

## **PARTIE II : ANALYSE TRANSVERSALE**



Dans cette partie, nous présentons notre analyse des matériaux recueillis au cours des 26 entretiens réalisés auprès de 52 personnes.

Cette analyse est organisée en quatre parties :

- une réflexion sur les publics
- une analyse des dispositifs d'intervention
- une analyse spécifique de la question de l'hospitalisation et plus largement de l'hébergement
- une formulation de pistes de travail et propositions, faisant référence parfois à des expériences extérieures.

Dans cette analyse, nous reprenons quelques citations extraites des entretiens réalisés.

En préalable, on soulignera que le tableau dressé ne peut pas être complet, en raison de la complexité de la question, de la multitude d'acteurs concernés, de l'évolution permanente des situations, où la dimension singulière de chaque parcours personnel est prépondérante. Peut-être peut-on avancer que ce tableau est une première esquisse du rapport entre les institutions sanitaires, les services sociaux, les institutions publiques que sont les services de l'Etat, les Communes, la Police et la Justice, et les acteurs de l'habitat social, à l'échelle du territoire de l'agglomération de Rennes, esquisse qui serait un premier pas dans la construction d'une problématique locale, à l'échelle intercommunale, de la question.

Rappelons également que dans certaines parties nous faisons référence à des 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 mentionnant l'institution productrice, ces monographies ayant été reportées en annexe.

## ***I- LES PUBLICS***

Nous décomposons cette question des publics en quatre sous questions :

- quelle lecture générale de la réalité est faite par les acteurs, élus et professionnels ? quelles analyses générales font – ils à ce propos ? considèrent-ils que la réalité actuelle présente des caractères nouveaux ?
- quelle est l'interprétation de cette réalité, et notamment en termes de liens entre des phénomènes sociaux et des difficultés psychologiques ou des troubles mentaux ? quelles sont les catégories utilisées pour décrire les situations observées ? est – il possible à partir de là de dégager une typologie de situations ?
- de quelles données quantitatives disposent les professionnels et les institutions à ce sujet ? comment peut-on les lire ?
- enfin, quelle est la réalité sociologique de cette question, ce qui recouvre des enjeux sur les formes actuelles du 'vivre ensemble', sur les limites de la tolérance devant certaines situations et sur les tendances au rejet et à l'exclusion.

Nous proposons de traiter successivement ces quatre parties.

### **A- Lecture générale : observe-t-on une réalité nouvelle ?**

En guise d'introduction, il nous semble intéressant de croiser le regard des uns et des autres sur l'évolution récente de cette question, permettant à la fois de préciser les contours du phénomène,

conduisant ensuite à une interrogation sur ses représentations, ainsi que sur les concepts ou catégories utilisés pour le décrire, ainsi que sur les données disponibles pour étayer ce discours.

Les situations individuelles rapportées par les élus des communes de Rennes Métropole en dehors de la ville attestent d'une sollicitation et d'une implication importantes pour des personnes dont les troubles psychiques sont manifestes (dans la mesure où se pose parfois la question de l'hospitalisation), sans que l'on puisse juger, à partir de là, de leur plus grande gravité ou fréquence qu'il y a une dizaine d'années.

C'est plus à travers l'activité de services publics ou associatifs que l'on peut parler de l'observation d'une certaine évolution : d'une part plusieurs organismes publics ou parapublics (Ville de Rennes, CAF, Aiguillon Construction) ont été amenés à mettre récemment en place des procédures et des dispositifs de traitement des situations de crises dans les relations entre le personnel et certaines personnes accueillies (situations qualifiées alors d'agressives) ; d'autre part, le personnel de plusieurs services fait remonter à leurs responsables des difficultés de travail avec certaines personnes, ainsi que des situations complexes. C'est le cas :

- au CCAS de la Ville de Rennes, pour les aides-ménagères intervenants auprès de certaines personnes reconnues handicapées en raison d'une maladie psychique
- des intervenants d'OPTIMA, confrontés à des demandes et des sollicitations importantes de la part de personnes isolées et en souffrance, notamment la nuit (cf. leur rapport d'activité)
- de la CLH organisée au niveau de Rennes Métropole, où plus de 40 % des 80 demandes pour du logement adapté reposent sur des motifs liés explicitement à des troubles psychiatriques ou psychologiques, sans compter les problèmes d'alcool
- du personnel de travail social du département, en attente de soutien par rapport aux personnes présentant des "troubles du comportement et des troubles du caractère"
- des agents de quartier des organismes HLM

Mais ces observations sont-elles dues à une plus grande sensibilité contemporaine, à un effet de mode qui banalise le vocabulaire de la psychologie, à une mise en place de nouveaux dispositifs qui rendent plus visibles des phénomènes anciens, ou à une réelle mutation dans la société actuelle ? Selon plusieurs personnes, l'ensemble de ces facteurs joue dans la prise de conscience actuelle.

*Il y actuellement une prise de conscience de cette question depuis 3 ou 4 ans sous l'effet de différents facteurs :*

- 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 Blosne 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.

**Ville de Rennes, Mmes Fourdan, Ertz, Tyrant**

*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.*

**DAS 35, Mme Leguen, M. Hamonic**

*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.*

**CHGR, Mme Guivarc'h**

*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.(...)*

*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.*

**CHGR, Mme Hervault**

*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...*

**Ministère de la Justice, Parquet, M. Calut**

*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....*

**OPAC, M. Gilles, M. Sablé**

***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.***

*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...*

**ATI, Mme Virolle, Mme Longueuvre, M. Blain, M. Pencoulé**

***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.***

**APASE, F.Le Filleul, P. Le Gleau, A.Hello, J. B. Pecot**

Dans ces observations, on peut donc penser que se combinent deux facteurs : l'évolution du nombre de situations difficiles d'une part ; l'évolution des dispositifs de repérage de ces situations d'autre part. Cependant la vision de cette question n'est pas claire aujourd'hui pour de nombreux acteurs à défaut d'indicateurs pertinents, qui relèvent de catégories et dispositifs spécialisés et également parce qu'on est dans le registre de la subjectivité, où l'interaction entre l'observateur et l'objet observé est bien plus complexe que dans pour tout autre phénomène social.

Ce qui semble à notre avis perceptible par de nombreux acteurs de terrain, c'est que une réalité nouvelle est aujourd'hui à l'œuvre sur ce plan, réalité dont les effets se font sentir progressivement.

## B- Représentations des élus et professionnels

Le tableau ci-dessous reprend les catégories utilisées par les personnes rencontrées dans les organismes et institutions. Bien entendu, la liste de ces mots-clés ou expressions ne rend pas compte de la diversité et du développement des différents points de vue des personnes rencontrées que l'on trouvera de façon plus détaillée dans les entretiens. Nous avons laissé de côté les caractéristiques sociales que l'on traite plus loin.

