

A . P. R. A. S.

**ASSOCIATION POUR LA PROMOTION
DE L'ACTION ET DE L'ANIMATION SOCIALE**

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

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

Recherche-action sur RENNES METROPOLE

Note de synthèse de l'étude réalisée
dans le cadre de la première phase

17 Novembre 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

Introduction

- 1- Observe-t-on une réalité nouvelle ?
- 2- Les limites des dispositifs d'intervention.
- 3- Pistes de travail pour une politique locale.

Introduction.

La réflexion engagée par l'APRAS a pour origine des constats relatifs à l'importance croissante dans la cité de situations de personnes ou ménages en difficulté, où la problématique sociale est articulée à une dimension psychologique ou psychique. Sur le territoire de Rennes Métropole, ces constats ont été notamment mis en avant par les organismes HLM, avaient été soulignés dans le cadre de l'étude APRAS / CERUR sur l'habitat adapté en 2002, et avaient fait l'objet d'un premier examen dans le cadre des travaux du groupe "Accès aux soins des publics en précarité" du Comité consultatif Santé dans la ville de RENNES en 2002 également.

Devant une telle affirmation, on ne peut que s'interroger : les observations nouvelles mises en avant sont-elles dues à une plus grande sensibilité contemporaine, à un effet de mode qui banalise le vocabulaire de la psychologie, à la mise en place de nouveaux dispositifs qui rendent plus visibles des phénomènes anciens, ou à de réelles mutations dans la société actuelle, sur le plan social ou institutionnel, à l'échelle locale ou de l'ensemble de la société ?

L'engagement d'un travail sur ce plan pose donc plusieurs problèmes méthodologiques touchant aux représentations des acteurs sociaux sur cette question, aux difficultés à appréhender ou rendre compte de processus subjectifs, aux limites des sources de données, et enfin à la multiplicité des intervenants et des institutions (élus, professionnels de différents services...) sollicités par cette question.

Pour dessiner un tableau de cette question, nous nous sommes appuyés principalement sur des entretiens avec différents acteurs présents sur le territoire de Rennes Métropole, et en les interrogeant sur leur lecture de cette réalité (les catégories utilisées), sur leurs analyses ou interprétations de ces phénomènes, sur les données qualitatives ou quantitatives sur lesquels reposait leur discours, sur leurs interventions dans le cadre des missions légales et réglementaires de leurs services, sur les limites de ces interventions et sur des réponses nouvelles mises en place ou souhaitées. Vingt six entretiens avec 52 personnes¹ permettent de dresser un état de la question, croisant différents niveaux d'analyse :

- l'approche inter- institutionnelle, qui constitue un atout décisif dans ce type de travail
- le regard croisé de responsables politiques et institutionnels et de professionnels de terrain
- l'approche territoriale, en soulignant des observations différenciées sur la Ville de Rennes par rapport aux autres communes, ou sur certains quartiers, tels que les quartiers d'habitat social
- la référence à des études de cas qualitatives², et à des données statistiques plus larges
- la dimension temporelle au travers d'une part de la recherche d'indicateurs d'évolution des publics et des pratiques (relations inter-services, pratiques du contrat...) au cours des dernières années
- l'articulation des phénomènes observés localement à des évolutions nationales.

¹ La liste des institutions ou services rencontrés est la suivante : Rennes Métropole, Ville de Rennes, Département, DDASS, CHGR, Justice, Police Nationale, CAF, OPHLM, OPAC 35, Aiguillon Construction, Espacil, ATI, APASE, ALFADI, CRAM, OPTIMA, SOS Médecins, CAO, Urgences du CHR.

² Plusieurs dizaines de situations et de parcours détaillés avaient été décrites par des professionnels de plusieurs services et institutions dans le cadre des réunions du groupe "Accès aux soins des publics en précarité" du Comité consultatif Santé Ville de Rennes.

