on est vraiment dans des troubles psychiatriques.</p> <p>On recense ces données tous les ans depuis 1990 : il y a une progression constante sur les deux dernières catégories, et de 1998 à 2002, surtout de la catégorie 3, qui représente 59% de toutes les situations traitées ; on a 148 situations suivies sur 5 ans, ce qui concerne 91 ménages. Sur les 3 dernières années, on a une moyenne de 110 dossiers par an avec plaintes lourdes du voisinage. Il s'agit de chiffres sur le département, mais le patrimoine de Rennes Métropole représente 3/5^{ème} de nos logements, et les 2/3 des problèmes de ce type sont sur Rennes Métropole.</p> <p>Plus de la moitié des situations que l'on traite sont donc liées à des personnes</p>

	<p>atteintes de troubles mentaux souvent d'ordre psychiatrique, avec des conséquences évidentes sur la tranquillité et surtout la sécurité des voisins. Quand dans une tour vous avez ce type de profil qui menace de faire sauter l'immeuble, cela a des effets importants, dans un patrimoine où déjà, il y a des gens fragilisés, ce qui conduit certains locataires à déménager.</p> <p>Dans cette catégorie 3, on retrouve des gens qui ont des problèmes d'hygiène, d'entretien allant même jusqu'à la dégradation du logement...Par exemple : on a le cas de quelqu'un qui a jeté sa casserole enflammée par la fenêtre du septième étage. Il répond qu'il a regardé avant en dessous ... de plus, il héberge un ami qui a déjà mis le feu à son logement...</p> <p>On constate souvent que ces situations sont traversées par la solitude : ce sont des personnes en rupture avec les voisins, sans liens sociaux, avec un phénomène d'alcoolisation, de "mal-être" : ce sont des personnes désocialisées.</p> <p>On retrouve aussi des personnes qui sont hors des dispositifs, à qui il est difficile d'imposer des règles. Dans toutes ces situations, on retrouve aussi de la précarité sociale, financière, avec des problèmes de santé qui sont souvent liés.</p> <p>Un autre exemple : il s'agit d'un homme qui se trompe volontairement de porte quand il rentre ivre et essaie de voir la mamie en face ; elle ferme sa porte mais il insiste...(elle l'a aidé pourtant avant, elle sait bien qu'il n'est pas méchant mais elle le craint quand il a bu). Vers une heure du matin quand la Police arrive : il rentre chez lui, c'est terminé, elle ne veut pas aller porter plainte, ...Voyez par cet exemple l'insécurité créée. Les personnes âgées en particulier souffrent de ce genre de situations, et cela a des conséquences graves sur l'équilibre social des immeubles.</p>
<p>Observations sur les dispositifs actuels</p>	<p>Pour ces situations, nous pensons, qu'en tant que bailleur, nous avons souvent à régler des difficultés liées aux dérives comportementales, car quand il y a ; c'est le bailleur qui subit les pressions des voisins.</p> <p>Le problème, c'est la réceptivité du sujet qui, de par sa pathologie est complètement ailleurs, on ne peut pas travailler, c'est vrai que sur un certain nombre de courriers aux locataires voisins on est amené à dire que l'on ne peut pas réagir de la même façon au vu des problèmes de santé, et qu'on est en train d'étudier des solutions alternatives, on n'est pas uniquement dans la réponse de droit.</p> <p>Et dans le champ de l'action locative et sociale où l'on est, ça devient de plus en plus complexe. Dans ces situations, si on fait appel à l'assistante sociale, on entend quelquefois : <i>mais moi je ne connais pas cette personne.</i> etc.. au médecin qui dit : <i>mais moi tant que le client ne vient pas me voir, je vois bien qu'il délire mais il ne me demande rien, il vient me voir pour un rhume.</i> Le CHGR répond : <i>oui mais on ne le suit plus puisqu'il est sorti, il ne revient plus nous voir en consultation.</i> On a la Police qui dit : <i>on sait bien, les voisins nous ont appelés, mais il n'ouvre pas sa porte...</i> ou qui dit : <i>moi j'ai pas de plainte du voisinage, à la limite, je classerais cela sans suite...</i></p> <p>Pour des gens suicidaires, on a parfois appelé des médecins...et on nous disait <i>et bien oui mais que voulez-vous que j'y fasse...</i> ou des membres de la famille qui venaient et qui disaient <i>qu'est ce qu'il faut faire pour mon frère...il n'ouvre plus et il est capable de se suicider, on est en relation avec le voisin, les médecins et autres mais...</i></p>

On demande parfois aux locataires d'appeler la police (si c'est grave) ...la police dit que c'est au bailleur de voir ça et ne prend pas la plainte, ou si elle la prend, la classe sans suites, ou ils convoquent la personne, et la personne ne vient pas, donc c'est terminé.

Pour tout ce qui est psychiatrique, on voit une autorité complètement diluée, personne ne veut en user à un temps T, les élus sont réticents, ils ne veulent pas contraindre...

J'ai fait une HDT pour une locataire qui était sortante du CHGR le matin, elle est retournée chez elle dans la journée accompagnée de l'infirmier et en fin de journée, elle balançait des couteaux par la fenêtre sur les voisins. Il fallait que quelqu'un fasse la demande, il y aurait eu un drame dans la nuit. J'ai donc fait la procédure HDT. Je n'ai fait cette expérience qu'une seule fois, car si l'on veut retravailler avec cette personne, c'est difficile...et de plus on se demande si en le faisant on est encore dans notre métier.

C'est une dilution, vous avez parfois des locataires qui souffrent, qui légitimement ont le droit d'aller porter plainte, plainte qui est transmise au Procureur de la république, qui parfois et dans certaines situations renvoie vers un médiateur de justice qui n'est pas non plus dans la réactivité : il envoie au procureur de la république le signalement de troubles psychologiques et psychiatriques importants, en signifiant qu'il faut réagir très vite et malgré tout ça, ça ne bouge pas. Quand vous envoyez des courriers vous avez rarement des retours, on souhaiterait au moins avoir une réponse mais ils ne répondent pas, c'est complètement mutique.

Il y a une inertie difficile à supporter pour les locataires. J'ai une situation de crise où il y a une tutelle hospitalière qui a demandé au juge d'être dessaisi du dossier. L'APASE est nommée, le temps qu'un référent soit nommé, il se passe deux mois...deux mois de catastrophes dans le logement (feu sur le balcon...), nous on ne peut pas se permettre d'être dessaisi du dossier. Ca s'est terminé par une comparution devant le tribunal d'instance et une résiliation de bail et ordonnance d'hospitalisation par le juge... C'est le cas type où on est partout, on est sur tous les fronts. Et ça dure des mois, on reçoit des délégations de locataires. Il y a du danger constant et le logement est saccagé.

Les voisins souvent demandent un traitement social et psychologique, ils ne demandent pas forcément une expulsion, ils ne comprennent pas la lenteur. On apparaît comme étant incompetents à agir, c'est un sentiment d'inertie face aux situations les plus difficiles.

Il y a une tentative de coordination dans la cellule d'examen de situation du CLS. Pour des situations de ce type là, on a sollicité cette CES deux ou trois fois. Mais on trouve que ce n'est pas réactif, il faut parfois plusieurs semaines pour que l'on réunisse tous les partenaires. A notre avis la cellule d'examen de situation devrait être plus réactive...

Par exemple, nous avons saisi le juge d'application des peines lorsque quelqu'un est sorti de prison avec une injonction de soin et qui, 8 jours après, s'alcoolisait et voulait tuer tout le monde. Sa famille ne voulait plus l'accueillir. Ce dossier était parmi une centaine de dossiers que le juge devait traiter, 3 ou 4 mois après on y était encore, on a fait intervenir notre service juridique auprès du juge d'application des peines qui nous disait d'appeler la police, mais la loi n'a plus de sens pour le gars. L'injonction de soins était précise, il a fallu qu'il

	<p>menace de mort la pharmacienne du quartier pour qu'il soit à nouveau emprisonné mais sinon...et là les voisins espèrent qu'il ne reviendra jamais. Au niveau juridique on est en procédure d'expulsion, mais les délais d'exécution du jugement paraissent longs pour les voisins.</p>
<p><i>Attentes perspectives d'évolution, priorités</i></p>	<p>Aujourd'hui on est polarisé autour de ce type de situations, différentes des plaintes de voisinage ordinaires, où on peut rappeler les lois...où on peut discuter : on propose une solution d'habitat adapté, on peut trouver un arrangement, il y a aussi autour de la table des gens qui sont capables de raisonner. Dans le secteur rural, on convoque quelquefois les gens chez le maire solennellement, avec les gendarmes, c'est une réponse aux troubles de voisinage, liés à l'alcool, aux bagarres, etc...s'ils ne comprennent pas on avertit que l'on transmettra le dossier au juridique qui envoie une lettre en leur indiquant qu'il va y avoir une procédure d'expulsion. Souvent les choses s'arrêtent là.</p> <p>Mais les situations lourdes demandent un partenariat organisé. Le travail en réseau est nécessaire pour aboutir à une hospitalisation, on sait bien que pour amener quelqu'un à être hospitalisé, on a besoin du médical, du social, du juridique, or ce quorum n'est pas forcément représenté au moment où il y a une interpellation d'un bailleur social.</p> <p>Ce que l'on souhaite, c'est la prise en compte des situations les plus graves dans les meilleurs délais par les partenaires concernés, car c'est une question de sécurité et de souffrance de la personne. Que le CLS ou une autre instance fasse la coordination de manière un peu préventive,...il faudrait des signalements automatiques selon des procédures à définir, une fiche navette, par exemple.</p> <p>Durant les temps d'hospitalisation, on est uniquement dans le soin, et on ne prépare pas la sortie. Pour quelques situations, il faut dégager le sujet de son quartier, de son environnement, négocier éventuellement un accompagnement social...</p> <p>Il faudrait également une meilleure réactivité des services judiciaires et une interaction entre les dispositifs.</p> <p>Il faut chercher à construire des solutions alternatives, travailler en amont sur certaines situations avant la crise. Des appartements thérapeutiques, nous n'en avons pas. Il y a eu une fois négociation avec le CHGR pour une situation afin de reprendre la personne dans un appartement thérapeutique avec un bail signé par le CHGR.</p>
<p><i>Connaissance d'expériences extérieures</i></p>	

Entretien le 19 06 03

<i>Structure</i>	<i>ATI, association tutélaire d'Ille-et-Vilaine</i>
<i>Position institutionnelle</i>	<i>Mme Virolle, déléguée, Responsable de secteur Mme Longuevre, M. Blain, M. Pencoulé, délégués</i>
<i>Cadre légal et réglementaire d'intervention</i>	<p>L'ATI réalise des mesures de curatelle, de tutelle et de tutelle aux prestations sociales.</p> <p>Dans les 3 mandats, il y a un mandat de gestion des revenus, le mandat de gestion du patrimoine est présent dans les mesures civiles curatelle et tutelle. Ce qui regroupe les mesures de curatelle et tutelle c'est la protection de la personne.</p> <p>Ces mesures supposent une connaissance précise du patrimoine et du revenu des personnes, de leurs conditions de vie, leurs choix de vie, et donc des rencontres. Les rythmes vont varier d'une personne à l'autre, une fois toutes les 4 et 8 semaines et parfois un peu moins pour les gens qui sont passés en institution. C'est selon les besoins, selon la demande...parfois c'est trois fois la semaine, ce ne sont pas les situations les plus courantes, mais celles qui nous occupent le plus... Le nombre de mesures par délégué varie de 40 à 50.</p>
<i>Appréciation générale de la question</i>	<p>En 2003, le nombre total de mesures réalisées par l'ATI est de 1 386.</p> <p><i>"Sur le site de Rennes (couvrant aussi les secteurs de Vitré, Monfort et Fougères), 855 personnes sont suivies, dont 336 vivent sur Rennes.</i></p> <p><i>Après une évaluation rapide du secteur Rennes Montfort, on peut estimer autour de 30% de notre effectif global (soit : 383), les personnes souffrant de fragilités psychologiques repérées (c'est-à-dire en lien plus ou moins régulier avec un psychiatre).</i></p> <p><i>Ce chiffre ne tient pas compte évidemment des personnes souffrant de troubles de la vie sociale liées à des fragilités psychologiques non prises en compte sur le plan thérapeutique."</i> (extrait d'un document de l'ATI du 30 juin 2003)</p> <p>Sur les 1386 majeurs protégés, 725 sont locataires, 63 propriétaires, 89 en famille et les autres en institutions diverses ; 13 ont moins de 20 ans et 204 plus de 60 ans.</p> <p>L'origine de l'association, c'est le handicap mental et les troubles associés ; la maladie mentale et les troubles du comportement ont vu le jour à peu près depuis 1995.</p> <p>Aujourd'hui, il y a les grands malades mentaux, psychotiques, qui font des allers et retours entre l'hôpital et leur appartement ; l'hôpital a du mal à leur courir après. Les voisins, l'environnement ne comprennent pas pourquoi une telle personne n'est pas prise en charge médicalement. Il y a des comportements qui sont incompris et qui font peur. Ce sont un peu des électrons libres, il y en a qui sont habitués à bouger, on a beaucoup de mal à les tenir...il y en a qui se déplacent d'un département à l'autre...</p> <p>On essaie de travailler dans le sens d'une adhésion de la personne à la mesure. La première chose qu'on leur demande, c'est à quel moment on peut venir les voir et où ils souhaitent qu'on puisse les voir. Pour certains, on sait qu'il y peut y avoir du danger dans certaines des relations qu'on va avoir. Il y a des gens que je ne vais pas voir au domicile, où je n'entre pas parce que c'est dangereux. Il y a des gens pour lesquelles j'ai vivement conseillé aux infirmiers de ne pas aller à domicile. On est quelque fois en situation de contact physique. On</p>