<b><i>Institution ou service</i></b>	<b><i>Catégorie ou terminologie</i></b>
<b><i>Rennes Métropole (élus)</i></b>	<i>Plusieurs situations évoquées de graves troubles mentaux, avec danger pour la personne ou dangerosité pour autrui, avec parfois tentatives de suicides, problèmes d'alcool plus ou moins importants, menaces ou harcèlement, toxicomanie, délirant.</i>
<b><i>Rennes Métropole, service habitat</i></b>	<i>Les personnes dont on sait que l'habitat n'est pas la réponse en raison des difficultés psychologiques et des troubles mentaux.</i>
<b><i>Ville de Rennes, service solidarité, CLS, Consultatif</i></b>	<i>Les personnes agressives avec des agents municipaux dans les lieux d'accueil du public. Certaines personnes qui bénéficient d'un service d'aides à domicile A partir des instances du CLS : des situations liées à la surconsommation d'alcool, ou d'autres toxiques.</i>
<b><i>Ville de Rennes, DGPA</i></b>	<i>Les situations de troubles mentaux conduisant à une demande de réquisition de l'hôpital. Les marginaux avec des délires et les personnes sous l'emprise de l'alcool. Les agressions sur les agents municipaux.</i>
<b><i>DAS 35</i></b>	<i>Les personnes présentant des troubles du comportement ou du caractère. Les personnes en souffrance psychologique.</i>
<b><i>DDASS</i></b>	<i>Les personnes qui compromettent l'ordre public et la sûreté des personnes, en raison de troubles mentaux qui nécessitent des soins.</i>
<b><i>CHGR, directrice adjointe</i></b>	<i>Les maladies mentales classiques. La demande actuelle s'élargit à la souffrance psychique</i>
<b><i>CHGR, psychiatre 1</i></b>	<i>Les troubles psychiatriques relevant d'une grille de lecture médicale : alcooliques, psychotiques, maniaco-dépressifs, etc. Une partie des patients ne reconnaissent pas leur maladie, et pour qui toute action vers eux paraîtra intrusive.</i>
<b><i>CHGR, psychiatre 2</i></b>	<i>Les pathologies lourdes : schizophrénie et pathologies voisines Les personnes souffrant de troubles psychiatriques intriqués à des problèmes sociaux Les personnes toxicomanes et alcooliques, liées ou non aux pathologies précédentes</i>
<b><i>CHGR, service social</i></b>	<i>Les psychotiques Les personnes avec des problèmes d'alcool ou qui consomment d'autres toxiques Les carencés affectifs, limités intellectuellement. Parmi eux, des personnes incapables de contractualiser, chez qui un rappel de la loi n'est pas opérant.</i>

<b>CHGR, équipe mobile</b>	<i>Les personnes avec des problèmes d'alcoolisation, de toxicomanie, de pharmaco-dépendances Les personnes avec des problématiques liées à des "pathologies du lien". Les psychotiques.</i>
<b>Justice, Parquet</b>	<i>Catégories du droit en fonction du délit. Pour certaines personnes atteintes de troubles mentaux, la sanction pénale n'a pas de sens.</i>
<b>Police Nationale</b>	<i>Des personnes sans abri, en déshérence Les personnes incohérentes dans leurs propos Les situations liées à la surconsommation d'alcool</i>
<b>CAF, action sociale</b>	<i>Les situations agressives dans les relations personnel – public Les personnes sans repères, fragiles, avec des troubles psychiatriques</i>
<b>OPHLM</b>	<i>Les personnes avec des troubles psychologiques et psychiatriques qui posent des problèmes de voisinage.. Les alcooliques dépendants. Des personnes difficiles à rencontrer, qui fuient, pas en mesure d'entendre notre discours de rappel des règlements.</i>
<b>Aiguillon Construction</b>	<i>Les publics avec lesquels on ne peut pas travailler dans la continuité sur le contrat. L'habitat du schizophrène, du psychotique se traduisant par un état d'incurie du logement Les logements "portes ouvertes" liés à l'alcoolisation et aux pathologies addictives Le mode d'habiter "shérif" qui réfère à la paranoïa.</i>
<b>Espacil</b>	<i>Les situations d'agressivité entre agents de l'organisme et certains locataires Les personnes en lien avec le milieu médical et les personnes qui ne le sont pas. Les personnes fragiles désocialisées avec des problèmes d'alcool Les personnes qui ont des troubles psychiques</i>
<b>OPAC 35</b>	<i>Déficience mentale, débilité légère, carences éducatives, avec souvent un parcours dans des institutions. Fragilité psychologique, problèmes psycho-sociaux, angoisses, phobies, phénomène d'auto-destruction, et fréquemment une présence de l'alcool. Le trouble psychiatrique évident, avec des délires et des hospitalisations. Les personnes hors des dispositifs, à qui il est difficile d'imposer des règles.</i>
<b>ATI</b>	<i>Les grands maladies mentaux, psychotiques, les personnes qui ont un trouble de relation à la réalité. Les très jeunes majeurs qui ont un passé institutionnel. Les pervers qui mettent forcément en échec toute relation et visent à mettre le professionnel en difficulté.</i>
<b>APASE</b>	<i>Les personnes avec des troubles psychiatriques ou une maladie psychiatrique avérée conduisant à une mesure de protection</i>

	<i>Les alcooliques Les personnes sur un versant dépressif Les personnes avec des traits psychopathiques ou pervers qui rendent la mesure inexercable.</i>
<b>ALFADI</b>	<i>Les personnes arrivent toutes avec un problème de logements associé à d'autres dont le problème de santé. Dans ces problèmes de santé, le problème majeur est l'alcool et l'addiction.</i>
<b>CRAM, service social</b>	<i>Les personnes isolées, dans une grande solitude affective, en souffrance psychologique. Les dépressifs profonds Les personnes souffrant de pathologies mentales reconnues ou non.</i>
<b>CHU, urgences, service social</b>	<i>Une partie des personnes qui consultent pour des troubles somatiques Les personnes qui ont une grosse pathologie mentale Quelques personnes agressives</i>
<b>OPTIMA</b>	<i>Les personnes ou ménages à l'origine de troubles de voisinage, ou qui demande une aide sous forme d'un suivi, c'est-à-dire un passage régulier chez elles.</i>
<b>CAO</b>	<i>La plupart des personnes accueillies ont des problèmes de santé, physique ou psychique</i>
<b>SOS Médecins</b>	<i>Les dépressions Les difficultés des adolescents L'alcoolisme Les maladies mentales explicites, avec tentatives de suicides à répétition Les problèmes des détenus</i>

On voit dans ces différentes formulations :

- des termes généraux permettant la description de troubles du comportement, ou d'entorses plus ou moins graves aux règles de vie sociale (problème de voisinage, d'hygiène, etc.),
- la mention de symptômes de souffrance psychique : suicides ou tentatives, dépressions, agressivité
- des références au rapport de certaines personnes à un produit toxique : alcool, drogues, médicaments...
- la référence à des dispositifs de suivi ou de prise en charge (hospitalisation, soins, appels nocturnes à l'aide) et aux difficultés de certaines personnes pour entrer dans un cadre tel que un contrat d'accompagnement, de suivi (nous développerons ce point plus loin)
- l'usage d'un vocabulaire plus spécialisé : psychose, schizophrénie, paranoïa, manico-dépression, pathologies du lien, carencés affectifs, psychopathes ou pervers, etc.