Cette analyse nous conduit donc à proposer la lecture suivante de cette question complexe : dans une première partie, on cherche à répondre à la question : est – on en face d'une réalité nouvelle ? Dans une seconde partie, on reprend cette question à partir des dispositifs d'intervention actuels auprès des publics identifiés et de leurs limites. Dans une dernière partie, nous proposons des pistes de travail pouvant contribuer à l'émergence d'une politique locale sur cette question.

1- OBSERVE-T-ON UNE REALITE NOUVELLE ?

A cette question, la quasi-totalité des personnes interrogées répond positivement. Mais il ne s'agit pas d'une brusque transformation récente, plutôt d'une lente évolution au cours des dix ou cinq dernières années.

Les catégories utilisées par les personnes rencontrées pour décrire cette réalité sont multiples : troubles du comportement, entorses graves aux règles de la vie sociale, souffrance psychique, difficultés de relation avec un travailleur social, et entités cliniques de la psychiatrie. Le terme de "fragilités psychologiques" recouvre donc quatre grands ensembles de réalité, aux limites non étanches :

- une première catégorie de personnes souffrant ponctuellement ou de façon permanente de maladies mentales avérées, désignées communément et dans le passé sous le terme de folie, plus fréquemment aujourd'hui sous le terme de psychose ou à partir d'entités cliniques : schizophrénie, psychose maniaco-dépressive, paranoïa, etc.. Ces maladies ont pour points communs une altération du rapport des sujets à la réalité, et bien souvent une détérioration (ponctuelle ou permanente) de l'usage de la langue, ou de la langue elle-même, en tant que support de ce rapport ;
- les personnes qui seraient dans une problématique de perversion, catégorie utilisée plus rarement par des professionnels pour désigner diverses formes de remise en cause de la loi, et de mise à mal des intervenants sociaux ;
- des publics dont les pathologies sont liées ou se manifestent par l'alcoolisme, la toxicomanie, la pharmaco-dépendance, conduites addictives que certains classent sous un terme générique de 'pathologies du lien' ;
- une catégorie de personnes dont la 'souffrance psychique' est plus diffuse, désignant un mal-être proche de l'angoisse existentielle.

Aux yeux de la plupart des personnes rencontrées, ce qui paraît nouveau dans la réalité sociale contemporaine, c'est la présence plus importante et plus visible dans la cité à la fois des personnes relevant d'une part des deux dernières catégories, et d'autre part des personnes avec des troubles psychiatriques soignées et prises en charge ponctuellement ou plus durablement par la psychiatrie. A l'appui de ces constats, on peut rappeler les observations suivantes :

. des données issues de séries statistiques, telles que :

Des observations nationales relatives à la reconnaissance du handicap psychique.	<i>Selon une enquête de l'INSEE, 40% des personnes hospitalisées en psychiatrie en 1990 perçoivent l'AAH. Selon une enquête de la DRESS, en 1998, le quart des demandes d'AAH est motivé par des troubles psychiques. Selon le rapport Charzat, les troubles mentaux sont la première cause d'invalidité reconnue par la Sécurité Sociale, soit 27% de l'ensemble en 1998.</i>
L'augmentation du nombre de mesures de protection de majeurs.	<i>En France, augmentation de 44 % en 7 ans, de 1992 à 1999 ; 600 000 personnes en France bénéficient d'une mesure de protection juridique. A Rennes, ces mesures ont connu une augmentation de 20% par an au cours des dernières années.</i>
Des observations nationales	<i>Croissance de la file active, réduction des capacités d'hospitalisation (- 120</i>