	<p>arrive, on emporte la carte bancaire et le carnet de chèque, ce n'est pas une visite qui fait forcément plaisir.</p> <p>On ne peut pas contractualiser dans le cadre de ce mandat là, on a des obligations légales. Si la mesure ne fonctionne pas, s'il n'y a aucune acceptation, s'il y a des menaces de mort par exemple, on signale au juge qu'on ne peut pas travailler. Mais cela concerne moins de 1% des situations... J'ai mis un moment à faire la différence entre les malades mentaux et les autres. J'ai essayé de faire de l'éducatif, et je me suis dit progressivement que pour certains ce n'était même pas leur rendre service que d'essayer, mais il a fallu que je fasse mon apprentissage aussi...</p> <p>Il y a plus de tolérance à Rennes dans les tours qu'à la campagne dans une maison. Pour certaines situations qui durent depuis longtemps les voisins ne disent rien. Il y a plus de tolérance parmi le voisinage en ville dans les HLM. Mais l'institution se soucie moins du problème de la personne. A la campagne, ça apparaîtra plus vite et on va prendre le problème plus rapidement. Il y aura une mobilisation d'autres acteurs entre la ville et la campagne. En ville, on va aller vite vers des professionnels, les services d'accompagnement...A la campagne ça peut être une mainmise sur la personne. Dans une petite commune autour de Rennes, j'ai du mal à voir le majeur seul, l'adjointe aux affaires sociales rapplique à chaque fois que j'ai un rendez-vous, elle m'a demandé à voir les comptes etc., là il faut carrément faire barrage...On sent que ce n'est pas la même approche entre les lieux, les tolérances ne seront pas sur les mêmes critères.</p> <p>On a aussi un nouveau public : des très jeunes majeurs, qui sortent de foyers de l'enfance...qui n'ont plus de contrat jeune majeur, avant on les voyait plus tard, maintenant ils arrivent à 18, 19 ou 20 ans, souvent ils n'ont pas de ressources, pas de travail, pas de formation. Ils nous arrivent là, sans référent, on est démuné avec eux, on n'a pas les moyens de les aider dans ce domaine puisque financièrement on n'a rien. Souvent quand ils sortent du foyer de l'enfance, ils n'ont qu'une envie, c'est de voler de leurs propres ailes et ils n'en sont pas toujours capables. On démarre pour eux par une curatelle d'Etat, et pour nous, c'est une grosse heure de suivi dans un mois...on est souvent dans l'urgence...à régler l'immédiat.</p>
<p><i>Publics et caractéristiques des publics</i></p>	<p>Il y a donc les personnes qui ne peuvent pas vivre à l'extérieur, malgré quelques tentatives, qui sont donc souvent à l'intérieur de l'hôpital (CHGR), et qui posent de gros problèmes aux services qui leur proposent de sortir dès qu'ils peuvent.</p> <p>On a mis des gens en dehors de Rennes parce que ce n'était plus possible qu'ils vivent à Rennes. Le seuil de tolérance des voisins était atteint. On a trouvé un petit souffle à la campagne dans certaines bourgades qui ne savaient pas trop à quoi s'attendre et qui étaient plutôt accueillantes au départ. Mais on y arrive aussi à une saturation.</p> <p>On ne peut plus travailler avec les organismes publics de logement social pour certaines personnes. On nous les pointe comme indésirables, hormis quelques mairies qui nous demandent de les mettre dans d'autres communes, on arrive à tenir des situations avec des allers-retours ...Ces gens là ne gèrent rien, on a beaucoup de souci à faire en sorte que les besoins primaires soient respectés : la salubrité dans le logement, la nourriture pour les gens...On donne à la semaine, on a des petites organisations, c'est du travail au jour</p>

	<p>le jour, parfois à la demi-journée.</p> <p>Mais les gens qui rejettent la mesure au début, au bout d'un certain temps ils sont bien contents parce qu'ils sont mis à l'abri des huissiers, des dettes de loyer, on bloque tout ça quand la mesure est prise. Le jour où il s'agit de lever la mesure, les gens cherchent à différer.</p> <p>La pathologie conduit souvent à une conduite déviante, délinquante, punissable par la loi. On peut se poser alors la question de l'opportunité de la mesure, qui elle protège et ce qu'elle protège... Dans certains fonctionnements pervers, la mesure va être un élément utilisé pour se protéger d'autre chose. On est amené dans ces cas là à demander la main levée. Ce sont des situations qui nous posent problème, on est sur le champ de la pathologie et de la délinquance et les actes que nous avons à poser, on peut imaginer qu'ils vont être détournés.</p> <p>Les pervers sont des gens très intelligents, c'est au-delà de la manipulation, ils vont aller taper là où l'autre va être en difficulté. Face à ces comportements on est en grande difficulté...ils mettent forcément en échec toute relation. En interne, on cherche à limiter les effets de ces relations, avec le moins de personnes en prise directe. On a eu aussi un cas de figure où le juge et le greffier avaient peur du gars qui débarquait au tribunal. C'est très difficile de travailler eux.</p>
<p><i>Observations sur les dispositifs actuels</i></p>	<p>La grosse difficulté, ce sont les situations psychiatriques, on a beaucoup de mal à travailler avec l'hôpital psychiatrique qui malgré lui est bien obligé de sortir les gens et le gros problème aujourd'hui, c'est d'entrer à l'hôpital, ce n'est pas de sortir : il y a moins de lits, donc il faut sortir les gens, c'est très difficile de faire hospitaliser quelqu'un, on a tous eu ce problème là...Souvent l'hôpital connaît les personnes. On l'alerte par écrit, on a des réponses orales par un infirmier, on nous répond que l'infirmier de secteur a essayé d'aller chez lui mais qu'il n'a pas ouvert. Nous en situation extrême, on fait venir SOS médecins et on fait ouvrir la porte quand SOS médecins veut bien venir. S'ils ne veulent pas venir, on écrit à l'hôpital pour se protéger, en disant que l'on pense la personne en danger et que personne n'a voulu bouger.</p> <p>On fait des demandes d'HDT en temps que tiers (le délégué en tant que personne domiciliée à l'ATI), régulièrement, une fois par mois environ. On négocie également avec les gens, s'ils sont d'accord on les emmène à l'hôpital en hospitalisation libre. Paradoxalement, ils ne nous en veulent pas de les hospitaliser. Ainsi après avoir fait venir un médecin et un infirmier ici pour un monsieur, je l'ai croisé après et il m'avait dit merci, ça l'avait rassuré de voir qu'il y avait des gens qui avaient pu prendre en compte le fait qu'il aille mal au point de demander une intervention extérieure. Il faut bien que quelqu'un décide pour eux quand ils vont mal et c'est quand ils vont mieux qu'ils disent : "<i>j'étais dans un état épouvantable</i>".</p> <p>On tente d'avoir des contacts avec les personnes à l'intérieur du CHGR, mais ce n'est pas toujours le même bonheur de relation, ce n'est pas toujours la même reconnaissance du travail de l'autre, ça peut occasionner plus de difficultés que de solutions.</p> <p>On se rend souvent à des synthèses, dans différents pavillons du CHGR. Il est important de pouvoir rencontrer les gens en dehors des moments de crise, si on attend la crise pour rencontrer les gens, tout le monde est dans l'immédiateté... on continue d'expliquer sans cesse notre mandat, notre</p>

fonction, nos limites. Mais les demandes continuent à être à côté. Ils n'ont pas d'autre interlocuteur que nous, donc ils ne peuvent pas formuler leur demande ailleurs, et forcément ils vont se confesser au pasteur quand ils n'ont pas de curé. Ce sont des demandes dans l'accompagnement sur le plan matériel : s'il y a un dentier qui est cassé à l'intérieur du CHGR par exemple, on va me demander d'aller au domicile en chercher un autre ou de le faire porter à réparer. Moi, dans mon organisation, je ne peux pas faire ça, sauf qu'eux non plus ne peuvent pas...il n'y a personne.

On déroge sans cesse à ce que l'on dit que l'on ne peut pas faire. Je dis que je ne peux pas et je finis par le faire. Ca nous mange le temps. Quelquefois, on va voir l'aide ménagère parce qu'elle n'en peut plus, et là du coup, il faut en plus aider l'aide ménagère....

Pour certains patients, on fait des essais, on loue un appartement le temps qu'ils expérimentent, mais s'ils ne s'alimentent pas et dégradent tout en très peu de semaines, c'est un retour à la case départ avec une ardoise à régler, ce qui est difficile : le tuteur ou le curateur a parfois du mal à gérer un budget qui n'existe pas.

Par rapport aux gens désocialisés, on essaie de travailler avec les municipalités, de mobiliser la mairie d'emblée : on demande généralement qu'ils soient relogés dans le domaine public, dans le parc communal ou social. Les mairies aux alentours de Rennes prennent en charge ce problème et réussissent à trouver des solutions. Lorsqu'il y a des attributions de logement, la commune a un contingent de logements. J'ai beaucoup de situations de ce type. Après, il y a tout un travail de mise en place de soutiens (aide ménagère, un médecin traitant, services infirmiers locaux...). Dans l'ensemble, ça fonctionne bien, il y a tout un travail de longue haleine. L'avantage du relogement dans le public, c'est que l'on n'a pas tous les problèmes de mise en demeure etc., qu'il y a dans le privé, même s'il y a toujours des troubles du voisinage.

A Rennes, la problématique c'est le nombre, il y a des services d'accompagnement, d'aides ménagères, et les personnes sont plus anonymes. Dans les petites communes, c'est plus valorisant pour les politiques d'essayer de sauver les gens qui cassent les pieds à tout le monde...**Le partenariat local est beaucoup plus facile sur les petites communes**, où ces situations deviennent l'affaire de deux ou trois personnes...souvent ils connaissent déjà la personne, **et puis il y a déjà un réseau en place : la personne est connue du médecin, du postier, de la gendarmerie. Il nous arrive de solliciter une réunion avec différents partenaires, avec un adjoint au maire, l'assistante sociale, un représentant de l'OPAC., où on essaye de trouver un arrangement, de se donner des échéances, de recadrer le problème, de voir quel étayage...au fil du temps les choses se mettent en place et peuvent tenir la route.**

On peut se rencontrer avec tous les services qui interviennent, ce travail de partenariat est développé, ce qui est très difficile aujourd'hui, c'est le maintien d'une vigilance d'un service de psychiatrie par rapport à quelqu'un qui est sorti...Quand quelqu'un est sorti de l'hôpital,... il est sorti. C'est comme s'il n'était plus malade...La difficulté c'est que si la personne n'a pas de demande, ils n'interviendront plus.

Il n'y a pas de vigilance...c'est-à-dire une implication possible en cas de

	<p>dégradation de la situation. C'est plus large que le CHGR, c'est une façon de percevoir la maladie mentale. Il faudrait une attitude plus incisive dans le suivi psychiatrique des gens qui sont à l'extérieur. On a le sentiment qu'en France, ou on est en crise et on est à l'hôpital ou on n'est plus rien on n'est plus malade. La vie des gens c'est une succession de ruptures, je suis dedans, je suis à l'extérieur, il n'y a aucun lien. Ce n'est pas seulement l'hôpital, c'est aussi la façon dont la société regarde ou perçoit le trouble psychique.</p> <p>On ne prend pas la mesure que quelqu'un qui a un trouble de relation à la réalité, c'est pour toute sa vie, ça le suivra tout le temps et il faudra qu'il se débrouille à vivre avec ça et donc à certains moments il aura besoin d'être aidé, et il aura besoin d'interventions massives, à d'autres moments, il aura besoin d'une vigilance autour de lui et ça, ce n'est pas pris en compte... Les psychiatres eux-mêmes disent qu'il n'y a pas de guérison, qu'il y a que des rémissions dans la maladie mentale ; mais en même temps on fait comme si les gens étaient guéris quand ils sortent de l'hôpital.</p> <p>On connaît globalement les interlocuteurs, on sait contacter la personne qu'il faut mais qui ne peut pas forcément répondre, on peut solliciter un service d'accompagnement pour quelqu'un qui est à l'extérieur tout seul. Mais le service d'accompagnement va nous dire il est trop malade, qu'il relève de la psychiatrie, ou alors qu'il n'est pas reconnu par la COTOREP, il y a une très grande part des personnes qui sont reconnues handicapées et qui ont l'AAH. Les services d'accompagnement APART, ALAPH ne s'occupent que des gens qui ont une reconnaissance travailleurs handicapés. Ça améliore les choses pour les tâches matérielles. Il faut que la personne accepte le service d'accompagnement et inversement.</p>
<p><i>Attentes perspectives d'évolution, priorités</i></p>	<p>On a affaire à des publics, des gens repérés qui ont des troubles psychiatriques, pour qui il est clair qu'on manque cruellement de disponibilité. Quand on parle de <i>vigilance</i> c'est aussi de cela dont on parle...pour permettre à ces personnes dont on sait que leur place ne sera pas dans les institutions de vivre sans trop de soucis...</p> <p>Il faut aussi trouver la bonne modalité d'hébergement : les CHRS, c'est ponctuel et ils disent que les personnes qui ont des troubles psychiques sont aussi un public qui grossit dans leurs effectifs et qu'ils ne sont pas faits pour ça. Par rapport au logement, il y a une frange de la population qu'on ne peut pas loger dans la cité, qui ont besoin de logements individuels...mais on ne va pas les mettre tous seuls au milieu des champs.</p> <p>Ainsi le monsieur de la monographie n°4 (cf. annexe J4), c'est quelqu'un qui a passé tout l'hiver au camping des Gayeulles dans une caravane, c'est le seul endroit où il ait tenu aussi longtemps sans problème. Le collègue a acheté une caravane d'occasion. Quand les touristes arrivent, il est à l'hôtel...C'est quelqu'un qui est très jeune et se fait envahir par tous ses copains qui trafiquent, qui l'utilisent, qui fument du cannabis, il a des périodes délirantes sévères, il est hospitalisé parfois. Il lui faudrait, un hébergement collectif avec une certaine liberté de manœuvre.</p> <p>Nous on souhaite un renforcement de la psychiatrie, ce n'est pas parce qu'on a mis des CMP dans les quartiers que ça fonctionne suffisamment. L'hôpital est</p>