Cette diversité de vocabulaire n'est guère étonnante. Elle est liée aux compétences, aux missions et au cadre théorique de référence de chacun des professionnels. Elle peut être considérée comme une source de malentendus et on pourrait à partir de là souhaiter l'établissement d'un cadre commun basée sur une typologie. Mais la construction d'une telle typologie de publics est difficile.

En effet, on peut rappeler qu'existent de multiples classifications dans le champ de la santé mentale comme dans celui du handicap, organisées en référence à des corpus théoriques ou en fonction de visées d'organisation de politiques publiques, objets permanents de multiples débats ou de



controverses. Une réflexion sérieuse à ce propos avec l'intégration des facteurs institutionnels et sociaux mentionnés sort du cadre de ce travail.

Par ailleurs, comme l'ont rappelé certains interlocuteurs, toute typologie comporte le risque d'une stigmatisation, d'enfermement, c'est-à-dire d'un usage abusif d'une catégorie, induisant plus de stérilité dans l'action, en fermant toute interrogation et question du professionnel sur sa conduite, son savoir, sa relation à la personne, que provoquant d'ouverture ...

*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.*

**CAF, Mme Créquer**

*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 celui là il est schizo..., 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.*

**ALFADI, M. Dufeu, Mme Gélinaeu, Mme Solard, Mme Snoeck, M. Lemoine**

On soulignera cependant que le terme de "fragilités psychologiques"<sup>1</sup> choisi institutionnellement comme titre à ce travail recouvre donc, selon les observations de nos interlocuteurs, quatre grands ensembles de réalités :

- 1- les personnes souffrant ponctuellement ou de façon plus pérennes de maladies mentales avérées, désignées communément et dans le passé sous le terme de folie<sup>2</sup>, plus fréquemment aujourd'hui sous le terme général 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 en tant que support de ce rapport à la réalité<sup>3</sup> ;

---

<sup>1</sup> Dans l'une de ses pièces, un personnage de Shakespeare s'exclame : *Fragilité ! fragilité ! nous sommes tous nés de la fragilité !*

<sup>2</sup> si l'on peut encore utiliser ce terme avant qu'il ne devienne désuet, mais le non – usage d'un terme n'éradique pas la réalité qu'il désigne.

Selon le **Dictionnaire de Psychiatrie et de Psychopathologie** (sous la direction de Jacques Postel, Editions Larousse, 1993, p. 233), "*C'est un terme ancien qui désigne d'une manière générale l'aliénation mentale, en particulier dans ses formes psychotiques. On le trouve encore utilisé quoique de plus en plus rarement dans le vocabulaire psychiatrique, allié à un adjectif qui le précise : folie circulaire (psychose maniaco-dépressive), folie raisonnée (délire d'interprétation), ou folie du doute (psychonévrose obsessionnelle).*"

<sup>3</sup> "*Le terme psychose reste général et s'accompagne le plus souvent d'un qualificatif précisant l'évolution (...), l'étiologie (...), ou la nature (...)*

*On peut cependant reconnaître à toute psychose les critères distinctifs suivants :*

- *d'abord la gravité des troubles, qui vont souvent entraîner des déficiences importantes, conduisant quand elles sont définitives à un véritable handicap ;*
- *ensuite, l'absence conscience de la morbidité des troubles ; c'est ainsi qu'un délirant croit à la réalité de son délire (...)*
- *puis l'étrangeté, la bizarrerie des troubles, ressenties par l'entourage avec un sentiment de malaise (...)*
- *(...) la difficulté de la communication, et parfois même, l'incommunicabilité totale du psychotique (...)*
- *enfin le repli sur soi-même, pouvant confiner à l'autisme, s'accompagne d'une véritable rupture avec la réalité extérieure (...)*

**Dictionnaire Postel**, op. cit., p. 447

- 2- des pathologies liées à l'alcoolisme, la toxicomanie, la pharmaco-dépendances et autres conduites addictives, que certains classent sous un terme générique de 'pathologies du lien' ;
- 3- la catégorie moins usitée de perversion, que certains acteurs sociaux de terrain utilisent, et qui peut servir de référence pour comprendre certains des comportements précédents<sup>4</sup> ;
- 4- la dimension de la souffrance psychique plus diffuse, désignant un mal-être proche de l'angoisse existentielle qui est le propre de tout homme, et que l'institution psychiatrique ne considère généralement pas comme relevant de ses missions.

Les difficultés de cette présentation tiennent à ce que les frontières entre ces différentes catégories ne sont pas étanches, (ainsi par exemple les personnes qui sont dans une problématique psychotique souffrent bien également d'une angoisse existentielle), et que les termes utilisés renvoient à des conceptions théoriques différentes, sous-tendant différents modes d'action ou de relations aux personnes.

De plus, on rappellera également que certains comportements considérés comme asociaux sont à lire comme une protection contre des malheurs plus grands ; par exemple, l'alcool est non seulement un anxiolytique, mais de plus, sa surconsommation, et l'activité ou le mode de vie induits, peuvent être vus comme une forme de construction protégeant du déclenchement d'une psychose, de phénomènes de décompensation. Sa fonction protectrice explique que l'on en consomme avant un entretien avec un professionnel de l'action sociale et permet de comprendre que la pression sociale pour aller vers la réduction de la consommation peut conduire le sujet à d'autres manifestations pathologiques.

*Dans le public rencontré, 85% des personnes ont des problèmes d'alcoolisations, de toxicomanie ou de pharmaco-dépendances.*

*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.***

**CHGR, Mme Orgeas, M. Bréger**

Mentionnons à ce propos ce qu'écrit à ce sujet P. Declerck, à partir de son expérience auprès des personnes à la rue dans la région parisienne<sup>5</sup> :

*"Les contraintes inhérentes à la clochardisation (pauvreté, épuisement physique) préservent le sujet de passages à l'acte explosifs potentiels (et fantasmatiques) qui mettraient brutalement sa vie (et éventuellement celle des autres) en danger. Face à ces périls, la vie restreinte, étriquée, de la clochardisation apparaît comme un compromis minimaliste." (p. 239)*

*"J'entends par désocialisation un ensemble de comportements et de mécanismes psychiques par lesquels le sujet se détourne du réel et de ses vicissitudes pour chercher une satisfaction, ou – a-minima - un apaisement, dans un aménagement du pire. La désocialisation constitue, en ce sens, le versant psychopathologique de l'exclusion sociale." (p. 294)*

Si les publics qui manifestent une pathologie alcoolique ou addictive, qui manipulent ou détournent les dispositifs sans respecter la loi, et qui souffrent de mal-être, peuvent être considérés comme y ayant toujours été présents, non sans modifications liées à des mutations économiques et sociales

<sup>4</sup> Cf. par exemple, l'ouvrage "**Perversions**" de Daniel SIBONY (Grasset, 1987 ; Poinis Seuil, 2002), le chapitre sur l'alcoolisme, p. 205 – 220.