relatives au recours, et à l'offre de soins en psychiatrie	000 lits de 1970 à 2000), réduction de la durée moyenne de séjour (de 270 à 37 jours en 1995), développement des services ambulatoires, croissance du nombre d'hospitalisations sous contrainte (HDT, hospitalisation à la demande d'un tiers : + 16 % de 1997 à 1999 ; et HO, hospitalisation d'office : + 19 %)
Des données locales relatives à l'activité du CHGR	Développement des services en ambulatoire. Durée moyenne d'hospitalisation de l'ordre de 25 à 27 jours. Croissance de la demande de soins : la file active (ensemble de patients vus au cours de l'année par au moins un membre de l'équipe) est passée en psychiatrie adulte de 13 000 à 14 881 de 2000 à 2002 (+ 14%) Le nombre de patients vus exclusivement en ambulatoire augmente de 51% de 1997 (5 887 patients) à 2002 (8 909). Croissance du nombre de situations de crises : le nombre d'HO est passé d'une cinquantaine avant 1996 à plus de 150 aujourd'hui. Le nombre d'HDT, de 738 en 1998, à 832 en 2002.

- *des observations ou enquêtes ponctuelles locales :*

De services de tutelle	ATI : 30% de l'effectif global (soit : 383 mesures sur 1386) concernent des personnes souffrant de fragilités psychologiques repérées (c'est-à-dire en lien plus ou moins régulier avec un psychiatre). APASE : Depuis 1977, 472 mesures supplémentaires, révélant l'émergence d'un nouveau public, où les troubles mentaux sont mêlés à une situation d'exclusion sociale. La maladie psychique reste une constante chez les personnes avec une mesure de protection. Le service de tutelle du CHGR gère près de 500 mesures de protection de majeurs. Sur une période de 5 ans, le nombre de majeurs protégés vivant à domicile a progressé de 27% (144 en 2002, + 15 en appartement de réinsertion).
De services d'action sociale ou d'intervention spécialisée	CRAM: enquête en 2001 sur le secteur des Champs Manceaux ALFADI : 160 mesures d'accompagnement aujourd'hui. OPTIMA : 30 situations graves identifiées en 2002
D'organismes HLM tels que le service d'action sociale de l'OPAC	Progression constante de 1998 à 2002 des troubles de voisinage liées à la fragilité et des problèmes psycho-sociaux et surtout des troubles psychiatriques évidents, qui représente 59% de toutes les situations traitées : 148 situations suivis sur 5 ans.
De SOS Médecins	30% des actes (soit 7 500 par an) sont liés à des problèmes 'psy' : dépressions, tentatives de suicides, alcoolisme, maladies mentales explicites, problèmes des détenus...
Des demandes pour du logement adapté à la CLH	78 personnes sont inscrites en 2003 pour du logement adapté : pour 40% de ces demandes, des troubles psychiatriques ou psychologiques sont explicitement mentionnés, sans compter les problèmes d'alcool.
De certains services publics	A la Ville de Rennes : Le nombre de contentieux, suite à un dépôt de plainte après une agression augmente depuis 5 ans (20 en 2002).

Même si certaines données demandent à être fondées sur des observations sur une plus longue période et dans le cadre de dispositifs plus rigoureux (il y a sans aucun doute des doubles ou triples comptes !), **on voit que les constats faits par les institutions, les intervenants sociaux et leurs responsables, sont en phase avec les données statistiques disponibles. Ces données attestent d'une lente évolution se traduisant par la présence plus forte dans la cité de personnes touchées par des troubles psychiatriques.**

La connaissance de cette population est lacunaire³, mais quelques traits peuvent en être soulignés. Si la maladie mentale touche toutes les catégories de population, elle est liée fréquemment à des situations de pauvreté parce qu'elle entraîne souvent les personnes dans des processus de désinsertion : en effet les rapports aux proches, à la famille, aux voisins sont difficiles quand se multiplient les crises, les menaces, une mise en danger de soi ou d'autrui, ou également quand le langage est incohérent ou délirant. Enfin d'autres formes de troubles, tels que le repli sur soi, la dépression, l'incurie au niveau du logement, la maltraitance ou la violence infra – familiales, ne restent discrets sur le plan social que jusqu'à un certain point. On voit par là comment de tels troubles portent atteinte aux relations sociales ordinaires. L'isolement des personnes et la forte présence de personnes seules constituent alors quelques-unes des caractéristiques de ces publics.