	<p>une énorme machine, l'information ne circule pas, on a toujours affaire à des gens qui arrivent...dans tous les secteurs, c'est dramatique ... Il faudrait des suivis de proximité non hachés, où la personne peut établir un contact et un lien. Je crois que l'on se trompe dans l'approche de la maladie mentale quand on dit qu'il faut toujours attendre la demande de la personne. Il y a des gens en grande souffrance psychique, même s'ils ne sont pas repérés comme malades mentaux par l'hôpital, c'est la répétition de l'offre qui va faire qu'un jour les gens accrochent à quelque chose.</p> <p>L'étayage et la vigilance, c'est en ces termes que l'on peut définir ce que l'on souhaite. Ce qui suppose du temps, un suivi dans la durée, une nouvelle proposition après un échec...Je souhaite insister sur cette histoire de vigilance, la France ne veut pas entendre que des gens souffrent psychologiquement et pour lesquels il ne suffit pas de mettre en place des étayages médicamenteux, il faut de la relation pour ces personnes. Un trouble de la relation entraîne aussi un besoin de relation.</p> <p>L'accompagnement est souvent nécessaire pour ces populations. Pour une dame qui habite la Bouëxière, malade mentale, 64 ans, sans voiture, une aide à domicile vient deux fois par semaine, mais ce n'est pas suffisant quand il faut l'emmener faire une radio, chez l'ophtalmo, acheter une machine à laver, etc. Qui fait ça ? c'est moi... Les infirmiers de secteur qui vont voir les gens disent, j'ai fait tel truc avec lui mais ce n'est pas de mon ressort de lui montrer comment passer l'aspirateur etc. Les services d'aides à domicile sont souvent saturés. Enfin un service d'accompagnement pour des malades mentaux devrait exister... L'accompagnement des gens évite l'institutionnalisation et puis il y a plein de besoins.</p>
<i>Connaissance d'expériences extérieures</i>	A Redon, il y aurait eu création d'un poste d'infirmier pour faire le lien entre l'hôpital et les institutions, je trouve cela intéressant, l'idée d'un référent vers lequel les institutions peuvent converger.

Entretien le 19 06 03

<i>Structure</i>	<i>APASE</i>
<i>Position institutionnelle</i>	<i>Fabienne Le Filleul, responsable du service adulte à l'APASE Pascale Le Gleau, Alain Hello, Jean Bernard Pecot, délégués</i>
<i>Cadre légal et réglementaire d'intervention</i>	Mesures de protections des majeurs : tutelles aux prestations sociales pour adultes, tutelles d'Etat, curatelles
<i>Appréciation générale de la question</i>	<p>Le service est organisé autour de trois activités : l'activité du placement familial d'adultes, l'activité unité sociale, l'unité socio-administrative. L'APASE a 1 700 mesures sur le département. En unité sociale un délégué social exerce 44 mesures, en unité socio-administrative, 78-79 actuellement pour un temps plein.</p> <p>Le tribunal de Rennes est celui qui est le plus productif, la nature des situations sur Rennes est en grande majorité d'ordre social : surendettement, exclusion du logement, fragilité psychologique...avec un important cumul des difficultés. Sur les tribunaux extérieurs, il y a plus de diversité.</p> <p>Dans son rapport d'activité 2001, l'APASE notait à propos des mesures de tutelle : "<i>Depuis 1977, notre service est confronté à une augmentation soutenue des mesures de protection : tutelles et curatelle (1997 : 396 / 2001 : 868). Ces 472 mesures supplémentaires, essentiellement des curatelles renforcées, révèlent l'émergence d'un nouveau public, en marge de la typologie traditionnelle des personnes protégées suivies par notre service. Alors que les troubles mentaux étaient auparavant caractérisés, ils sont aujourd'hui mêlés à une situation d'exclusion sociale et se manifestent le plus souvent, par des perturbations au niveau de l'environnement (...).</i></p> <p><i>La maladie psychique reste néanmoins une constante chez les personnes pour lesquelles nous exerçons une mesure de protection. De plus, les mutations de notre société marginalisent une population grandissante de personnes souvent jeunes, "dés-insérées" du système administratif, connaissant en outre de graves difficultés liées au surendettement (...) Ce public rassemble des difficultés de tous ordres : social, familial, emploi, logement (expulsion), financier (surendettement), conduites addictives (alcool, toxicomanie), grande vulnérabilité psychologique."</i></p>
<i>Publics et caractéristiques des publics</i>	<p>Individuellement, sur les 44 mesures que l'on a chacun, on se retrouve en absence de réponse pour 4 ou 5 mesures, où on a le sentiment qu'il faut inventer des choses parce que les relais existants ne suffisent pas. Mais il n'y a pas forcément de relation entre le nombre de situations de ce type et le temps qu'on y passe. Ces 10% du public, soit quelques 170 personnes, représentent bien plus en termes de temps de travail.</p> <p>Beaucoup de ces personnes souffrent énormément de solitude, ils sont demandeurs de contacts, mais qui sont pour eux impossibles à tenir. C'est paradoxal sans doute mais c'est la réalité. Toutes ces personnes...je les entends souvent dire qu'ils sont seuls. Les troubles qu'ils présentent ne facilitent pas la relation, ni avec le boulanger, ni avec les voisins...</p> <p>Pour ces personnes, on a maintenant des positionnements nouveaux, notamment dans la relation au soin : pour quelques situations où, de façon répétée la rupture avec le soin a engendré un danger pour la personne, s'il n'y a pas de traitement c'est pas possible, et à la fois on ne peut pas lui demander</p>

	<p>d'assumer l'adhésion à ce traitement...donc le mode mis en place consiste à associer suivi de la mesure de protection et suivi médical. Cela peut-être vécu comme étant coercitif mais à la fois ça a une valeur profondément contenante.</p> <p>Un autre type de personne...c'est une personne alcoolique qui a pu se faire squatter à un moment et qui maintenant devient de plus en plus impotent au niveau de son logement...il n'y a pas d'ascenseur, il ne peut pas descendre ses poubelles...il est dans l'incapacité physique de les descendre, donc ses poubelles restent entassées dans l'appartement....</p> <p>Il y a aussi quelques situations où les psychiatres relèvent des traits psychopathiques, des gens qui peuvent être dans la manipulation, qui, par rapport à la loi sont un peu limites. Ces personnes peuvent rendre la mesure inexécutable, le juge les envoie alors à l'ATI, et l'ATI nous renvoie leurs situations...La complexité est dans la relation avec la personne. Ces sont des personnes qui ont des compétences, des ressources, qu'on peut encore actionner pour arriver dans certaines situations à prendre conscience...</p> <p>On a de plus en plus de personnes soumises à des protections pas pour de la maladie psychiatrique avérée, mais avec une histoire de vie compliquée, une fragilité psychologique certaine...des gens qui sont très intelligents, qui savent très bien compter, écrire aux élus, etc. Mais cette façon de fonctionner est une manière d'animer l'espace contradictoire, l'opposabilité, elle peut être source d'évolution pour cette personne. On retiendra le terme de perversité dans les cas où on arrive à une impasse à un moment donné, où on peut se poser la question à un moment donné si la mesure de protection est la mesure pertinente pour cette personne-là.</p> <p>Dans le cas de la monographie S2, M. souffre de solitude, l'échange cohérent avec lui se limite à 10 minutes, rapidement il délire. Il faut effectivement avoir une certaine compétence pour entrer en relation, il faut avoir envie d'aller chez lui, et d'y rester au milieu de ses détritiques, l'aide ménagère qui est intervenue chez lui a jeté l'éponge à un moment donné...On est dans le registre d'une maladie mentale assez sévère avec une incapacité à analyser ce qui se passe et à produire du changement. Il est sous traitement, mais il oublie assez régulièrement d'y aller, alors on le redirige facilement vers le soin parce qu'il l'accepte. C'est dans ses repères temps - espace qu'il est un peu paumé, il est capable de sauter un rendez-vous mais il y retourne, le soin ce n'est pas la question principale puisque c'est à peu près suivi mais le problème, ce sont nos limites sur l'intervention. Comme il pose pour la n-ième fois des problèmes de voisinage, on travaille sur un déménagement.</p> <p>Pour ces populations, se pose la question du principe de réalité : effectivement, les personnes sont dans une maladie mentale mais est-ce que cela les soustrait au principe de réalité ? Donc régulièrement, on prend en compte la question de la maladie mais la question de la réalité se pose.</p>
<p><i>Observations sur les dispositifs actuels</i></p>	<p>On bute souvent sur la question du logement. Quand il y a eu expulsion, il faut repartir vers un logement dans le parc soit privé soit public, et on va buter sur les mêmes difficultés. On est face à un manque de structures pouvant accompagner ces personnes, avec leur pathologies. Telle personne (monographie S1), on avait sollicité la CLH, et il y a une orientation vers le Beaumont. Or le Beaumont dit que ça risque de déstabiliser la structure, parce que ce sont des gens qui par exemple se gèrent le week-end. Donc d'une part,</p>

la personne n'est pas demandeuse de ce genre de structures, et d'autre part la réponse de la structure est de dire qu'elle n'est pas adaptée. Aujourd'hui, cette personne est sans logement, hébergée au CHGR...

Dans ce type de situation, il y a autant de travail à faire avec les intervenants, qu'avec le majeur, la question du passage de témoin demande beaucoup de temps et un travail en amont et pendant. On joue un rôle d'interface, dans un certain nombre de mesures. C'est la question du morcellement des interventions, on cherche à avoir une approche à peu près globale de la personne, sur la durée, c'est là dessus que l'on peut s'appuyer. Il y a des gens pour qui le suivi dure très longtemps. Quels que soient les moments de crise, on peut encore être ce repère-là, ce point d'appui.

L'intérêt c'est que chacune des interventions se joue en complémentarité, c'est vrai que pour toutes les situations où nous avons été confrontés à de l'impuissance professionnelle, on a à chaque fois tenté d'être à l'initiative de relations avec les différents partenaires et, on ne sait pas quel effet de changement cela va produire chez le majeur. Mais le fait de tisser du lien, d'être à l'initiative du lien, va quand même modifier quelque chose.

Parfois un de nos collègues nous renvoie des situations en se disant que le délégué va s'en débrouiller, par manque de solutions, et par manque de visibilité pour d'autres professionnels de notre champ de compétences. C'est un peu le pendant de cette approche globale, que l'on a envie de mettre en exergue mais qui peut être comprise à l'extérieur comme une toute puissance, une capacité à tout faire. **Toute la difficulté c'est de dire qu'on peut travailler globalement mais qu'on n'est pas légitimes à tout exercer non plus.**

Il y a deux niveaux : il y a le changement qui va s'opérer dans les démarches de partenariat, de réseau avec l'hôpital etc...**mais il y a également une autre démarche qui est de travailler la tolérance de l'environnement par rapport au majeur.** Pour une jeune femme sur le Grand - Fougeretz, le choix avait été fait de contacter des commerces...avant son arrivée sur la commune, de façon à ce que les gens puissent relayer leur inquiétude par rapport à cette majeure, en contactant le service. J'allais au bar tabac en disant, s'il y a souci, je vous laisse le téléphone, ça a été permis de créer du lien avec cette jeune femme, avec le risque de stigmatiser d'emblée et on peut trouver cela abusif et déontologiquement critiquable. Or, c'était une jeune femme qui faisait l'expérience récurrente d'exclusions du logement et il s'avère qu'aujourd'hui elle est en relation avec le soin et qu'elle est toujours dans son logement...

En dehors de Rennes, les communes peuvent être à l'initiative d'une hospitalisation. Sur une petite commune la relation avec l'élu va se faire de façon plus directe. A chaque fois que le service est sollicité par le maire, je les renvoie à ce qu'ils peuvent faire. Alors qu'à Rennes c'est l'anonymat complet.