<sup>5</sup> "**LES NAUFRAGES. Avec les clochards de Paris**", de Patrick DECLERCK, éditions Plon, collection Terre Humaine, 2001, 457 pages.

contemporaines<sup>6</sup>, ce qui nous paraît nouveau dans la réalité sociale observée aujourd'hui sur la ville et l'agglomération, c'est donc la présence plus importante et plus visible dans la cité des personnes avec des troubles psychiatriques connus et avérés, et que les différents acteurs du champ de l'habitat ou de l'action sociale sont amenés à rencontrer plus souvent, ces personnes, dont le trouble est souvent reconnu (en termes de handicap notamment), et qui sont soignées et prises en charge ponctuellement ou plus durablement par les médecins de CHS. Leur présence à côté des autres publics mentionnés et l'absence de repères pour les professionnels sur ce plan expliquent en partie leur malaise et difficultés d'interventions dans certaines circonstances.

Les quelques données chiffrées suivantes le confirment.

### **C- Une lente évolution perceptible statistiquement**

Nous reprenons dans cette partie les données quantitatives qui ont été transmises par nos interlocuteurs lors des entretiens ou dans des documents annexes transmis.

<b><i>Institution ou service</i></b>	
<b><i>Rennes Métropole (élus)</i></b>	<i>Les chiffres relatifs à l'hospitalisation sans consentement sont traités plus loin. Ils mettent en évidence une augmentation sensible du nombre d'HDT et d'HO.</i>
<b><i>Rennes Métropole, service habitat</i></b>	<i>78 personnes sont aujourd'hui inscrites pour du logement adapté, pour 40% de ces demandes, des troubles psychiatriques ou psychologiques sont explicitement mentionnés, sans compter les problèmes d'alcool.</i>
<b><i>Ville de Rennes, service solidarité, CLS, Consultatif</i></b>	<i>Le nombre de personnes reconnues handicapées bénéficiant de l'intervention d'une aide-ménagère du CCAS est de 150 environ sur Rennes, parmi lesquelles on ne connaît pas le nombre de personnes reconnues pour un handicap psychique.</i>
<b><i>Ville de Rennes, DGPA</i></b>	<i>Le nombre de contentieux, suite à un dépôt de plainte après une agression n'a cessé d'augmenter depuis 5 ans. Aujourd'hui, il est de 20 par an.</i>
<b><i>DAS 35</i></b>	<i>Pas de données quantitatives</i>
<b><i>DDASS</i></b>	<i>Les chiffres relatifs à l'hospitalisation sans consentement sont traités plus loin</i>
<b><i>CHGR, directrice adjointe</i></b>	<i>Quelques extraits du rapport de gestion du CHGR pour l'année 2002 sont repris en annexe. On y observe que :</i> <i>. La file active (ensemble de patients vus au cours de l'année, par au moins un membre de l'équipe) est passée de 20 000 à 23 000 de 2000 à 2002, et en psychiatrie adulte de 13 000 à 14 881.</i> <i>. Le nombre de patients vus exclusivement en ambulatoire augmente régulièrement de 1997 (5 887 patients) à 2002 (8 909), avec une hétérogénéité selon les secteurs.</i> <i>. Le service de tutelle du CHGR gère près de 500 mesures de protection de majeurs. Il s'agit de dossiers pour des patients hospitalisés ou non.</i> <i>. 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</i>

<sup>6</sup> Cf. par exemple à ce propos la lecture qu'en proposent deux psychiatres et psychanalystes dans : "Un monde sans gravité", de Charles Melman, entretien avec Jean-Pierre Lebrun, Editions Denoël, 2002.

	<i>réinsertion) (rapport de gestion, p. 118)</i>
<b>CHGR, psychiatre 1</b>	<i>Sur le secteur G10, la file active est d'environ 1000 personnes par an.</i>
<b>CHGR, psychiatre 2</b>	<i>Sur le secteur G03 :</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>la population de patients est à plus du tiers schizophrène</i></li> <li>- <i>le nombre de visites à domicile effectuées par an est d'environ 1800</i></li> <li>- <i>le nombre d'actes de soins effectués au Centre St Exupéry est d'environ 4 000.</i></li> </ul>
<b>CHGR, équipe mobile</b>	<i>L'équipe a rencontré 350 personnes en 3 ans. 85% d'entre eux ont des problèmes d'alcoolisation, de toxicomanie ou de pharmaco-dépendances.</i>
<b>CHGR, service social</b>	<i>Sur le secteur G08, le nombre de psychotiques vivant à leur domicile isolés avec souvent des problèmes de voisinage est estimé à une douzaine, sans compter les alcooliques et les 'carencés affectifs'.</i>
<b>Justice, Parquet</b>	<i>Les mesures de protection de majeurs augmentent de 20% par an. Les plaintes pour troubles de voisinage sont très nombreuses, le système informatique ne permet pas aujourd'hui de les traiter et analyser.</i>
<b>Police Nationale</b>	<i>La consommation d'alcool est présente dans 50% des gardes à vue, et dans 80% la nuit.</i>
<b>CAF, action sociale</b>	<i>Pas de données quantitatives.</i>
<b>OPHLM</b>	<i>Sur l'agence Nord (quartiers de Villejean et Maurepas), 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.</i>
<b>Aiguillon Construction</b>	<i>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.</i>
<b>Espacil</b>	<i>Les situations de conflits de voisinage liés à des troubles psychiques manifestes sont au nombre de trois ou quatre sur le patrimoine géré. Les situations d'agressivité entre le personnel et certains locataires sont plus fréquentes.</i>
<b>OPAC 35</b>	<i>Cf. données en annexe. On recense des données tous les ans depuis 1990 : il y a une progression constante de 1998 à 2002 de la catégorie 2 (fragilité, problème psychosociaux) et surtout de la catégorie 3 (trouble psychiatrique évident) 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 (chiffres se rapportant au département, mais le patrimoine de Rennes Métropole représente 3/5<sup>ème</sup> de nos logements, et les 2/3 des problèmes de ce type sont sur Rennes Métropole).</i>
<b>ATI</b>	<i>En 2003, le nombre total de mesures réalisées par l'ATI est de 1 386. Sur le site de Rennes (couvrant aussi les secteurs de Vitré, Monfort et</i>