Ceci a pour conséquence que l'habitat HLM (habitat ordinaire, et 'habitat adapté'⁴) va être globalement plus concerné par ces publics⁵. Les symptômes des maladies se combinent alors souvent à différents facteurs d'exclusion tels que : des ressources faibles et précaires, un faible niveau de formation, un rapport ténu à l'écrit, des possibilités réduites d'interpellation des services publics et des institutions, une mauvaise santé sur le plan physique, etc.

Les professionnels de terrain et leurs responsables administratifs, ainsi que les élus, sont au premier plan pour observer les effets de telles situations : la maladie mentale a une dimension irrationnelle, elle peut être rapidement source d'angoisse (surtout si les réponses institutionnelles sont jugées insuffisantes), et elle peut générer alors des tendances à l'exclusion de ces personnes de la cité. Les enjeux que recouvrent ces questions à l'échelle d'une ville et de la société dépassent donc le cadre des interventions de telle ou telle institution.

2- LES LIMITES DES DISPOSITIFS D'INTERVENTION

Une autre modalité de repérage de cette réalité peut se faire à partir des pratiques des professionnels, travailleurs sociaux, de polyvalence ou spécialisés, ou agents de services publics. **La clef de lecture de cette réalité est la distinction entre d'un côté ce qui peut être traité rationnellement dans le cadre de la mission de chaque intervenant ou qui peut être renvoyé logiquement vers une autre structure, et de l'autre : ce qui ne peut l'être, ce qui déborde les cadres ordinaires d'intervention.** C'est le cas par exemple :

- quand les agents des organismes HLM sont impuissants à faire revenir des personnes aux règles de bon voisinage
- quand l'intervention d'un service social spécialisé ne peut plus se poursuivre
- quand des aides – ménagères ont des difficultés à intervenir à domicile après avoir perçu une situation de danger ou constaté l'inanité de leur travail dans le logement
- quand un recours à la puissance publique aggrave la situation, notamment dans les problématiques persécutrices propres à certaines pathologies
- quand éclatent des situations de danger, conduisant à envisager l'hospitalisation

³ En raison de l'éclatement de ces publics entre de multiples services et institutions, notamment.

⁴ Toutes catégories confondues, ce parc de logements adaptés peut être estimé à 300 logements. Au travers des locations proposés par l'AIVS, des logements du parc locatif privé peuvent également avoir cette vocation. Cf. l'étude APRAS / CERUR de 2002.

⁵ Plusieurs éléments de notre enquête vont dans le sens de cette lecture :

. selon l'ATI, sur les 1386 majeurs protégés, 725 sont locataires, 63 propriétaires, 89 en famille et les autres en institutions diverses ;

. la présence de nombreux logements HLM sur les quartiers de Maurepas et Patton, faisant partie du secteur G03 du CHS, a pour conséquences que ce territoire accueille souvent des patients sortant des services d'autres secteurs de la psychiatrie ;

. les chiffres donnés par les organismes publics d'HLM (OPAC et OPHLM) mettent en évidence une présence forte des situations difficiles dans leur patrimoine

- quand des personnes ne frappent pas à la bonne porte, mais adressent à des institutions, des professionnels ou des élus, des demandes qui ne sont pas de leurs ressorts ou des discours illogiques, ou quand elles s'adressent aux services aux heures de fermeture
- quand les protocoles de suivis thérapeutiques ne sont pas respectés ...

Les points communs à ce type de situations sont donc :