A Betton, un travail a été fait avec la mairie, avec Alfadi, et avec notre service pour un monsieur qui vivait depuis 5 ou 6 ans de façon régulière dans une caravane qui était sur un terrain communal très excentré, sans eau, etc. ... Aujourd'hui c'est une personne qui est en caravane sur un terrain viabilisé de la commune avec l'eau, un petit bloc sanitaire, l'électricité, le téléphone, et un abri de jardin pour ses animaux. C'est un monsieur qui présente des troubles psychiatriques paranoïaques, et le fait que le terrain soit entouré de grillage, il

vit ça très sereinement, aujourd'hui c'est une personne qui est installée.
Il ne faut pas s'interdire non plus, de mettre en place ces dynamiques sur de nombreuses années, avec la possibilité d'évaluer un petit peu plus finement si c'est pertinent, quels changements ça peut produire et peut-être effectivement au bout du compte ne pas aller vers cette solution là...Ca s'est passé sur 3 années, on est sur du long terme, 3 années d'évaluation et de préparation...

La monographie S3 concerne un homme qui détériorait les panneaux publicitaires juste devant l'hôtel de Police, ce qui a entraîné l'HO. C'était quelqu'un de pharmaco-dépendant depuis de longues années, connu des services de psychiatrie, avec de gros problèmes dans son immeuble (collectif privé). **Avec l'équipe du CHGR, on a cherché à trouver des modalités pour éviter ce genre de débordements, ce qui a été choisi, c'est de borner son emploi du temps de la semaine. : le lundi, il se rend à l'hôpital pour faire son pilulier, le mardi, l'aide ménagère passe, le mercredi matin, il passe ici pour faire un bon de tabac, le jeudi un infirmier du secteur passe, le vendredi, c'est le jour où il n'a rien et le samedi c'est l'aide ménagère du CCAS de nouveau qui passe. En bornant tout ça, depuis octobre, ça fonctionnait**, dans le sens où, l'hôpital n'a pas de nouvelle le lundi, ils nous appellent, on vérifie, on l'appelle, et du coup, il ouvrait sa porte, l'infirmier venait,...et également pour le traitement une injection retard, c'était en général le mardi quand l'aide ménagère était là. Il est actuellement hospitalisé suite à une absorption massive de médicaments. Ca a pu se faire dès le lendemain alors qu'auparavant, c'est quelqu'un qui aurait pu déambuler dans la ville y compris la nuit pendant 2 ou 3 jours.

Ce qui est intéressant dans cet exemple là, c'est qu'il y a un échange, on n'est pas sur de la solution, mais on met en place un cadre servant de lien, de support...Mais avec des limites.

Dans le cas d'un jeune garçon, sur Fougères, un grand psychotique, il est dans une incapacité de se mettre en action pour pouvoir entretenir son logement. On a commencé à mettre une aide ménagère pour lequel ça s'arrête parce qu'il ne l'a pas laissée entrer...**De la part du service des aides ménagères, il y a une incompréhension, dans le sens suivant : ce monsieur jeune, il devrait pouvoir comprendre et apprendre à s'occuper de son logement, etc...**Pour cette personne, on se rencontre avec l'équipe médicale qui le suit, le psychiatre et le service d'aides ménagères de Fougères pour un peu réexpliquer dans quelle problématique il est...pour essayer de dire qu'il ne va pas forcément évoluer et dans ce cas qu'elles ne font pas du mauvais travail...parce que les aides ménagères sont dans cette dynamique là : s'il n'évolue pas, s'il ne fait pas le ménage, c'est qu'elles travaillent mal. Donc on va chercher un peu à déculpabiliser tout le monde et permettre que ça continue à fonctionner.

Pour M. M., avec un accompagnement / aide ménagère / infirmier de secteur / passage à l'hôpital...le même dispositif est en place depuis des années, il a fonctionné un certain temps. Mais aujourd'hui M. M. exprime une lassitude par rapport à ça, il en a marre de passer à l'hôpital tous les jours où quasiment, il a été dans une demande de changer ce dispositif là, il se trouve qu'il ne l'exprime pas comme je le dis là, il le manifeste par des troubles du comportement importants, par exemple, il va alerter différents organismes de la ville de Rennes qui n'ont rien à voir avec lui. **On est dans cette phase où ça a marché un temps et où aujourd'hui il faut trouver autre chose**, il a lui-même proposé de prendre des repas à Résidence Bretagne de temps à autres, ça

	<p>a marché 2 ou 3 semaines et puis il y a fait un esclandre. Donc il y a parfois un dispositif d'accompagnement qui est présent et c'est remis en cause à un moment donné.</p> <p>Pour M. S. (monographie S2), ce type de dispositif n'a pas été possible, mais on s'est mis d'accord avec l'hôpital : si on s'aperçoit qu'il ne se rend pas au soin, on stoppe la remise du mandat que l'on fait chaque semaine, et on lui demande de passer. On va donc assez loin ce qui est nouveau parce que certains psychiatres s'y refusaient. Sur la question contractuelle, c'est compliqué avec lui de se mettre d'accord sur des gens qui viendraient le visiter... C'est pour ça sans doute que sa situation est très aiguë aujourd'hui, c'est que sans doute il a du mal à trouver sa place, avec des désirs un peu contradictoires, il a une soif de liberté qui est importante...</p> <p>Il y a d'autres situations, telle que celle du monsieur sur un versant dépressif, on ne va pas du tout entendre parler de lui ; mais à l'intérieur de son logement, il est dans l'incapacité de pouvoir le ranger, s'en occuper, il y a un laisser-aller au point de vue alimentaire. Or on n'arrive pas à mettre en place une aide ménagère parce qu'il n'a pas 80% d'invalidité, et qu'il a pas 70 ans, donc il n'a pas droit aux aides ménagères, tout simplement. Je suis obligée de trouver quelqu'un qui va bien vouloir intervenir chez lui avec des prix qui ne vont pas trop grever son budget... C'est quelqu'un qui a du mal à établir un lien avec l'extérieur qui souffre énormément de solitude et qui dans toute sa vie, quand ça fonctionnait c'est parce qu'il avait une compagne qui entretenait le logement...Ce genre de personnes est peut être plus facile à oublier parce qu'il ne va pas forcément nous solliciter par téléphone...Il y a tout ce public en souffrance qui est beaucoup moins visible.</p>
<p><i>Attentes perspectives d'évolution, priorités</i></p>	<p>Avec l'AIVS, pour M. S. (monographie S2), aujourd'hui expulsable de son logement, on rêve parfois à d'autres solutions, il faudrait qu'il soit isolé, où il ne sera pas squatté comme il a pu l'être, mais il a besoin aussi d'avoir un contact avec la ville de Rennes, on réfléchit à un lieu qui lui permettrait d'avoir un accès par bus pour aller en ville. On a entendu parler d'expériences d'hébergement avec une maîtresse de maison, on aimerait bien qu'il puisse éprouver ce genre de solution...</p> <p>Aujourd'hui sur la région de Fougères, c'est plus facile d'intervenir que sur Rennes où a-priori, on a autant de mesures...le maillage n'est pas du tout le même, le turn-over est plus important parmi les travailleurs sociaux sur la couronne rennaise.</p> <p>Sur Rennes c'est plus complexe : au niveau du CHGR, le malade passe de services en services, et doit pour une nième fois raconter sa vie morcelée parce qu'il n'y a pas de suivi entre les services. On le voit quand un majeur déménage sur Rennes, les infos ne suivent pas ! Alors que sur Fougères, il y a une volonté de construire, et de maintenir du réseau inter institutionnel. Mais c'est vrai que sur Rennes, ça fonctionne si on n'hésite pas à y mettre de l'énergie. On verra comment évolueront les mesures de protection, entre l'approche globale, les pratiques en complémentarité et la construction de nouvelles pratiques, c'est-à-dire qu'on sort forcément des sentiers battus parce que justement on est confrontés à des problématiques qui nous y amènent.</p> <p>Des dispositifs dont on pourrait rêver, un lieu où on crée et on fait en même temps, ça serait assez intéressant d'avoir ce lieu, parce que pour les personnes chez qui on repère certains fonctionnements, il faudrait avoir</p>

	<p>du temps d’anticipation, un lieu où l’on peut solliciter des spécialités, pour construire et le faire au même moment.</p> <p>Comme <i>Rampe</i> sur Janzé, Retiers...: un lieu-ressource. Je l’utilise par rapport à certaines situations : des temps d’arrêt, ça permet de rebondir et puis de donner des idées, c’est intéressant au delà des moyens matériels. On a intérêt à mutualiser entre les divers professionnels parce que sinon on reste chacun avec sa boîte à outils...</p> <p>D’autant plus que pour les situations évoquées, on doit avoir des attitudes volontaristes, on ne peut pas se contenter d’attendre et voir, notamment que les personnes contractent...Donc en terme de pratique professionnelle de délégué, on a à faire valoir le travail que l’on fait sur ce plan et à s’harmoniser entre nous parce que qu’on peut aussi faire des choix différents...On voit bien qu’il y a nécessité d’étayer cela pour que les délégués de la tutelle se présentent dans une réunion externe avec quelques réflexions sur leur métier sinon on leur dit vous allez tout faire ou alors ils n’ont pas voix au chapitre. C’est pour cela que la question de l’approche globale se pose.</p>
<p><i>Connaissance d’expériences extérieures</i></p>	

Entretien le 23 juin 2003

<i>Structure</i>	<i>ALFADI</i>
<i>Position institutionnelle</i>	<i>M. Dufeu, directeur par intérim</i> <i>Mme Gélineau, infirmière</i> <i>Mme Solard, conseillère ESF</i> <i>Mme Snoeck, ES</i> <i>M. Lemoine, animateur</i>
<i>Cadre légal et réglementaire d'intervention</i>	Mission spécialisée d'accompagnement social lié au logement. ALFADI peut être saisie par un organisme HLM, par la CLH (via les travailleurs sociaux), par les bailleurs privés et CCAS.
<i>Appréciation générale de la question</i>	<p>L'association a aujourd'hui 160 mesures d'accompagnement.</p> <p>La procédure d'instruction est la suivante : après une instruction de 3 à 6 mois, la commission d'admission vient valider la fin de l'instruction et le démarrage à proprement parler du suivi, elle statue également sur les fins de suivi. La période d'instruction est une période qui n'est pas figée. Les commissions d'admission ont lieu tous les 1 mois et demi ou 2 mois. L'instruction peut durer le laps de temps entre les 2 commissions ou plus longtemps.</p> <p>Il y a toujours un contrat, qu'il soit écrit (presque toujours) ou oral (rarement) adapté à chaque famille ou personne. Il y a des gens qui ont des contrats très simples, qui restent au niveau du logement par exemple sur la tenue, sur la remise du logement en état, l'intervention d'une aide ménagère, la visite d'un médecin une fois par mois, des choses très concrètes, acceptées par la personne et négociées avec elle qui font nettement avancer la situation alors qu'il n'y avait aucune demande au départ. On peut susciter la demande, si le lien passe, on peut accrocher des familles sur des projets personnels qu'elles nomment.</p> <p>Les familles arrivent toutes avec le problème logement et d'autres dont le gros problème de santé. Sur l'ensemble des dossiers, un tiers ont eu préalablement une hospitalisation, et 50% auraient sans doute besoin d'un soutien médical. Le problème majeur dans les problématiques de santé des personnes accueillies ici est le problème d'alcool et d'addiction.</p> <p>Le problème de santé se hiérarchise en fonction de chacun. Si le problème alcool est résolu, on voit des gens qui vont avoir des problèmes physiques auxquels on n'avait pas pensé parce qu'il y avait un problème écran devant qui était celui de l'alcool. S'il y a un problème d'emploi mais qu'il y a un problème de santé à traiter avant ce problème d'emploi, on va travailler d'abord ce problème de santé.</p> <p>Face à certains publics, à défaut de pouvoir émettre une explication de certains comportements, on ne catégorise pas en termes de maladie mentale, on n'est pas au clair par rapport à cette définition. On a plus tendance à penser trouble mental que maladie mentale. Ce qui nous met en difficulté, c'est quel type de réponse apporter, quel type d'accompagnement mettre en place, et comment on prend cette difficulté en compte...C'est plutôt en fonction des événements que peuvent jaillir certaines manifestations pathologies qu'on avait perçues.</p> <p>Si une personne ou une famille a une grosse pathologie, on essaie de faire avec, comme ils sont. On essaie d'utiliser les techniques que l'on a pour mettre un peu de communication, pour essayer de voir le monde un peu autrement et</p>