	<p>Fougères), 855 personnes sont suivies, dont 336 vivent sur Rennes.</p> <p><b>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).</b></p> <p>Ce chiffre ne tient pas compte des personnes souffrant de troubles de la vie sociale liées à des fragilités psychologiques non prises en compte sur le plan thérapeutique.</p>
<b>APASE</b>	<p>"Depuis 1977, le 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 (...).</p> <p>La maladie psychique reste néanmoins une constante chez les personnes pour lesquelles nous exerçons une mesure de protection.." (extrait du rapport d'activité de 2001 de l'APASE)</p> <p>Le nombre de mesures de protection assurées sur le département est de 1 700 ; pour environ 10 % de ces personnes on est confronté à l'absence de réponses dans les dispositifs existants.</p>
<b>ALFADI</b>	<p>L'association a aujourd'hui 160 mesures d'accompagnement social.</p> <p>Un tiers des personnes a connu préalablement une hospitalisation.</p> <p>Les difficultés psychologiques ou pathologiques se découvrent au cours de certains suivi, et notamment de certains échecs. Ces manifestations sont plus nombreuses depuis quelques années.</p> <p>Un tiers des dossiers orientés par la CLH (dont la moitié de ceux proposés par les organismes HLM) ont été refusés par la commission d'admission en raison de difficultés de contractualisation. Sur 17 ménages sortis du dispositif, le tiers a pour motif le rejet du contrat. (rapport d'activité 2002, p. 15-16)</p>
<b>CRAM, service social</b>	<p>Une enquête réalisée en 2001 sur le secteur de la Zup-Sud / Champs Manceaux auprès des personnes suivies par le service a mis en évidence que sur 39 personnes, 30 souffraient d'une pathologie mentale et d'un alcoolisme chronique, sans suivi au niveau des soins selon leurs dires, mais avec une prise en charge hospitalière antérieure. Sur ces 39 situations, il y avait 15 dépressifs profonds.</p>
<b>CHU, urgences, service social</b>	<p>Aux urgences, il est réalisé 120 entrées par jour, les situations 'psy' ne représentent pas plus de 1%, c'est-à-dire 2 ou 3 situations par jour.</p>
<b>OPTIMA</b>	<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 de suivi de personnes.</p>
<b>CAO</b>	<p>Accueil de 1 778 personnes en 1997 et de 2 750 en 2002, dont 380 enfants, cette année comprenant une part importante de population immigrée.</p> <p>La population est composée en majorité d'hommes (1 350), 53% d'entre elle a moins de 35 ans.</p>

<b>SOS Médecins</b>	<p><i>SOS fait 25 000 actes par an. 30% de nos actes (soit environ 7 500) sont liés à des problèmes spécifiquement 'psy' : des dépressions, des difficultés des adolescents, l'alcoolisme, des maladies mentales explicites, et les problèmes des détenus.</i></p> <p><i>La moitié de ces 30%, ce sont des gens qui ont des pathologies psychologiques banales récurrentes : la pathologie alcoolique (10% environ), les déprimés, les tentatives de suicide à répétition, les coups de blues réguliers, qui ont augmenté depuis 15 ans.</i></p> <p><i>La pathologie psychiatrique lourde, c'est au moins une fois par jour.</i></p>

Ces données sont évidemment fragmentaires et pas toujours fondées rigoureusement d'un point de vue méthodologique, ce qui met en avant la question des indicateurs pertinents d'observation.

Mais elles révèlent cependant quelques dimensions importantes de la réalité actuelle :

- une augmentation sensible de l'activité des services spécialisés du CHGR, et notamment des patients suivis en ambulatoire (qui ne comprend pas que le domicile), mais qui ne pourraient être lues que sur la base d'une comparaison avec d'autres territoires en fonction également d'évolutions démographiques ;
- le fait que de plus en plus d'acteurs de terrain, d'intervenants sociaux (notamment les services de tutelle et les organismes HLM) rencontrent des publics qui sont ou ont été soignés par des services de psychiatrie ;
- une augmentation importante des mesures de protection juridique des personnes, phénomène également national<sup>7</sup>, dont les opérateurs locaux soulignent la relation avec la présence de publics avec des difficultés d'ordre psychique.

Ces données attestent d'une lente évolution se traduisant par la présence plus forte de personnes touchées par une maladie ou des troubles psychiques dans la cité.

#### **D- Les difficultés du "vivre ensemble"**

Avant d'analyser les dispositifs d'intervention, nous voulons traiter ici des enjeux sociaux qui se rapportent à cette question. Par enjeux sociaux, on entend les questions liées à la vie sociale au sens large, à l'insertion, à la cohabitation de ces personnes avec leurs voisins, à la place de ces ménages ou personnes dans la cité, à l'échelle des communes, des quartiers ou des immeubles.

On sait en effet que la vie de voisinage peut être très difficile et fortement dégradée en raison de troubles provoqués par des comportements et modes de vie décalés par rapport aux normes généralement admises<sup>8</sup>. Mais ce que soulignent les acteurs rencontrés, c'est que les troubles provoqués par des personnes touchées ponctuellement ou fréquemment par une maladie mentale produisent des effets négatifs d'une autre ampleur que de simples désagréments sociaux : la 'folie' ou maladie mentale a une dimension irrationnelle, elle est rapidement source d'angoisse (notamment si les réponses institutionnelles sont jugées insuffisantes ou sont absentes) ; elle peut donc générer également des processus d'exclusion.

<sup>7</sup> Augmentation de 44 % en 7 ans, de 1992 à 1999 ; 600 000 personnes en France bénéficient d'une mesure de protection juridique, dont près de la moitié confiée à des associations tutélaires.

<sup>8</sup> Cf. à ce sujet l'étude sur l'habitat adapté sur Rennes Métropole (APRAS / CERUR / Jean-Yves BROUDIC), 2002

Faut-il souligner les énormes enjeux citoyens que recouvrent ces questions à l'échelle d'une ville et de la société <sup>9</sup>?

Nous reprenons les matériaux de nos entretiens sur cette question au travers de trois rubriques:

- d'une part celle du rapport entre troubles ou maladies psychiques et lien social
- d'autre part celle de l'insertion sociale, de la vie de voisinage ou cohabitation
- d'autre part, celle de la localisation ou répartition géographique (dans la ville, sur l'agglomération).

La maladie mentale touche toutes les catégories de population, mais elle produit aussi une désinsertion qui s'articule à aux processus de différenciation spatiale et sociale dans la ville (liés notamment au coût du logement, aux statuts d'occupation, à l'histoire, etc.), à l'œuvre dans les villes. Prendre en compte quelques éléments de cette réalité sociale est également important dans la perspective de réflexion sur les modes d'intervention.

### **a- les processus de désinsertion**

Plusieurs interlocuteurs ont rappelé ou souligné l'étroite imbrication entre les formes de troubles qui conduisent à une maladie avec ses phases de crises ou de rémission et les liens sociaux. L'altération du rapport à la réalité concerne bien entendu la dimension sociale, c'est-à-dire le rapport à ses proches, à sa famille, à ses voisins ; l'usage d'un langage parfois incohérent ou délirant peut constituer pour eux un signe inquiétant, ainsi que les crises graves se traduisant par des menaces ou une mise en danger de soi ou d'autrui ; enfin d'autres formes de troubles, tels que le repli sur soi, la dépression, l'incurie au niveau du logement ne restent discrets ou sans effets sur le voisinage que jusqu'à un certain point.