- **une répétition du symptôme, de troubles**, sources de dérèglements sur le plan social, ou source de danger pour la personne ou pour autrui ;
- **une difficulté fréquente ou impossibilité des professionnels à peser sur ces processus**, à voir leurs interventions produire un effet pérenne ;
- **une interpellation d'autres acteurs locaux**, professionnels ou élus, non pas dans leurs fonctions, mais dans leurs marges, conduisant aussi à une remise en cause de leurs modes d'intervention ;
- **l'absence fréquente de demande directe de la part de ces personnes** : absence de demande de soins, d'aides ou d'accompagnement, liée au fait que la personne n'a pas toujours conscience de ses troubles ;
- **le déplacement de l'adresse** : à défaut de demander directement une aide à un service ou une institution, la personne adresse un discours qui peut être incohérent (comprenant des éléments d'une demande latente) à un autre service ;
- **enfin l'impossibilité ou la grande difficulté à respecter un contrat**, ce qui renvoie à plusieurs dimensions : le contrat social, le pacte symbolique et la dimension contractuelle formelle. Cette observation peut être mise en rapport avec le fait que le contrat tend à devenir la forme dominante dans les interventions sociales (contrat RMI, PARE, TRACE, etc.), comme si son usage généralisé pouvait pallier un certain délitement du lien social.

Ces éléments permettent de comprendre *la circulation fréquente* de certaines personnes entre services (non pas seulement parce qu'elles y sont renvoyées par des professionnels, mais parce que ce mode d'interpellation peut correspondre à certains de leurs troubles), le fait que de nombreuses institutions affirment souvent être *'le dernier recours'* pour ces publics (ce qui laisse entendre qu'existeraient dans la cité de nombreux derniers recours !), et *le déroulement de certaines crises* (interpellation agressive) notamment dans des lieux publics comme les mairies ou les espaces publics.

Face au débordement des cadres ordinaires d'intervention et à la multiplication de ces situations, un certain nombre d'institutions adaptent progressivement leurs interventions au travers de :

- **l'appel à des compétences nouvelles** ou la mise en place de nouveaux services : l'équipe mobile "Psychiatrie – précarité" du CHGR, l'équipe de psychiatrie aux urgences du CHR, des prestations de psychologues à la Ville de Rennes, à la CAF, à Aiguillon Construction...
- **l'articulation des interventions à domicile** autour de certaines personnes : celles du soin, de l'intervention sociale spécialisée (service de tutelle, ALFADI), de services d'aides à domicile (aides-ménagères), des professionnels de l'habitat ;
- **la concertation entre professionnels** autour de situations précises dans le cadre de réunions de synthèse diverses.

Mais ces initiatives sont ponctuelles : il n'y a pas d'instances régulières ou de procédures reconnues permettant des interpellations sur telles situations, des échanges réguliers entre les professionnels de l'intervention sociale et ceux de la psychiatrie publique, et la coordination des interventions autour de certaines personnes fragiles. Les logiques de fonctionnement institutionnel ne favorisent pas non plus toujours ces articulations : ainsi le chevauchement des découpages territoriaux des CDAS et des secteurs de la psychiatrie a pour conséquences que les professionnels d'une structure peuvent avoir pour interlocuteurs les professionnels de trois autres structures.

Cette insuffisance de coordination se lit dans certaines situations de crise : en cas d'hospitalisations sans consentement (HDT / HO), en nombre plus important au fil des ans, on observe parfois une indétermination du rôle de chaque intervenant, citoyen ou professionnel, un chassé – croisé entre dispositifs ou institutions et un morcellement des interventions (par exemple, une succession d'hospitalisations de courte durée).

De plus, un constat unanime est exprimé sur l'insuffisance de l'offre de solutions alternatives entre l'institution psychiatrique et le domicile individuel : les logements d'insertion du CHGR sont au nombre de 41, il y a peu de foyers de vie (FOFV) pour des patients stabilisés sur le territoire de Rennes Métropole⁶, les CHRS ou autres structures tels que le Beaumont ne sont pas conçus et organisés pour tous ces publics, et l'on constate alors une plus grande pression sur l'habitat social, d'autant que l'habitat locatif privé, réhabilité et modernisé, offre également moins de possibilités d'accueil.

La situation actuelle est donc paradoxale : il y a d'une part des recours plus fréquents à l'hospitalisation et des maintiens à l'hôpital de patients qui pourraient vivre à l'extérieur, et d'autre part un recours au parc social conduisant au maintien de personnes avec ce type de troubles dans des logements ordinaires, à défaut d'autres formes d'hébergement et d'accompagnement, donc à défaut de solutions alternatives dans la cité.