	contractualiser un tant soit peu. On se pose des questions sur ce que l'on fait, notre place là...ce n'est pas toujours facile et on connaît des échecs.
<p><i>Publics et caractéristiques des publics</i></p>	<p>On peut découvrir des pathologies au fur et à mesure dans l'accompagnement. On peut aussi avoir imaginé des pathologies qui sont complètement fausses, notre réponse est quotidienne, on n'aborde jamais la personne sous l'angle pathologique. Personne ne va dire <i>celui là il est schizo...</i>, etc. Un ou deux oui parce que c'est très marqué, mais notre langage commun ici n'est pas celui là. On ne s'autorise pas à mettre des étiquettes sur des personnes, mais il n'empêche que l'on en parle tout le temps entre nous et avec les familles à travers leurs difficultés comportementales et relationnelles. L'objectif étant toujours la recherche de solutions adaptées.</p> <p>C'est au travers de nos limites d'intervention, et des échecs de certains suivis et instructions que l'on peut découvrir également les difficultés psychologiques ou pathologiques des personnes, manifestations plus fréquentes depuis quelques années</p> <p>Par exemple, cette situation : une jeune femme dans un logement HLM, on a été sollicité parce que son logement avait été détruit et qu'elle avait une dette de loyer ; il y avait donc une expulsion possible. J'avais déjà fait une instruction il y a un an et demi, qu'elle avait refusé, et puis de nouveau il y a sollicitation de la part du bailleur, donc je l'ai rencontrée, je lui ai présenté qui on était, le principe du contrat, ce qu'elle souhaitait y mettre. C'est quelqu'un qui était très souvent absente aux rendez-vous, on avait cette fois-là commencé à élaborer quelque chose, elle n'est pas revenue, on lui a écrit, elle n'est pas venue, donc on a fait une fin de suivi.</p> <p>Elle a un passé institutionnel, elle a peur du travailleur social, j'ai cherché à remettre de la communication dans nos rapports. Je lui ai expliqué que ce qui avait été mis dans le contrat serait respecté à la lettre, qu'il n'y aurait aucun débordement, il s'agissait de travailler avec elle sur de la confiance. Je pense qu'elle a peur de signer un contrat, je pense qu'elle a peur d'ouvrir la porte à du changement. Pour ALFADI, c'est un échec. Mais il y a le travailleur social du secteur et le bailleur qui la suivent toujours.</p> <p>M. X. est en difficulté dans son logement, il a des problèmes de voisinage, d'entretien, de dettes ; c'est un monsieur hospitalisé régulièrement au CHGR et qui ne comprenait pas ce qu'on voulait faire. J'ai dû le voir, trois ou quatre fois, et lui dire quelle mission on avait et il n'a jamais voulu ou pu comprendre. C'est pas inscrit. Il ne pouvait pas se projeter. Dans cette situation, monsieur n'était pas du tout demandeur, on était donc des martiens qui descendaient d'une autre planète. On débarquait chez lui, je pense qu'ainsi on violait quelque chose de son intimité. Il y a un certain nombre de fois où il a refusé de nous ouvrir, il n'a jamais accepté de venir à ALFADI, j'ai demandé l'annulation parce que je ne voyais pas du tout ce que l'on pouvait faire, en quoi on pouvait être aidant pour lui et c'était aussi respecter son choix.</p> <p>Pour un autre monsieur, on a mis un an avant de démarrer un suivi, c'est quelqu'un pour qui l'on n'a toujours pas pu contractualiser. Je crois que c'est quelqu'un qui a peur du changement et peur de s'engager. Je pense que ça la remet en cause dans ses fonctionnements puisque régulièrement il annule ses rendez-vous en disant <i>je ne peux vraiment pas vous montrer comment je suis aujourd'hui</i>, il s'est fait casser la gueule, a fait la fête... En conséquence, il va perdre son logement...</p>

<p><i>Observations sur les dispositifs actuels</i></p>	<p>On travaille avec des familles sur la base d'un contrat. Si l'on pense qu'une famille peut rentrer dans une logique de contrat, même si elle présente une pathologie, on essaie de voir avec la personne le présent, le passé et se projeter dans un futur. Au fur et à mesure de l'accompagnement, il y a un échange possible autour du soin, qui n'arrive pas forcément au début. Au début, on est dans l'accompagnement, sur les questions de logement, on est plutôt concret, et si dans le temps se pose 'un nœud', quelque chose qui est plus difficile et qui nécessite notamment le soin. Se pose alors la question de la collaboration entre partenaires et ce n'est pas toujours facile.</p> <p>Par exemple : une personne qui était sous l'emprise d'un monsieur violent, depuis quelques années, une personne qui se laissait beaucoup aller. Elle nous a sollicité pour l'accompagner vers le soin, elle est allée à Guillaume Régnier, disant <i>j'ai besoin qu'on me soutienne, j'ai besoin de soins parce que je suis alcoolique, parce que j'arrive pas à me donner des limites, et je suis sous l'emprise de quelqu'un dont je n'arrive pas à me défendre</i>. On a accompagné cette dame dans cette démarche, on a eu des contacts avec l'hôpital pour parler de cette situation avec les soignants. En fait l'hôpital l'a gardée 8 jours, disant qu'elle n'était pas demandeuse de soins. Nous, on disait le contraire : ça faisait 10 ans que cette situation durait et c'était la première fois qu'elle sollicitait, qu'elle était demandeuse de quelque chose. L'hôpital nous a dit que la dangerosité sociale dans laquelle elle vivait ne les concernait pas et ne relevait pas du soin médical.</p> <p>On s'est retrouvé avec une dissociation de points de vues, pour nous il y avait une dangerosité réelle, il y a eu là une incompréhension entre partenaires. Cette femme est ressortie au bout de 8 jours avec une proposition de suivi infirmier à domicile et avec un rendez-vous en CMP avec un psychiatre dans un mois. J'ai appelé il y a une semaine, elle est allée une fois au CMP, il était fermé, elle n'est pas revenue. Et l'infirmier n'est pas passé à domicile. Ca me semble bien illustrer la dissociation de nos accompagnements et de la collaboration possible</p> <p>Nous intervenions dans le cadre du logement de cette personne, avec des pressions des autres locataires de l'immeuble. Le monsieur qui l'importune est violent à son égard, à notre égard, il a une arme, la police est déjà intervenue, il y a du tapage nocturne... Concrètement on a fait en sorte que ce monsieur puisse partir, on s'est déplacé, et on a continué parallèlement les négociations avec le corps médical. On a fini par intervenir auprès du Procureur de la République, en disant que l'on constatait que cette personne était en danger manifeste. Ce monsieur est venu à la porte de l'hôpital, il s'est énervé, l'hôpital a appelé la police, mais ils ont fait sortir la dame le lendemain !</p> <p>Notre accompagnement est arrivé à un point donné d'une demande. Et puis c'est une autre équipe qui reçoit avec un autre regard, d'autres critères et il n'y a pas de rencontre. Du coup, le lien qui aurait pu se faire entre le médical et le social ne se fait pas. Et notre limite est atteinte.</p> <p>Le partenariat, il fonctionne quand la personne est d'accord et qu'elle est dans une démarche de tentative de soin. Mais chez le public à tendance paranoïaque, il est difficile de les amener vers du soin. Là je sens mes limites. Et j'interroge la notion de dangerosité quand je sais qu'il y a des choses sur lesquelles je n'ai pas prise et que je sais que je peux venir les renforcer. On touche donc là aux limites de nos interventions... dans le cadre de nos accompagnements. Et puis dans certaines situations, on se demande si par notre intervention, on ne va pas venir renforcer les troubles, dans ces comportements</p>
--	--

paranoïaques. On agit alors avec des stratégies d'évitement, quand la paranoïa est relativement lisible...

Le CHGR est un lieu un peu nébuleux pour nous, ça dépend de l'endroit où l'on 'tombe', de la pathologie de la personne, ça dépend de comment on peut négocier, ça dépend également du temps que l'on a pour aller les rencontrer, prendre du temps avec eux...Il y a une chose qui revient beaucoup, c'est ce que nous on met derrière la demande de la personne et comment la demande est entendue par l'équipe du CHGR. Dans un cas comme celui qui est cité précédemment, ce que nous renvoie le CHGR, c'est que la demande de la personne n'est pas si précise que ça, donc ils y mettent un terme. Il y a effectivement une analyse différente, une compréhension différente, et les gens se sentent incompris à l'hôpital. Alors que pour nous accepter cette hospitalisation, c'est déjà une première demande ! La première demande c'est *j'ai besoin d'être à l'abri*. Effectivement il n'y a peut être pas une demande de soins précis. Cette demande ne suffit pas, c'est ce que j'ai l'impression de lire dans ce que me renvoie l'équipe.

Sur les questions de santé, on passe des contrats assez précis avec des personnes par exemple sur un mois où chaque semaine il y a un rendez-vous : médecin, CCA, infirmière du RMI, médecin, etc. Je cherche de plus en plus à faire des systèmes comme ça. Ça crée un point de repère chaque semaine, c'est de la santé mais c'est aussi du soutien, c'est une sécurité pour la personne,...

Pour un ancien SDF, hébergé, on a travaillé avec l'équipe mobile du CHGR, en répartissant bien les rôles : l'équipe mobile : sur les problèmes de santé ; et ALFADI sur le problème du relogement, ça a bien marché. Voilà un partenariat qui fonctionne bien sur la partie accompagnement "psy". Les collaborations avec l'équipe mobile ont été très intéressantes, très constructives. Ils sont très présents, ils sont assez autonomes, la collaboration avec eux est très facile, ils sont très pertinents.

La connaissance des partenaires est essentielle, en terme de travail et de collaboration. On est souvent à l'origine de synthèses inter partenariales autour d'une situation, ça permet souvent de clarifier. Les partenaires de soin sont mobilisés : équipe mobile et CCA, infirmières des CDAS et certains médecins. Ce n'est pas quelque chose d'institutionnalisé, c'est au cas par cas, et selon le désir des travailleurs sociaux. Ces synthèses ne se font jamais sans l'accord de la famille...Pour la famille ou la personne, c'est intéressant, parce qu'ainsi on met une collaboration en place. Très souvent les familles viennent aux synthèses, et participent à l'échange. Bien des fois le regard des partenaires change, il y a souvent un regard qui se fait selon l'humeur, les faits antérieurs, qui reste gravé dans la mémoire. Ce travail avec les partenaires permet de remettre de la communication, ça change beaucoup de choses.

Quand on démarre une instruction, on réunit les partenaires et les familles. On commence fréquemment l'accompagnement au moins avec le partenaire qui nous a sollicité et parfois avec d'autres partenaires (AS, CDAS, animateurs de réinsertion RMI, HLM, services de tutelle...).

Dans les situations d'échec, à la fin de la mesure, on n'a pas l'habitude de faire des réunions de synthèse, mais on informe sur la perspective de fin de suivi. Cette décision de soins est prise en commission où est représenté l'ensemble des partenaires.

<p><i>Attentes perspectives d'évolution, priorités</i></p>	<p>Les réunions à la mairie de Rennes fin 2002, dans le cadre du Comité consultatif Santé ont permis une connaissance entre partenaires très riche ; il y a des questions qui ont émergé au fur et à mesure des rencontres, des actions aussi ont été mises en place. C'est un lieu où les partenaires se sont connus, se sont repérés, ont pu échanger, et ont pu prendre des contacts. Et puis à un moment donné, sont apparues les questions sans réponses..</p> <p>La rencontre du médical et du social évolue avec le temps et elle prend du temps : on voit bien aussi comment, chacun avec notre formation, on a un point de vue différent sur les choses. L'ouverture à la psychiatrie, pose aussi cette rencontre médico-sociale plus fortement qu'avant et elle nécessite aussi que chacun, à sa mesure fasse un pas vers l'autre, ou en tous cas comprenne les représentations de l'autre à travers sa formation et son institution. On n'a pas les mêmes points de vue sur les problèmes. Il y a une complémentarité nécessaire pour que ça puisse avancer.</p> <p>ALFADI existe depuis 11 ans, au tout départ, les travailleurs sociaux de secteur et les bailleurs ne s'entendaient pas, chacun travaillait dans sa logique. Aujourd'hui, certains organismes HLM participent à l'accompagnement de familles en difficulté, prennent le problème en compte. Ils voient les choses autrement et parallèlement, les travailleurs sociaux prennent aussi en compte la dimension du logement au côté du bailleur.</p> <p>En terme de perspectives, ne serait-il pas possible d'envisager une structure intermédiaire, souple à utiliser et très adaptée au public suivi une structure d'évaluation, auprès de laquelle on puisse avoir une réponse médicale rapidement... Quand les personnes sont prêtes à aller vers le soin, c'est dans le moment qu'il faut agir, trois jours après c'est retombé.</p> <p>Les difficultés de coordination entre partenaires au moment de l'admission dans une structure de soins, on les retrouve aussi au moment de la sortie. Pour préparer cette sortie, il faudrait travailler sur des protocoles avec les CMP, les infirmiers à domicile, mais aussi des partenaires extérieurs, comme ALFADI et d'autres.</p> <p>Pour un suivi à domicile, dans une situation, un infirmier de secteur passait tous les 15 jours et quand il ne voyait pas le monsieur il m'interpellait, il y avait un début de lien. Ca s'est effiloché au fil du temps mais il y avait des choses qui avaient pu bien avancer...</p>
<p><i>Connaissance d'expériences extérieures</i></p>	