***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...***

**CHGR, M. Pistien**

*Les psychotiques (à domicile, sur le secteur) sont plutôt des 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.*

*Les alcooliques (...) sont souvent des personnes en couple, avec de grosses dettes de loyer...un certain nombre sont sous tutelle...*

*Les 'jeunes carencés', avec des histoires familiales complexe (...), 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, parfois en appartement, en meublés ou hébergées après une vie en institution, ce qui fait qu'ils supportent difficilement la solitude du week-end. 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...*

*Ce sont des gens fragiles, qui sont souvent squattés, exploités, spoliés ou battus par des personnes malveillantes...*

**CHGR, Mme Hervault**

---

<sup>9</sup> Cf. à ce propos le n° 19 du Journal Français de Psychiatrie : "**Destruction de la psychiatrie, disparition du citoyen ?**". Ed. Erès, octobre 2003, ainsi que les travaux des Etats Généraux de la psychiatrie de juin 2003, que l'on trouve sur le site [www.eg.psychiatrie.com](http://www.eg.psychiatrie.com)

*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...*

*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 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.*

**Espacil, M. Nguyen, Mme Rault**

*Une 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 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*

**OPHLM Rennes, M. Magnaval, Mme Le Brun, Mme Ferré**

*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 le jour, parfois à la demi-journée.*

**ATI, Mme Virolle, Mme Longueuvre, M. Blain, M. Pencoulé**

*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."*

**APASE, F.Le Filleul, P. Le Gleau, A.Hello, J. B. Pecot**

*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...*

*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...*

**APASE, F.Le Filleul, P. Le Gleau, A.Hello, J. B. Pecot**

*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....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.*

*APASE, F.Le Filleul, P. Le Gleau, A.Hello, J. B. Pecot*

### **b- Les effets sociaux et les problèmes de cohabitation**

Ce sont les acteurs de terrain et leurs responsables administratifs (dans les organismes de travail social ou dans les organismes HLM), ainsi que les élus qui vont au être premier plan pour observer ces effets, parce qu'ils sont sollicités pour remédier à un certain nombre de dysfonctionnements quotidiens qui résultent de la dégradation des relations de voisinage.

*Je constate au travers des rapports des correspondants de nuit d'OPTIMA que l'on a deux origines pour les troubles forts :*

- les appartements d'insertion
- toutes les personnes qui craquent, perdent pied, entrent en conflit avec leur environnement.

*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 'bien vivre ensemble'. 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.*

*J.Y. Gérard, adjoint au maire.*

*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... cette personne est repérée 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.*

*Aiguillon Construction, Mme Léger, Mme Colliot.*

***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.***

*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.*

*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.*

*OPAC, M.Gilles, M. Sablé*

*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.*

*Il arrive cependant que les voisins décident de partir craignant pour leur propre santé....*

*Nous sommes démunis face à ce type de situations, nous avons des difficultés à cerner sa dangerosité..*

*Espacil, M. Nguyen, Mme Rault*

### **c- la répartition spatiale**

Les villes et agglomérations sont à la fois des espaces de rencontre et d'échanges entre toutes les couches de la population, mais également des territoires où sont à l'œuvre des processus de différenciation, se traduisant par une répartition hétérogène des ménages sur le territoire. Ces processus sont à l'œuvre à plusieurs échelles : bassin d'habitat, villes, quartiers ou îlots, et également au sein du parc HLM.<sup>10</sup>

Ainsi, dans la mesure où troubles où la maladie obèrent souvent une carrière professionnelle et l'insertion sociale ordinaires, les quartiers d'habitat social vont être globalement plus concernés par cette question, ce qui en rend sa lecture encore plus complexe, puisque les symptômes d'une maladie se combinent alors 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 administrations, une plus mauvaise santé sur le plan physique, etc.

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

- ainsi, 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 récupère souvent des patients sortant des services d'autres secteurs de la psychiatrie
- les chiffres donnés par les organismes publics d'HLM (OPAC et OPHLM) (cf. plus haut) mettent en évidence une présence forte des situations difficiles dans leur patrimoine

*On peut distinguer deux catégories :*

- *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 travailler, parce qu'elles sont généralement en relation avec des professionnels ;*
- *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.*

#### **Rennes Métropole, M. Dreuslin**

*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.*

#### **SOS Médecin, Mme Barbotin**

Par ailleurs, la question ne se présente pas de la même façon sur la ville de Rennes et dans les autres communes de Rennes Métropole. Dans ces dernières, ont indiqué plusieurs interlocuteurs, les relations sociales y sont plus personnalisées, l'inter-connaissance plus forte, le rapport aux élus plus direct.

*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*

---

<sup>10</sup> Sur ces processus sur le territoire de Rennes notamment, cf. notre contribution à l'ouvrage collectif : "**Sites urbains en mutations. Territoires et trajectoires**", L'Harmattan, 1990.



## **II- LES DISPOSITIFS D'INTERVENTION**

Nous avons choisi ici de regrouper les informations recueillies et leur analyse en trois parties :

- les dispositifs ordinaires d'intervention et leur limites, qui mentionnera également les tentatives et initiatives prises par certains acteurs sur ce plan
- les instances de rencontres entre professionnels, éléments ou prolongements logiques et naturels des précédents
- les questions relatives à l'habitat, à l'hébergement et à l'hospitalisation sous leurs différentes formes.

### **A- Les dispositifs ordinaires d'intervention et leurs limites.**

On peut commencer cette partie en évoquant quelques situations mentionnées par des acteurs de terrain, lors de nos entretiens, ou qui avaient été présentées lors du travail du Comité Consultatif Santé dans la ville en fin 2002.

*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 détritrus, 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.*  
**APASE, Mme Le Filleul, P. Le Gleau, A. Hello, J. B. Pecot**

*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...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 pu organiser 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...*  
**CRAM, Mme Macq**

*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.*

*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<sup>ème</sup> 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 ?*

**Aiguillon Construction, Mme Léger, Mme Colliot**

*Les conditions de vie (des patients avec une pathologie lourde) 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...*

**SOS Médecins, Mme Barbotin**

*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.*

*Actuellement, l'expulsion reste la seule solution, la procédure est en cours.*

**OPHLM Rennes, M. Magnaval, Mme Le Brun, Mme Ferré**

*"Nous sommes sollicités au sujet 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...*

*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 : "Nous ne voyons pas ce que nous pouvons faire pour elle...." ; ou : "Il faut qu'elle se déplace pour faire telle demande d'aide..."*

*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.*

**Elus de Rennes Métropole**

Ces quelques situations ont pour points communs :

- une répétition du symptôme, de troubles, sources de nuisances sur le plan social, ou source de danger pour la personne ou pour autrui
- une interpellation d'acteurs locaux, professionnels ou élus, non pas dans leurs fonctions, mais plus précisément dans les marges de leur fonction, conduisant alors à une mise en échec de leur capacité d'intervention.

## **a- Le contrat, impossible ou difficile à tenir**

Une lecture de ce type de situation peut se faire à partir de la notion de contrat. Ce terme peut en effet s'entendre dans plusieurs sens :

- le contrat social, qui repose sur la négociation entre citoyens, donc sur la demande de l'un par rapport aux potentialités de réponse de l'autre, ainsi que sur les règles de civilités en usage dans telle ou telle société
- le pacte symbolique, inhérent au langage, qui renvoie à également au rapport à la mort et à la sexualité, à la dette envers les générations précédentes<sup>11</sup>, et qui sous tend l'ensemble des relations sociales
- la dimension contractuelle formelle, dans le cadre d'un accord passé entre deux sujets responsables, et qui est la forme la plus fréquente de travail entre professionnels, notamment de l'intervention sociale.

Or, c'est dans ces trois registres que l'on voit des 'failles' dans les situations évoquées : celui de la vie sociale ordinaire, et à des degrés divers de gravité<sup>12</sup> ; celui du psychisme ; celui des relations contractuelles entre les intervenants et ces personnes.