3. PISTES DE TRAVAIL POUR UNE POLITIQUE LOCALE.

Comment faire pour que ces publics soient mieux pris en compte globalement dans la cité ? La réponse, réside dans le développement, la mise au point de projets inter-institutionnels et la construction progressive d'une politique locale à ce sujet.⁷ Concrètement les pistes de travail que nous proposons sont les suivantes :

1- le développement de rencontres de travail sur des situations concrètes

Des lieux de synthèse existent aujourd'hui (en CLH, en CDAS, au CHGR, à ALFADI, au CHGR ou en CES du CLS, en CCAS des communes périurbaines). On peut donc se demander s'il est pertinent de proposer de nouveaux lieux de rencontre. Mais la plupart de ces lieux fonctionnent selon une logique propre à telle ou telle institution ou ne concernent qu'un public restreint, ne sont pas toujours ouverts à des interpellations par des professionnels extérieurs, ne sont alors sollicités que ponctuellement, et n'ont pas de légitimité institutionnelle. Un certain nombre de situations restent donc sans possibilité d'échanges de ce type.

Que ce soit dans le cadre d'instances existantes ou dans de nouveaux lieux, la mise en place de réunions régulières sur les situations problématiques, à l'échelle de territoires pertinents, sera productive si elle repose sur une volonté de collaboration et d'échanges de la part des acteurs de terrain, si elle implique la participation de professionnels – référents de diverses institutions, et si elle permet à la fois la recherche de solutions opérationnelles concrètes et des débats formateurs⁸. Une harmonisation des découpages territoriaux des CDAS et de la psychiatrie rendrait également ce travail plus facile.

⁶ L'impact sur la cité de ce type de prise en charge est pourtant décisif, comme l'illustre le cas d'une personne hébergée aujourd'hui à la Grande Maison, après avoir connu de nombreuses hospitalisations sous contrainte au cours des dernières années, dont plusieurs HO suite à des agressions sur la voie publique.

⁷ Le SROS en santé mentale a adopté un certain nombre d'orientations relative à l'ensemble des services de la psychiatrie. Les propositions qui suivent ne se situent pas dans ce champ sanitaire, mais à l'interface du sanitaire, du social et médico-social, de l'habitat et du développement urbain.

⁸ A l'image du fonctionnement des deux instances de ce type en Ille-et-Vilaine : RAMPES sur Janzé, REM'AID sur Guichen.

2- la coordination des interventions et la mise en place de services spécialisés à domicile

L'organisation d'un réseau de proximité se pratique déjà ponctuellement ; il fait cruellement défaut assez souvent cependant. L'enjeu est de maintenir une continuité dans l'accompagnement de personnes par des professionnels de plusieurs institutions, notamment à l'occasion de sorties d'hospitalisations.

Une telle optique suppose un lien entre partenaires pour créer une sorte de veille sociale ou d'un réseau de vigilance autour de telle personne, au travers par exemple d'une visite coordonnée quotidienne d'un intervenant d'un des services suivants : services sociaux / service tutélaire / service d'aides à domicile / services de soin / professionnel de l'habitat / services de médiation ou d'accompagnement social spécialisé, etc. Une telle présence de proximité doit aussi prendre en compte le soutien aux réseaux sociaux, aux proches, voisins ou parents.

La construction de tels réseaux est liée à l'existence de référents dans chaque institution et à la coordination entre professionnels, notamment dans des instances de rencontre mentionnées ci-dessus. En intégrant également les professionnels de santé exerçant en activité libérale, elle peut contribuer au développement de la prévention.

Ces notions de réseau de continuité du suivi et de l'accompagnement de proximité, de vigilance, d'étayage sont d'autant plus nécessaires pour les personnes qui n'entrent pas dans le cadre d'une contractualisation (ponctuellement ou de façon plus pérenne). On peut même dire que, pour certains, c'est lorsqu'il y a eu rupture du contrat, que la mise en place de tels réseaux de proximité est plus nécessaire.