Entretien le 19 juin 2003

Structure	CRAM.B, caisse régionale d'assurance maladie de Bretagne
Position institutionnelle	Mme MACQ, assistante sociale du service social CRAM
Cadre d'intervention	<p>J'ai travaillé sur le secteur des Champs Manceaux / le Blosne pendant 2 ans et depuis Juillet 2001, je suis à mi-temps sur ce secteur et à mi-temps en milieu rural (Janzé, La Guerche, Martigné-Ferchaud...). J'ai deux permanences au CDAS par mois sur les Champs Manceaux, l'une sans rendez vous et la 2^{ème} sur rendez vous.</p> <p>Le service comprend 22 AS sur le département et 12 secrétaires. Sur Rennes Métropole, on est 10 avec plusieurs lieux de permanence. Pendant longtemps, on a travaillé dans le cadre d'une circulaire qui datait de 1993, qui ciblait notre population par statut : personnes en arrêt de travail ou en invalidité. En mars 2002, on se fixe uniquement sur le travail avec les personnes où la problématique santé est principale. On intervient pour des rééquilibres budgétaires par exemple, pour les aides ménagères pour les gens qui sortent d'hospitalisation, en aides techniques également : aménagements de logements, de véhicules... Par convention avec le conseil général on intervient pour le maintien à domicile des grands handicapés, en complément de l'allocation pour tierce personne à 80%.</p>
Appréciation générale de la question	<p>En décembre 2001, j'avais fait une petite étude sur mon secteur, Zup-Sud de Rennes / Champs Manceaux, où j'étais interpellée par l'inadéquation des réponses qu'on pouvait apporter aux personnes qui sortaient du CHGR, qui avaient été hospitalisées un certain temps, dont on n'en entendait plus parler et qui arrivaient en crise dans nos services...</p> <p>Ce repérage avait mis en évidence quelques caractéristiques de la population connue par nos services (<i>données relatives à l'an 2000, extraites de : compte-rendu du travail de groupe sur le site CDAS des Champs-Manceaux</i>) : un nombre important de personnes isolées, une grande solitude affective, des revenus liés à une pension d'invalidité ou une AAH, un sur-endettement important..."<i>Sur 39 personnes de l'échantillon d'étude, 30 souffrant d'une pathologie mentale (...) et d'un alcoolisme chronique, ne sont pas suivis au niveau des soins, selon les dires des intéressés. Dans leur parcours personnel, on peut noter qu'à un moment donné, il a existé une prise en charge spécialisée en milieu hospitalier mais que cette prise en charge s'est arrêtée du fait de la sortie et que les personnes ne continuent pas cette prise en charge et stoppent pour la plupart leur traitement qu'ils trouvent trop lourds ou abrutissants. Pour la plupart des personnes souffrant de pathologies alcoolique, cette maladie n'est pas reconnue par l'intéressé et donc jamais verbalisée. (...)"</i></p>
Publics et caractéristiques des publics	<p>Sur ces 39 situations, il y avait 15 dépressifs profonds. Quand une personne développe une forme de dépression sévère,...est-ce une pathologie mentale ou est ce plus de l'ordre du mal-être psychologique, je ne sais pas... Un grand dépressif peut être dangereux pour lui-même et pour les autres. Les situations sont très diverses.</p> <p>Ainsi, sur Rennes, il y a 2 ans : je me suis retrouvée coincée dans une cuisine où la personne avait planté un couteau entre elle et moi sur la table. Le médecin m'avait dit qu'elle ne prendrait pas de traitement. On a pu faire venir une aide-ménagère du CCAS de la Ville de Rennes, puisque c'était sa demande. La condition c'était qu'elles soient deux à chaque fois. Cette dame a accusé les aides ménagères de lui avoir volé des sous, d'être le fils</p>

	<p>de sa tante...elle avait des délires de 5 minutes. Pour moi ça relève de la pathologie mentale. Elle vous agresse sans arrêt au domicile. Elle est connue dans tous les services, le CCAS n'intervient plus et a effectué un signalement au Procureur de la république, parce que c'est quelqu'un qui a besoin d'aide, en matière d'hygiène, elle est propriétaire dans un immeuble où il y a d'autres résidents qui se plaignent des odeurs, mais on ne peut plus intervenir parce qu'elle met en danger les gens qui interviennent. On n'a pas pur organisé une hospitalisation parce qu'aucun médecin ne veut le faire, l'un d'entre eux nous a dit pourtant que c'est la seule solution mais il ne veut pas la faire. La dernière fois qu'il est allé chez elle, il s'est pris une giffle. Elle a aussi fait fuir son mari. Cette dame bloque toute possibilité d'intervention...</p> <p>Autre situation : ce monsieur locataire dans le parc privé : il est en fauteuil, il avait été retrouvé divaguant dans la ville de Rennes, il a donc été hospitalisé sur demande d'un tiers, les pompiers l'avaient hospitalisé, il a été mis sous sauvegarde de justice d'emblée. J'avais essayé d'intervenir, je suis allée à son domicile, accompagnée d'une collègue...Il avait besoin d'une tierce personne pour les repas, la toilette, et il avait une majoration tierce personne du fait de son handicap, on lui propose de faire intervenir le service de l'ASSAD. Mais sa demande c'était d'avoir quelqu'un en permanence chez lui, alors que personne ne veut y aller, aucune infirmière du secteur ne veut faire sa toilette. Je fais un signalement au Procureur, en expliquant la situation, qu'il est âgé de plus de 60 ans, qu'il est en danger mais que l'on n'a pas de solution et, en expliquant qu'il faut peut-être envisager une mesure de protection, qu'il n'utilisait pas les 5 800 francs d'ACTP pour employer quelqu'un...Puis il a été retrouvé divaguant dans la rue. On a réussi à mettre des choses en place après cette hospitalisation où on avait une suspicion de tuberculose, on a mis une aide à domicile en place, l'ASSAD avait accepté d'intervenir si on trouvait un infirmier libéral pour la toilette qui n'est venu qu'une seule fois. Ca n'a pas pu durer avec l'ASSAD, il est aujourd'hui définitivement en établissement.</p>
<p>Observations sur les dispositifs actuels</p>	<p>Dans le document d'évaluation de décembre 2001, nous avons noté : <i>"Les assurés sociaux souffrant de pathologies mentales reconnues ou non par les intéressés ne semblent réellement pas avoir de prise en charge tant au niveau médical que social.</i></p> <p><i>L'absence de travail ou de réflexion entre partenaires ne facilite en aucun cas une réelle prise en charge de cette population. Ces assurés ne prennent pas en compte leurs réalités : nécessité de soins dus à une santé précarisée par des facteurs tant médicaux que sociaux. Aucun travail de contractualisation n'est possible.</i></p> <p><i>La construction d'un partenariat opérationnel dans la prise en charge de certaines pathologies mentales permettrait une autre forme de travail et d'accompagnement de ce public (traitement de la réelle demande)".</i></p> <p>La première demande est financière, mais on sait que derrière, il y a une grande souffrance et je trouvai dommage qu'il n'y ait pas de relais entre nous et d'autres professionnels. C'est à partir de ces constats et dans cette perspective que j'avais organisé des réunions intitulées : <i>"Réflexion partenariale autour de la pathologie mentale"</i>. La première a eu lieu fin 2001, la deuxième n'a pas eu lieu. Il y avait les professionnels du CDAS des Champs Manceaux, la responsable et des cadres infirmiers et infirmiers psychiatriques du secteur et moi. Je souhaitai que l'on réfléchisse à une meilleure manière de travailler ensemble, sous une forme de réseau, mais ça n'a pas marché. La première réunion a mal démarré, en raison d'une différence de</p>

compréhension selon les services sur la souffrance psychologique et les troubles psychiatriques.

Il est vrai que l'on voit peut-être plus de personnes en souffrance psychologique, consommant beaucoup d'alcool, et moins de malades mentaux purs. Mais on ne sait pas non plus quelle attitude avoir quand une personne part dans un délire : est-ce qu'on écoute, est-ce qu'on dit stop, est-ce qu'on participe ? que peut-on dire / pas dire ? est-ce qu'on va générer de la violence...? C'est sur toute cette démarche que l'on était demandeurs. Dans nos services, on a de la violence à gérer mais c'est plus par rapport au mal-être psychologique, ils en veulent à la société, il y a de l'alcool, c'est souvent de la violence verbale plus que physique.

Il nous arrive plusieurs fois par an d'organiser des hospitalisations...quand on voit qu'il y a danger. Par exemple : à partir d'un problème administratif, je rencontre une dame qui ne va pas bien, a perdu son ami. Elle est imprégnée d'alcool, de tabac, elle a un lourd passé carcéral ; elle a des tendances suicidaires. Ma démarche a été de la faire hospitaliser ; on a travaillé sur une HDT, je lui ai donné du temps, je lui ai dit que ce serait mieux si elle acceptait de se faire hospitaliser. J'allais la voir toutes les semaines, au bout d'un mois, elle a accepté une hospitalisation dans le Finistère près de sa belle fille, je la revois en septembre.

Si j'étais au courant des hospitalisations, ça changerait mon intervention, surtout que parfois ils sortent contre avis médical parce qu'ils supportent plus l'hospitalisation...Les AS du secteur de la psychiatrie nous sollicitent pour des aides financières, pour prendre en charge le forfait journalier qui n'est plus pris en charge par la mutuelle...Mais la psychiatrie reste un milieu clos. On n'est reconnu que pour faire des aides financières. Je ne suis pas là que pour ça.

On a beaucoup de situations avec hospitalisations, le plus souvent libres, dont un grand nombre où il y a des allers-retours fréquents. Pour ces personnes, on voit bien qu'il faudrait une intervention à domicile comme celle d'ALFADI par exemple, permettant un accompagnement quotidien. Pour les aides à domicile, le problème, c'est que l'on n'intervient que ponctuellement alors que l'on sait qu'il faut une intervention chronique. Pour quelqu'un en fauteuil roulant, avec la carte d'invalidité à 80%, titulaire de l'AAH, l'intervention à domicile sera prise en charge soit par l'Aide sociale, soit il a une ACTP et donc il la finance lui-même. La CRAMB n'intervient pour des sorties d'hôpitaux que pour des aides ponctuelles (3 ou 6 mois pour des traitements lourds), dans l'attente d'un dossier COTOREP. Si ça tient dans le temps, c'est positif, une aide-ménagère peut être présente une heure par jour, ça permet à la personne de voir des gens.

Mais l'une des questions qui se pose, c'est : qui va intervenir ? quelle va être sa formation ? je préviens toujours les services prestataires (CCAS, ASSAD, l'ADMR) des problèmes que l'aide ménagère peut rencontrer. Ainsi dans le cas du monsieur évoqué plus haut, personne n'a tenu chez lui, et il a été hospitalisé.

Comment faire par exemple pour un monsieur, sorti d'hospitalisation depuis 6 mois, en fauteuil, avec un problème d'alcool, chez qui aucun infirmier ne veut intervenir tellement il est sale ? L'aide à domicile passe, fait le ménage mais pas la toilette...la douche n'est pas adaptée, le médecin dit : j'attends que ça se

	<p>dégrade et je l'hospitalise. La dernière fois il a chuté la nuit, et il a été hospitalisé. Je lui ai dit pourquoi les infirmières refusaient d'intervenir chez lui, peut être faut-il un homme dans certaines situations.. ?</p> <p>Sur certaines situations qu'ils rencontrent, les Correspondants de nuit d'OPTIMA nous interpellent pour savoir si on les connaît, c'est bien.</p>
<p>Attentes perspectives d'évolution, priorités</p>	<p>J'ai en mémoire de bonnes collaborations avec d'autres partenaires mais surtout sur des situations de handicap physique et non pas psychiatriques. Il y a des coordinations d'intervention à domicile avec l'hôpital, le CHU, mais à ma connaissance, pas en sortie du CHGR.</p> <p>Et pourtant, pour le handicap physique c'est aussi difficile de trouver des solutions, on est en pénurie d'infirmiers libéraux pour l'aide à la toilette et à l'habillage, pour les soins de nursing, les services de soins sont pleins, on n'arrive pas. Je crois qu'on va avoir un gros problème à l'avenir par rapport au plan de soins infirmiers, ils ne sont pas payés à faire la toilette et l'habillage. Avec des hospitalisations de plus en plus courtes, on renvoie les gens facilement chez eux : il y a besoin de création de services infirmiers ou d'aides soignants, des gens habilités à faire la toilette et l'habillage des handicapés, ce que la Sécurité Sociale ne veut plus prendre en charge.</p> <p>Nous on ne peut rien faire pour les malades mentaux, c'est nos limites d'intervention, il faut mettre en place des structures parce que ces personnes ont besoin d'aide.</p>
<p>Connaissance d'expériences extérieures</p>	<p>Il existe la commission RAMPE sur Janzé que je sollicite quand j'ai besoin, pour une situation sur laquelle je ne sais plus comment se positionner. La personne dont je vous parlai, la dame pour qui je voulais faire une HDT, je l'ai présentée à la commission RAMPE et ça m'a aidé à cheminer...</p> <p>Concrètement, on présente la situation au psychologue et à l'AS du secteur CHGR et à tous les partenaires qui connaissent la situation. C'est une collègue du CDAS qui est coordinateur, on prend rendez-vous. Il y a une commission par mois : c'est là que se décide qui fait quoi, chacun donne son avis, on peut y dire qu'on a atteint nos limites, qu'on peut plus supporter telle ou telle chose...Et dire : que fait-on ? J'ai présenté une autre situation pour une dame où je ne pouvais plus intervenir, et où il y avait eu suicide d'un enfant ; je n'en pouvais plus, je me faisais agresser verbalement par cette dame pendant 1 heure. Mais je ne pouvais pas dire : je n'y vais plus parce qu'il y a deux autres enfants. J'ai présenté cette situation à la commission RAMPE : le psychologue m'a dit que c'était sa façon de fonctionner. Ça calme les choses, ça enlève de la tension, rien que si le psychologue nous explique que sa pathologie c'est de nous agresser pendant 1 heure et d'être calme pendant ¼ d'heure...</p>