Ces trois registres sont donc étroitement liés : ces situations interrogent les fonctionnements ordinaires des institutions, de leurs professionnels et les modalités de 'prise en charge', puisque le malaise d'une partie de ce public s'exprime au travers d'un refus ou d'une impossibilité de rester dans un cadre : le cadre familial, le cadre d'un contrat ou d'un projet, le cadre du travail d'accompagnement social, le cadre d'un hébergement, ou un cadre éducatif ou thérapeutique, etc.

Cette difficulté ou impossibilité, ponctuelles ou régulières, pour la personne à rester dans le cadre du contrat est souligné par de nombreuses personnes :

*Les alcooliques (...), on est assez démuni 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...***

**CHGR, Mme Hervault**

*(Les personnes 'carencés affectifs') sont 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...***

*Ce sont des gens fragiles, qui sont souvent squattés, exploités, spoliés ou battus par des personnes malveillantes...*

**CHGR, Mme Hervault**

*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 une 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...*

**Parquet, M. Calut**

*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*

---

<sup>11</sup> On peut renvoyer à ce sujet aux travaux d'anthropologie, tels que ceux de Marcel Mauss (*Essai sur le don*) et Lévy-Strauss (*Anthropologie structurale I et II*), ainsi qu'à de nombreux travaux de psychiatres et psychanalystes, tel que "*Les Psychoses*" de J. Lacan, Seuil.

<sup>12</sup> Comme l'attestent régulièrement de dramatiques 'faits divers', dont plusieurs dans la région ces dernières années (Guichen, Le Verger)

compliqué" (au centre de vacances de la Vicomté). A l'accueil, les gens ressentent plus d'agressivité, on doit de temps en temps solliciter un agent de sécurité.

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.

**CAF, Mme Créquer**

**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...**

**OPHLM Rennes, M. Magnaval, Mme Le Brun, Mme Ferré**

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...

**Aiguillon Construction, Mme Léger, Mme Colliot**

**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 loupaît les rendez-vous.(...) 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...**

**Aiguillon Construction, Mme Léger, Mme Colliot**

Tous ces cas créent des troubles de voisinage plus ou moins importants, les plus difficiles sont les gens qui ont souvent été hospitalisés, sous tutelle, difficilement insérables (...)

**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.

**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**

**OPAC 35, M. Gilles, M. Sablé**

A propos de la monographie DI (...), **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...**

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 souviennent pas.** Lui il était plaignant par rapport au voisinage.

**Aiguillon Construction, Mme Léger, Mme Colliot**

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 mainlevée. 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.

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.**

*ATI, Mme Virolle, Mme Longueuvre, M. Blain, M. Pencoulé*

***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.***

*Par exemple : 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. (...) 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.***

*ALFADI, M. Dufeu, Mme Gélineau, Mme Solard, Mme Snoeck, M. Lemoine,*

*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.*

*ALFADI, M. Dufeu, Mme Gélineau, Mme Solard, Mme Snoeck, M. Lemoine,*

Cette lecture autour de la notion de contrat, dans tous les sens que nous avons souligné, permet aussi de comprendre l'isolement social des personnes atteintes de ce type de troubles ponctuels ou de pathologies plus chroniques, les difficultés des professionnels à travailler avec eux, ainsi que les limites des interventions axées essentiellement sur une dimension éducative.

***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, mais les troubles qu'ils présentent ne facilitent pas la relation, ni avec le boulanger, ni avec les voisins...(...)***

*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.*

*APASE, Mme Le Filleul, P. Le Gleau, A. Hello, J. B. Pecot*

*On ne peut pas contractualiser dans le cadre de notre mandat, 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...*

*ATI, Mme Virolle, Mme Longueuvre, M. Blain, M. Pencoulé*

***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.*

**ATI, Mme Virolle, Mme Longueuvre, M. Blain, M. Pencoulé**

### **b- La demande et le suivi thérapeutiques**

Bien entendu, on retrouve alors une difficulté à entrer et respecter un protocole thérapeutique, et ce d'autant plus que dans certaines pathologies, la proposition d'un dispositif de soins peut elle-même, chez certaines personnes, être interprétée comme malveillante. Mais ces difficultés ne veulent pas dire impossibilité : l'expérience de l'équipe mobile psychiatrie – précarité du CHGR montre également que la perception d'une demande, et la construction d'un lien thérapeutique sont liées au dispositif d'offre institutionnelle et à l'écoute des professionnels.

***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...***

*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...*

**CHGR, Docteur Pistien**

*Une partie des personnes accueillies dans le secteur est invitée à venir en CMP et CATT, 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...*

**CHGR, Mme Hervault**

*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...*

**OPHLM Rennes, M. Magnaval, Mme Le Brun, Mme Ferré**

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

**ALFADI, M. Dufeu, Mme Gélinau, Mme Solard, Mme Snoeck, M. Lemoine,**

*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.*

**CHGR, Mme Orgeas, M. Bréger**

*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.*

**ALFADI, M. Dufeu, Mme Gélinau, Mme Solard, Mme Snoeck, M. Lemoine**

Dans la période actuelle, l'extension et la promotion du droit des usagers constituent une constante des politiques publiques au cours des dernières années, et plus récemment dans le champ de l'intervention sociale et dans le secteur sanitaire<sup>13</sup>. Et qui dit usager suppose un sujet conscient, capable de négocier ses prestations, de formuler à ce propos des demandes, même si les lois et textes réglementaires prévoient des dispositions autres dans certaines circonstances (mineurs, personnes incapables, danger, hospitalisations sans consentement, etc.).

Le soin est donc considéré comme reposant sur une demande et du registre de la liberté individuelle. Les personnes avec des troubles psychiques de divers ordres et gravité peuvent donc être demandeuses de soins, ou non ; dans le premier cas, cette demande peut s'exprimer sous des formes directes ou par des voies détournées pas toujours visibles au premier abord, etc. Enfin, après l'entrée dans un protocole thérapeutique, se pose la question de la pérennisation de ce parcours et de ses effets (qui ne peuvent être immédiats).

Ces différents aspects sont relatifs aux processus de soins basés sur des traitements médicamenteux mais également à d'autres formes de suivi thérapeutique :

*Un 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 derrière 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.*

*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...*

**JY Gérard, adjoint au maire de Rennes**

*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 menace de mort la pharmacienne du quartier pour*

---

<sup>13</sup> Lois de 2002 sur les droits des malades et relative au secteur social et médico-social.

*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.*

**OPAC, M. Gilles, M. Sablé**

On voit là les enjeux en termes de liberté individuelle. D'une part, une personne avec d'importants troubles psychiques peut avoir de tels effets sur la vie de voisinage qu'elle porte atteinte à la liberté de ses voisins et à leurs droits de jouir normalement d'une tranquillité à leur domicile. D'autre part, une organisation sociale ne peut organiser l'exclusion dans un espace séparé de la cité toutes les personnes qui présentent des troubles. C'est bien contre cette perspective asilaire que s'est constituée l'histoire récente de la psychiatrie<sup>14</sup>, et la loi de 1990 sur la psychiatrie a pris de nombreuses dispositions pour éviter des hospitalisations ou internements abusifs.