Le développement de services spécialisés d'aides à domicile pour ces publics avec des difficultés psychiques s'avère également nécessaire. Elle pourrait prendre deux formes : la formation de personnel spécialisé d'aides – ménagères dans les services existants (CCAS, ASFAD, etc.) et la création de services d'accompagnement spécialisés⁹.

3- un travail sur les modalités d'hospitalisation sans consentement

L'indétermination relative aux modes d'intervention devant certaines situations de crise ne pourra jamais être réduite à 100%, avec la perspective d'aboutir à des procédures strictement codifiées, dans la mesure où chaque situation est singulière et où les solutions à mettre en œuvre sont fortement déterminées également par des contraintes institutionnelles.

Cependant, la description des mécanismes liés à l'hospitalisation sans consentement a mis en évidence un certain nombre de dysfonctionnements qui pourraient en grande partie être corrigés par des mesures telles que :

- l'organisation d'une réunion trimestrielle ou semestrielle entre les représentants des principales institutions concernées afin d'examiner certaines situations en cours ou récentes et les dispositifs mis en œuvre ;
- la mise au point de circuits précis d'informations, afin d'éviter des interpellations ou des signalements sans suite ;
- une information actualisée des élus des communes de Rennes Métropole et des professionnels concernés sur les procédures HDT / HO et la mise au point des pièces administratives conséquentes avec leur mode d'emploi (telles que sur la Ville de Rennes pour les HO) ;
- la désignation d'une personne référente à Rennes Métropole pour aider les élus des communes périphériques sur ce type de situation

⁹ *Tel que le SPAS, service d'accompagnement d'ESPOIR 35*

- le traitement de certaines situations dans les instances de travail à créer à l'échelle de différents territoires
- la création d'un fonds départemental pour le règlement des honoraires des médecins et le transport à l'hôpital, dans les cas où les personnes concernées ne peuvent le faire.

4- le développement de solutions alternatives d'hébergement

Il y a un manque de structures adéquates pour l'hébergement des personnes handicapées psychiques, la double reconnaissance dont elles sont l'objet (comme patients de la psychiatrie, comme handicapés très souvent) ne s'accompagnant nullement d'une double prise en charge. Quelques projets existent sur le territoire de Rennes Métropole, mais ont des difficultés à sortir de terre, alors que l'agglomération de Rennes souffre d'un déficit sur ce plan par rapport au reste du département¹⁰. Pour sortir de cette situation nous proposons deux axes de travail :

- **l'augmentation conséquente du parc de logements d'insertion du CHGR**, alternative à l'hospitalisation. Cette perspective devra s'accompagner d'une réflexion sur leur localisation dans les quartiers de la Ville de Rennes et sur les autres communes de Rennes Métropole, les conventions avec les organismes HLM, leur lien au secteur de psychiatrie de rattachement, leur mode de gestion...
- **la mise au point d'un programme pluri – annuel de création de petites structures d'hébergement, basé sur un partenariat entre :**
 - . les communes de Rennes Métropole chargées de l'offre foncière
 - . l'Etat pour les financements de la construction (PLA)
 - . les organismes HLM pour la maîtrise d'ouvrage
 - . le département pour la prise en charge au titre de l'aide sociale, permettant la mise en place de personnel d'accompagnement
 - . le CHGR et l'Assurance maladie, au titre des soins et de l'accompagnement thérapeutique nécessaires.

Un tel programme peut prendre la forme de Maison – Relais, ou de Foyer de vie, ou d'une organisation telle que les 'familles gouvernantes'¹¹. Cette politique sur Rennes Métropole devra s'intégrer au programme du département en faveur des personnes handicapées.