Entretien le 7 juillet 2003

<i>Structure</i>	<i>OPTIMA</i>
<i>Position institutionnelle</i>	<i>M. Bernicot, responsable du pôle Médiation¹</i> <i>M. Dufayet, correspondant de nuit, coordinateur d'équipe.</i>
<i>Cadre d'intervention</i>	<p>L'association a 10 ans, avec 2 pôles avec différents services dans chaque pôle : un pôle de services aux entreprises, et un pôle médiation.</p> <p>On a eu un développement du service Correspondants de Nuit (CN) sur un axe d'aide aux personnes en difficulté et non plus simplement de médiation. Le service a environ 7 ans, avec des périodes d'expérimentation. Aujourd'hui il y a 21 correspondants de nuit à Rennes, il y en a 32 à Nantes, sur les quartiers de Malakoff, Dervallières et depuis peu sur Merville. Dans le pôle médiation il y a un service qui s'appelle Amistar, qui intervient dans les bus et le métro. Au total, cela représente donc 21 + 40 personnes sur Rennes. Il y a aussi un service d'audit-formation qui intervient auprès de villes qui veulent mettre en place un service de correspondants de nuit.</p> <p>Pour le profil des CN, on cherche une maturité psychologique, de la personnalité, une capacité à gérer les après coups de l'intervention, avec une qualité de communication, d'argumentation, d'écoute, et une humilité dans une volonté d'apprentissage. Certains des CN étaient pompiers, marin- pêcheur, cuisiniers, ou étaient des jeunes en premier emploi, ou avec une expérience dans l'animation, des bénévoles depuis 15 ans à la Croix Rouge... Il y a quelques anciens qui sont à OPTIMA depuis 6 ou 7 ans, mais il y a une rotation, certains cherchent une formation après comme celle d'éducateur... Au bout d'un an ou un an et demi aussi, certains également n'ont pas résisté, ce sont 10 ou 15% de personnes recrutées qui ne supportent pas le travail dans la durée. Vous rencontrez des situations qu'éventuellement vous pouvez connaître dans votre vie privée, vous ne prenez pas assez de recul et à un moment ou à un autre vous n'allez pas bien...</p> <p>Depuis 2 ans, on a mis l'accent sur la professionnalisation des correspondants de nuit, et leur accompagnement au travers de groupes d'analyse de la pratique, une fois par mois avec le centre de criminologie du professeur Villerbu, pour arriver à avoir des attitudes communes sur le terrain.</p>
<i>Appréciation générale de la question</i>	<p>C'est un service qui fonctionne toutes les nuits, tous les soirs, y compris jours fériés, qui commence de 20 h. 45 à 3 h. 45 du matin, sur 5 quartiers de Rennes : Patton, Maurepas, Le Blosne, Champs Manceaux et Villejean. On intervient par binôme, par secteur, avec un téléphone dont les locataires ont les numéros (différent par secteur), et on est habillé en jaune. On a une équipe en journée pour être le réceptacle des informations et faire le relais auprès des partenaires en fonction des besoins ressentis.</p> <p>80% de nos appels correspondent aux conflits de voisinage c'est à dire : musique, généralement tapages, fêtes...Il y a aussi un service de pharmacie, la nuit les gens peuvent nous appeler pour aller chercher leurs médicaments, s'ils ont appelé SOS médecins par exemple. On assure aussi une aide à la personne, aux personnes en difficulté, avec une pathologie mentale, etc. Elles nous appellent et on se déplace les voir, les écouter ; on intervient aussi sur les conflits conjugaux, dans l'urgence, au moment du conflit.</p>

¹ N'est plus en poste aujourd'hui. De ce fait l'entretien n'a pas pu être relu et revu par lui.

	<p>On fait également des suivis : les personnes qui ne vont pas bien, si elles le désirent, on va les voir une fois par semaine par exemple. On est là pour qu'elles aillent mieux, pour discuter, pour essayer de trouver une solution.</p> <p>L'aide à la personne, c'est ce qui nous intéresse le plus. Les tapages, les gens nous connaissent surtout pour ça mais ce n'est pas ce qu'on préfère faire, parce que c'est ponctuel, les gens nous appellent il y a de la musique à tel étage, on y va, les gens nous ouvrent : <i>vous pouvez baisser un peu</i>, ou s'ils ne baissent pas, on essaie de trouver une solution qui convienne aux deux parties.</p>
<p>Publics et caractéristiques des publics</p>	<p><i>"Une des missions prioritaires des CN réside dans l'aide psychologique apportée aux personnes en difficulté qui représente en nombre 20% des interventions de notre équipe (près de 1000 par an) mais bien plus en temps. A ce titre, les CN représentent plus que des médiateurs puisqu'ils répondent à un besoin social d'écoute important de personnes fragiles souffrant d'isolement, de solitude, d'angoisse. Nous le verrons, notre service doit alors s'inscrire tout autant dans les dispositifs d'aide social que dans les procédures du CLS."</i> (dossier : Prévention du risque suicidaire et Ecoute de la souffrance psychique". Optima, 15/01/03, p.1)</p> <p>On répond à tout appel téléphonique, on décide entre nous pour voir si c'est un problème grave, qui aboutit à un suivi ou sinon à une aide ponctuelle. On a des suivis qui datent de plusieurs années et au téléphone on a parfois des gens qui ne se présentent même plus, on les reconnaît...Sur Champs Manceaux et le Blosne, on a régulièrement ce genre d'appel, une dizaine par soir sur les deux secteurs ; et sur le Nord c'est à peu près pareil. Pour d'autres personnes, ou ça va durer 1 mois ou une soirée.</p> <p>La difficulté des CN, c'est de savoir quel sera le moment le plus propice pour, par exemple, transmettre un numéro d'association ou d'institution en lui disant comment y aller...L'aide à la personne, c'est ce qui nous intéresse le plus, parce que l'écoute est le principe de notre service : écouter les gens, chercher une solution pour qu'ils essaient d'aller mieux. C'est le principe du correspondant de nuit, cette écoute.</p> <p>Les monographies réalisées fin 2002 dans le cadre des réunions à la Ville de Rennes correspondent à la notion de dangerosité, de gravité de la situation, cela représentait 30 situations sur 900 interventions.</p>
<p>Observations sur les dispositifs actuels</p>	<p>Dans nos interventions on a nos limites, on voit que telle question concerne les travailleurs sociaux, ou des associations. Donc on a des rencontres avec des professionnels de SOS médecins, SOS Amitié, de la résidence Brocéliande, SOS victimes, un médecin sur la gestion des appels des personnes suicidaires, des assistantes sociales, etc.</p> <p>On veut aussi développer le partenariat avec les travailleurs sociaux en particulier avec les CDAS, on participe parfois à des Commissions d'aide à l'évaluation. On s'est rapproché aussi de collectifs de travail : le collectif départemental de prévention contre le suicide, un groupe-santé (Mieux vivre du Blosne), on a déjà sollicité le groupe d'appui aux professionnels du Blosne qui réunit le CDAS et le Relais, etc. On cherche aussi à mettre en place une formation des CN aux risques suicidaires pour laquelle déposé un dossier à l'URCAM.</p> <p>On cherche à améliorer les compétences de médiateurs pour gérer l'incompréhension entre locataires et jeunes, par exemple,...dans une logique</p>

	<p>de prévention, de gestion du trouble, et du conflit.</p> <p>Quand nous allons rencontrer l'hôpital psychiatrique, c'est aussi dans la logique d'avoir une action de partenariat : si des gens 'pètent les plombs', si leurs délires posent problème sur la voie publique, s'ils jettent leurs meubles au travers du logement, ça devient une dimension de contrat local de sécurité et nous, nous essayons d'être dans une logique de prévention....</p>
<p><i>Attentes perspectives d'évolution, priorités</i></p>	<p>Tous les deux ou trois mois nous faisons un rapport d'interventions marquantes qui est envoyé aux différents partenaires avec des situations non nominatives et pour le Procureur avec les noms. C'est trimestriel et en urgence au Procureur si nécessité. Il y a à chaque fois une vingtaine de situations. Ca peut amener des décisions d'auditions de Correspondants de nuit par la brigade des mineurs par exemple.</p> <p>Notre idée à partir de là serait de travailler au travers d'une réunion trimestrielle avec les CDAS, et d'autres partenaires sur des questions de suivi social. Pour une situation, on a pris contact avec le service social du CHU de Ponchaillou, parce que cette personne était en état d'alcoolémie plusieurs fois dans la semaine, l'AS nous a demandé de produire un écrit. Elle voulait ainsi valider son impression par des faits objectifs. Mais il y a eu échec car la personne nous a reproché cette circulation de l'information, et ne voulait plus que l'on intervienne. A partir de là, nous voudrions travailler à ce qu'il y ait une procédure structurée (mensuelle, trimestrielle...) sur les cas non connus ou connus...</p> <p>Le regard des différents services sur les CN tient aussi à ce que le métier n'est pas reconnu sur le plan national, au travers l'intégration à des formations de type IRTS. Nos interventions à domicile ne sont pas coordonnées avec d'autres interventions, on n'a pas une reconnaissance suffisante pour participer d'emblée, on doit y travailler... Mais parfois nous avons une connaissance de faits, liée à ce que l'on voit la nuit, et le réseau partenarial perd une capacité de réaction parce que son analyse n'est qu'une analyse de jour.</p> <p>On peut imaginer qu'il y ait des rencontres tous les mois ou tous les deux mois avec quelqu'un de Guillaume Régnier qui pourrait dire : <i>telles situations, on ne les connaît pas...ou alors : sur cette situation, vous pouvez apporter un appui en faisant ceci ou cela.....</i> Sur ces situations, les CN peuvent venir en complémentarité, avec un respect d'une charte déontologique. Dans ces logiques, on serait amené à retravailler de manière structurée sur des situations individuelles alors qu'aujourd'hui, c'est au coup par coup. Après une hospitalisation on peut avoir une fonction d'alerte sur certaines situations.</p> <p>Donc il serait intéressant qu'il y ait une cellule qui réunit les partenaires, liés par le secret professionnel, qu'il y ait une logique de suivi minimum, faire un point sur certaines situations un mois après une hospitalisation en particulier sur des situations qui ont provoqué tout un branle-bas de combat...qui ont fait intervenir de multiples partenaires...</p> <p>La vie du quartier, on en connaît les grands axes au niveau associatif, mais pas dans le détail, on ne connaît pas telle ou telle rencontre, pour jouer à la belote...tout ça on ne le sait pas bien. Si on le savait mieux, ça nous permettrait d'en parler plus souvent et peut-être d'aider plus des gens de se rencontrer. On souhaite construire un outil pour mieux se connaître, tel que ce groupe de santé – Blosne, impulsé par la Maison des Squares et le Contrat de</p>

	Ville...dans lequel il y a des psychiatres libéraux, des AS de l'Education Nationale, qui vient juste d'être créé.
<i>Connaissance d'expériences extérieures</i>	

Entretien le 10 juillet 2003.

<i>Structure</i>	<i>SOS Médecin 35</i>
<i>Position institutionnelle</i>	<i>Mme BARBOTIN, médecin, présidente de l'association SOS Médecins</i>
<i>Cadre légal et réglementaire d'intervention</i>	<p>SOS Médecins est une structure créée en juin 1987, 8 médecins titulaires y travaillent aujourd'hui et 5 remplaçants. On fonctionne 24 h sur 24, par roulement, on est 3 par jour, on travaille à peu près 12 jours par mois chacun. On a un standard avec 7 standardistes qui reçoivent les appels en direct des malades et nous les retransmettent sur des systèmes de communication VHF, qui prend les appels directement sur l'ordinateur, ce qui permet d'être sectorisés très vite. La nuit et le week-end, on est très sollicité.</p> <p>On tourne sur Rennes et Saint-Jacques, on couvre 250 000 habitants, l'hiver quand on a beaucoup de travail, on fait des consultations dans notre local le samedi après midi et le dimanche sur rendez vous ce qui permet d'évacuer du travail pour des pathologies où les gens peuvent se déplacer. Il y a une association de médecins, SAGA (Service Ambulatoire de Garde de Rennes), qui regroupe 150 médecins généralistes, qui nous confient leurs gardes, et en périodes de grippe, ils font des consultations à leurs cabinets le samedi et le dimanche pour nous soulager</p> <p>Depuis deux ans, il y a un autre cabinet concurrentiel qui ne fonctionne que la nuit et le week-end, une soixantaine de médecins regroupés au sein de l'association CARL, fait des consultations sans visites à domicile Il y a également une quinzaine de médecins qui continuent à prendre leurs gardes.</p>
<i>Appréciation générale de la question</i>	<p>On fait 25 000 actes par an. Tous les médecins savent que 80% des maladies sont psychosomatiques. Mais 30% de nos actes (soit environ 7500) sont liés à des problèmes spécifiquement 'psy' : des dépressions, des difficultés des adolescents, l'alcoolisme, des maladies mentales explicites, et les problèmes des détenus.</p> <p>Chaque médecin travaille par tranches de 6 heures par jour et au cours de chaque tranche, on a au moins un ou deux malades psychiatriques. Au printemps sur 10 appels, 5 appels l'étaient pour l'une de ces catégories. On ne peut pas hospitaliser tout le monde, donc on doit chercher d'autres solutions, mais la plupart du temps on ne les a pas.</p> <p>On retrouve ces situations partout, plus sans doute dans les tours de la ZUP et de Maurepas ou à Cleunay, mais aussi dans le centre-ville et les autres quartiers. Cela ne concerne pas que les gens défavorisés, même si on a plus d'alcooliques dans les milieux défavorisés que chez les gens plus aisés. Les familles d'origine étrangère sont moins concernées : on est moins dans des maladies psychiatriques, dans des tentatives de suicide, mais il y a des dépressives : en 17 ans, j'ai dû y voir 3 situations qui étaient vraiment psychiatriques... Chez les jeunes immigrés il y a surtout la toxicomanie.</p>
<i>Publics caractéristiques des publics</i>	<p>La moitié de ces 30%, ce sont des gens qui ont des pathologies psychologiques banales récurrentes : la pathologie alcoolique (10% environ), les dépressives, les tentatives de suicide à répétition, les coups de blues réguliers, qui ont augmenté depuis 15 ans.</p> <p>Les pathologies psychiatriques lourdes on les voit plus parce qu'ils sont très demandeurs, de soins, de prise en charge presque à 100%. Leur façon de se faire suivre est assez anarchique parce qu'il y en a beaucoup qui sont en hôpital de jour au CHS, et qui régulièrement n'y vont pas. On est amené à d'intervenir</p>

dans des phases aiguës mais c'est toujours délicat puisqu'ils ne veulent plus aller à l'hôpital. **Sur une journée sur une équipe de 3, on peut être amené, mais rarement, à intervenir 3 fois pour la même personne parce qu'elle est en crise, ne veut pas être hospitalisée et est incapable de se prendre en charge toute seule.**

Une pathologie lourde de ce type, c'est au moins une fois par jour. Ce sont souvent les gens qui sont demandeurs parce qu'ils ne sont pas bien, ou qu'il manque d'un médicament, ou qu'ils sont seuls et notre intervention fait quelques quarts d'heures de rupture de leur solitude. Ce sont souvent des personnes seules, hommes et femmes, entre 30 et 50 ans plutôt. Autrefois ils étaient dans les CHS, maintenant ils sont dans des appartements dits thérapeutiques où ils doivent assurés les tâches ménagères sans y avoir été préparés.

Les conditions de vie sont souvent dantesques, ils vivent dans des appartements qu'ils ne savent pas tenir. Les aides-ménagères sont plutôt réservées aux personnes qui sont physiquement malades. Le pire dans l'absence de prise en charge personnelle, ce sont les alcooliques, quand ils commencent à plonger...c'est plutôt l'entourage qui nous sollicite quand ils arrivent à un point de non retour, qu'ils ne peuvent plus rien faire eux-mêmes. La seule solution c'est de les hospitaliser, pour un sevrage, mais ça ne marche pas souvent, ou exceptionnellement. La plupart sont rendus à 10, 12 cures. Cet alcoolisme et le tabac ont évidemment des conséquences physiques graves, ils ne vivent pas bien. L'entourage appelle, pour faire pression sur nous pour qu'on l'hospitalise, mais si la personne ne veut pas, on est coincé...

Les tentatives de suicide représentent une grosse activité : des gens qui dépriment, qui avalent plein de médicaments, on les fait hospitaliser d'abord à Ponchaillou, où il y a une équipe de psychiatrie, mais tous les malades ne veulent pas la rencontrer, ils reviennent donc à la maison. Certains acceptent de voir le psychiatre et éventuellement ça débouche sur une hospitalisation au CHS, avec ceux là on arrive plus facilement à gérer. C'est récurrent, ce sont des gens que l'on revoit régulièrement pour les mêmes problèmes, de multiples tentatives. Mais il y a une diminution des tentatives ces dernières années, ou alors ils nous appellent moins. Avant, tous les jours il fallait intervenir, maintenant c'est plus pour gérer des situations de crise que pour de réelles tentatives de suicide.

Les SDF, on les voit au Relais et en prison. On devient quasiment les médecins de la prison la nuit et le week-end, le week-end on y passe jusqu'à 3 heures par jour. Il y a beaucoup de TS en prison ; le circuit : c'est CHU – CHS. C'est compliqué et très délicat d'hospitaliser, parce qu'à chaque fois il faut avoir au moins 2 policiers en permanence devant la chambre du CHU ou du CHGR. Ils font de plus en plus de TS, ils avalent des bouts de verre, on essaie de gérer un maximum dans l'enceinte de la prison, mais quand on a besoin d'une radio par exemple, ça prend une heure de le faire partir. Il y a un psychiatre de garde en permanence mais qui ne se déplace pas beaucoup, à moins qu'il y ait une demande du médecin généraliste. C'est une revendication des détenus, d'avoir rapidement des rendez-vous avec le psychiatre, que ce ne soit pas dans un ou deux mois...Par exemple, le dernier week-end où j'ai travaillé, une jeune femme pour qui je faisais une visite d'entrée, m'a dit qu'elle avait tué son enfant, j'ai demandé un rendez-vous avec le psychiatre en urgence, elle l'a vu le lundi...

Observations sur les dispositifs actuels

Le SAMU intervient de moins en moins après les tentatives de suicides, comme se sont des pathologies qui peuvent être gérées par un médecin généraliste, on organise les hospitalisations nous-mêmes, on appelle l'ambulance, etc. On n'hospitalise pas tout le monde, il y a des gens qui ont juste besoin d'un entretien, si le rendez-vous avec le psychiatre est assez proche du moment où on est là, on attend l'ambulance. C'est vrai qu'ils ne veulent pas toujours y aller. On prescrit des médicaments standard : antidépresseurs, anxiolytiques. Ca nous arrive d'être obligés de renouveler des ordonnances de l'hôpital parce qu'il manque des médicaments.

On n'a peu de contacts avec les psychiatres du CHS. Ils nous sollicitaient pour faire le deuxième certificat pour l'HDT ou même le premier certificat, ou le certificat de sortie ou des levées de placement. A une époque on y est souvent allé, maintenant on n'y va qu'exceptionnellement, on considère que ce n'est pas de notre ressort, on n'est pas des psychiatres, ce n'est pas à nous de prendre des décisions de faire des HO. Il m'est arrivé d'aller une fois pour faire une HO et j'ai téléphoné à la psychiatre qui l'avait vu, qui a dit qu'elle n'était pas d'accord pour une HO. Une autre fois où je suis allée, on ne pouvait pas hospitaliser la personne parce qu'on ne pouvait pas joindre le médecin de la DDASS, c'était un vendredi en fin de matinée et le médecin n'était pas joignable avant le lundi. On ne pouvait rien faire !!

Les hospitalisations en HDT, on en fait souvent à la demande de l'entourage, plus rarement d'institutions. La police ne se prive pas de rentrer dans les logements au besoin, mais ils n'aiment pas intervenir dans des situations comme ça, ils ont peur, ils préfèrent qu'on y aille avant. Mais on a tellement été en situation difficile, en se retrouvant seul en attendant la police devant des gens dangereux, qu'on demande d'abord à la police d'intervenir. Très souvent ça prend une demi-journée, tout le monde se renvoie la balle, eux ne veulent pas venir si le médecin n'est pas là. Comme l'entourage a compris comment on fonctionnait, on ne nous dit pas toujours qu'il y a des violences, et tu arrives devant une situation de violence où tu es tout seul. Ca c'est dans les cas de pathologies mentales lourdes. Avec l'expérience, on repère vite les situations où il y a danger, risque pour nous, au travers du regard de la personne notamment. Il nous arrive souvent de se faire injurier...

Pour les HDT, les personnes sont rarement consentantes, il y a beaucoup de violences, les $\frac{3}{4}$ se passent difficilement mais on a des ambulanciers qui ont l'habitude, et les malades ont appris à être plus lucides sur leur situation. Quand le tiers n'est pas de la famille, en général on n'est pas honorés. Ca s'est amélioré avec les tutelles : il y en a beaucoup qui sont sous tutelle, notamment parmi les psychotiques qui vivent en ville. Donc pour ces patients couverts à 100%, on pratique le tiers payant et on est réglé en direct. Mais à peu près une visite sur deux de ce genre est un acte gratuit, on se déplace quand même.

Dans certaines situations, on se demande si ce n'est pas la pression de l'entourage qui fait que ça se passe mal, parce qu'il est agressif, voire violent ; les malades se calment quand les médecins sont là. Le dernier week-end que j'ai fait fin juin, j'ai dû hospitaliser 5 personnes au CHS. C'est énorme, le dimanche après midi, 2 m'ont demandé à être hospitalisés parce qu'ils ne se sentaient pas bien, je l'ai fait mais ça sert à quoi... je pense qu'au bout de 48 heures ou une semaine ils seront sortis et que le mal-être est toujours ressenti et qu'il n'y a pas vraiment de solution. Régulièrement ils arrêtent leurs traitements médicamenteux. Il y a des moments de crises et de déprime malgré le traitement, aux équinoxes ou ce

	<p>mois de juin, vu le contexte social, des gens veulent être hospitalisés pour ne pas être seuls, la nuit on est souvent confronté à ce type de problème.</p> <p>C'est vrai que les hôpitaux sont encombrés de gens qui n'ont pas forcément besoin d'y être, le CHS, c'est la roue de secours dès que l'on a un souci. Ainsi il y a beaucoup de gens qu'on hospitalise au CHS, mais que l'on retrouve le soir chez eux.</p> <p>On a très peu de relations avec les institutions, on leur rend service à un moment donné et puis c'est tout. Notre façon d'intervenir est très découpée.</p> <p>On a beaucoup travaillé avec OPTIMA au début, ils nous ont énormément sollicités. Par exemple quand ils avaient un problème de violence ou d'alcool, ils nous appelaient systématiquement, ils le font beaucoup moins depuis qu'on leur a appris à gérer les crises comme ça, il n'y a pas besoin d'un médecin systématiquement. Il y avait aussi le problème du paiement : ce n'était pas le malade qui appelait, c'était OPTIMA, et si le malade ne voulait pas payer, souvent il n'était pas solvable, il y a beaucoup de médecins qui ont refusé d'aller, et notre coopération en a souffert.</p> <p>OPTIMA pour nous c'est une sécurité ...quand ils ont commencé à exister, j'étais un peu plus sereine dans les interventions dans les quartiers la nuit. A un moment donné, on a mis les points sur les i parce que dès qu'ils avaient une intervention un peu suspicieuse, ils nous appelaient et à 50% ce n'était pas de notre ressort, c'était beaucoup des gens que l'on connaissait. A SOS Médecins, les permanenciers règlent pas mal de problèmes psychologiques au téléphone ; il s'agit souvent d'un besoin de parler.</p>
<p><i>Attentes perspectives d'évolution, priorités</i></p>	<p>On a pensé à des permanences de psychiatres ou de psychologues. Car dans beaucoup de situations, les gens ont seulement besoin d'entretiens. A une époque, des psychologues s'étaient organisés, mais ils ont très vite arrêté parce qu'ils n'avaient pas assez de demandes, on leur transférait pourtant des patients. SOS amitié nous soulage parfois mais quand les standardistes de SOS Amitiés ont 5 fois dans la nuit la même personne, ils aiment bien se décharger ailleurs aussi : ça nous arrive régulièrement, sur le coup de 2 ou 3 heures du matin, d'avoir une personne qui a déjà appelé plusieurs fois la standardiste de SOS Amitiés qui envoie donc un médecin et tu te trouves démunie, car on a des urgences médicales, et ce n'est pas toujours facile de dire aux gens, et bien là il faut que je m'en aille... On avait monté un SOS infirmiers, et on avait essayé de monter un SOS psychiatrie avec des psychologues et des psychiatres, mais ça n'intéressait ni les uns ni les autres. SOS infirmier en a intéressé deux, donc elles n'ont pas pu tenir longtemps, et pour SOS psychiatrie on n'a jamais eu de réponses. Les psychologues ne sont certes pas remboursés, mais aujourd'hui quand quelqu'un va passer une nuit à l'hôpital, ça coûte beaucoup plus cher qu'une consultation.</p> <p>Si les malades étaient plus suivis à domicile après les hospitalisations, ce serait mieux ; on a l'impression que les psychiatres n'interviennent que lorsqu'il y a un drame et quand on est sollicité, c'est également parce qu'il y a un drame ; ce n'est jamais une mise en garde. Pour les personnes sous tutelle, par exemple, quand je ne les vois plus, je téléphone au tuteur pour lui dire qu'il va peut-être falloir intervenir, pour qu'il y ait un renforcement de la prise en charge au quotidien. Avec la psychiatrie, on aimerait bien que ça se passe comme ça aussi, qu'ils nous alertent en nous disant qu'il y a une situation qui se dégrade. Nous aussi on pourrait les alerter, mais on ne sait jamais à qui</p>