5- L'animation d'une politique locale

Alors qu'il en existe dans de nombreux autres domaines, même quand la compétence n'est pas du ressort direct des communes ou agglomérations, il n'y a pas actuellement *de politique locale* en faveur des publics souffrant de troubles psychiatriques ou psychologiques graves. On peut se demander si cet état de fait n'est pas lié aux représentations relatives à cette population : en effet, n'assiste-t-on pas à la même occultation de la réalité de la maladie mentale dans la relégation ancienne des patients dans des CHS à l'écart des villes et dans la réalité urbaine actuelle marquée par l'insuffisance de structures pour les accueillir et les accompagner ?

Cette absence de politique locale a de lourdes conséquences, pour les personnes elles-mêmes et pour les professionnels de diverses institutions amenées à intervenir par défaut, pour 'réparer' ou gérer

¹⁰ Nombre inférieur de FOFV de l'agglomération de Rennes accessibles aux malades psychotiques. Une exception : la Grande Maison (6 places).

¹¹ Le dispositif "**Les familles gouvernantes**" de la Marne concerne 170 personnes, majeurs placés sous un régime de protection juridique, pris en charge par 35 gouvernantes dans des cités HLM. Le dispositif **DIHAP (Dispositif d'insertion par l'habitat et l'accompagnement de proximité)** de Guingamp est organisé selon le même principe.

fréquemment en urgence des situations, ce qui induit d'importants coûts sur le plan économique. Ce coût est également social et politique, dans la mesure où c'est le "vivre-ensemble" dans la cité qui est bien souvent mis à mal par certaines situations.

Une politique locale nous paraît donc devoir être construite à ce sujet dans les années à venir. Elle peut passer par l'expérimentation et la mise en oeuvre des propositions mentionnées ci-dessus, et également par :

- **le développement de formations spécifiques sur ces sujets**¹². De nombreux interlocuteurs ont exprimé des attentes sur ce plan, et des sessions de formation inter-institutionnelles (à l'échelle d'un quartier par exemple) seraient productives ;
- **l'observation**. Une meilleure lecture des données relatives à la présence des publics avec ces troubles dans la cité est nécessaire. Elle peut passer par une intégration dans l'observatoire social de l'APRAS de certaines données des services du CHGR, des services de tutelle, de la COTOREP, de la Médecine du travail ou de la Sécurité Sociale, des Foyers d'hébergement, des services d'aides-ménagères, des organismes HLM, etc.
- **le débat**. Les dispositifs nouveaux de travail entre professionnels concernés par ces questions et les initiatives de prise en charge de ces publics naissent et perdurent sur des territoires où ont été régulièrement organisés des échanges entre professionnels et citoyens sur ces questions. De tels débats réguliers sont donc nécessaires afin de créer sur ces sujets une culture commune.

Les perspectives que nous dessinons visent donc à créer de la transversalité entre les logiques institutionnelles spécifiques au champ sanitaire, au secteur social, au secteur médico-social et également aux domaines de l'habitat et de l'urbanisme.

Ces perspectives ne pourront cependant se concrétiser et prendre sens que si elles sont encadrées, sur plusieurs années, sur le plan politique et institutionnel. Cette perspective pourrait s'intégrer à une "*démarche partagée de santé et d'action sociale et médico-sociales dans le cadre de projets territoriaux de développement*", tel que le propose une récente circulaire¹³, ou à celle de développement de diverses formes de coopération (ville / hôpital ; public / privé ; sanitaire / social et médico-social ; professionnels médicaux et non médicaux), tel que le propose le schéma régional d'organisation en santé mentale en Bretagne.¹⁴

¹² Depuis 2001, une quinzaine de travailleurs sociaux des CDAS bénéficient chaque année d'une formation de 5 jours assurée par des professionnels du CHGR et de l'IFSI.

¹³ Circulaire interministérielle du 16 avril 2003 vise à favoriser les "*expérimentations de démarches partagées de santé et d'action sociales et médico-sociales dans le cadre de projets territoriaux de développement*".

¹⁴ Santé mentale en Bretagne. Bilan et orientations stratégiques 2000 / 2005. ARH Bretagne.