Les questions qui se posent sont donc celles du suivi thérapeutique en dehors de l'hôpital, par les services ambulatoires, ainsi que les réponses de l'institution à des demandes d'interventions extérieures, et l'articulation avec d'autres services de suivi.

*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 (...)*

*On est sollicité bien sûr, mais parfois ça prend la forme de l'injonction thérapeutique, ce qui n'est pas toujours adéquat.*

**CHGR, M. Pistien**

*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.*

**ATI, Mme Virolle, Mme Longueuvre, M. Blain, M. Pencoulé**

*Pour certaines 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 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.*

**APASE, Mme Le Filleul, P. Le Gleau, A. Hello, J. B. Pecot**

*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 (...).*

*(A propos d'une personne qui a accepté une hospitalisation au CHS pour des soins) : 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. (...)*

*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.*

**ALFADI, M. Dufeu, Mme Gélinau, Mme Solard, Mme Snoeck, M. Lemoine,**

---

<sup>14</sup> Cf. plus loin les données dans la partie relative à l'hospitalisation

*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 s'adresser.*

**SOS Médecins 35, Mme Barbotin**

### **c- Dernier recours ou déplacement des publics et de la demande ?**

Nous avons été surpris d'entendre un discours récurrent dans un grand nombre de nos entretiens, à savoir que l'institution à laquelle appartenait notre interlocuteur était souvent, d'après eux, le dernier lieu d'appel pour les personnes les plus en difficultés sur le plan psychique ou mental.

*"Nous sommes le dernier recours" ; "Nous sommes le dernier contact de cette personne avec l'extérieur", "Nous sommes le dernier rempart" : beaucoup de professionnels et d'institutions le pensent en effet : les élus et les services communaux, la psychiatrie, les organismes HLM, les organismes de tutelle, la Police, les urgences du CHU, OPTIMA, SOS Médecins...*

On peut en déduire que :

- soit les personnes en difficulté ont beaucoup de derniers recours, à qui elles s'adressent successivement, ce qui serait rassurant,
- soit qu'elles ont des recours à différents moments de leur vie et de leur parcours ou de la journée et de la nuit ;
- soit que ce ne sont pas les mêmes personnes qui s'adressent à des professionnels et institutions comme dernier recours ;
- soit encore que la notion de dernier recours ne correspond pas toujours à la réalité du point de vue de l'usager, car elle suppose qu'il trouve auprès de ce recours une réponse à sa question, alors que l'on constate bien souvent un renvoi de personnes d'un dispositif à un autre...

*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.*

**Police Nationale, M. Jousset.**

***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.***

**APASE, Mme Le Filleul, P. Le Gleau, A. Hello, J. B. Pecot**

***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...***

***(...) 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.*

***OPAC 35, M. Gilles, M. Sablé.***

*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.*

*Pour cette situation, on avait deux solutions : l'expulsion, ou le relogement.*

***Espacil, M. Nguyen, Mme Rault***

La notion de dernier recours nous semble donc liée à une autre réalité, celle du passage fréquent de personnes entre différents dispositifs et professionnels. Cette dimension peut se lire à plusieurs niveaux :

- d'une part, il est certain que, comme tout un chacun, les personnes souffrant de troubles ou maladies psychiques ont affaire à de multiples institutions et professionnels, et qu'elles peuvent donc mettre en avant et exprimer leurs symptômes à tour de rôle à leurs interlocuteurs (à l'extrême, ceux-ci peuvent être lus comme des 'productions' propres du sujet, auxquelles il va tenir, puisqu'elles lui permettent également d'avoir des relations sociales, notamment avec les intervenants sanitaires ou sociaux) ;
- d'autre part, ces personnes bousculent effectivement les cadres ordinaires d'intervention (cf. ce que nous avons dit plus haut du contrat), ce qui peut conduire les professionnels à les renvoyer vers d'autres dispositifs ; et cette dimension est évidemment présente puisque les frontières ne sont heureusement pas totalement figées ;
- mais de plus, les personnes ne sont pas passives et seulement objets des orientations des professionnels : elles peuvent s'adresser à tel dispositif et tel professionnel, pour tel objet auquel ceux – ci ne peuvent répondre, **à défaut de pouvoir subjectivement et réellement s'adresser à la bonne place, car cela nécessiterait d'occuper une place de sujet demandeur souvent difficile ou impossible à tenir. Il s'agit là des voies détournées de la demande que nous avons évoquées plus haut.**

Les observations de nos interlocuteurs donnent donc l'impression d'un déplacement des publics entre les dispositifs, comme si personne ne pouvait entendre la question spécifique posée par un tel ou un tel, à la fois parce qu'elle s'exprime de manière détournée et parce que les professionnels ne l'entendent pas. Cela pose non seulement des questions institutionnelles de prise en charge et de passage de témoin, mais aussi de questions relatives à l'écoute et la lecture du discours et du comportement de ces personnes par chaque professionnel, donc aux compétences et à la formation. On n'observe donc de nombreux chassés-croisés institutionnels, et d'appels successifs d'intervenants :

*Dans les bureaux de police de quartier, 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...*

**Police Nationale, M. Jousset**

(A la DDASS on reçoit des) 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.

**DDASS, Mme Brunet**

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. Mais on ne peut pas priver de liberté toutes les personnes qui commettent des infractions...La réponse ne peut être que médicale...**La Justice ne peut être mêlée à tous les problèmes qui ne sont pas de son ressort...**

**Parquet, M. Calut**

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 : '**mais moi je ne connais pas cette personne !**'. au médecin qui dit : '**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**'. Le CHGR répond : '**oui mais on ne le suit plus puisqu'il est sorti, il ne revient plus nous voir en consultation**'. On a la Police qui dit : '**on sait bien, les voisins nous ont appelés, mais il n'ouvre pas sa porte...**' ou qui dit : '**moi j'ai pas de plainte du voisinage, à la limite, je classerais cela sans suite...**'

Pour des gens suicidaires, on a parfois appelé des médecins...et on nous disait : '**et bien oui mais que voulez-vous que j'y fasse..?**' ou des membres de la famille qui venaient et qui disaient : '**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...**'

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.

**OPAC 35, M. Gilles, M. Sablé**

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.

**ATI, Mme Virolle, Mme Longueuvre, M. Blain, M. Pencoulé**

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 inexercable, 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...

**APASE, Mme Le Filleul, P. Le Gleau, A. Hello, J. B. Pecot**

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.

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 ?*

***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.***

***DAS 35, Mme Leguen, M. Hamonic***

Jean Furtos<sup>15</sup> a décrit ces allers-retours de personnes entre dispositifs cela en termes ***d'inversion*** : si un tel apparaît malade à un intervenant extérieur, il sera considéré comme 'cas social' à l'hôpital psychiatrique, en raison précisément de sa non-demande ou de sa demande indirecte :

*"Reprenons la question de la 'non – demande'. Certes les "psy" sont habitués à ce que les patients les plus difficiles à traiter (enfants et adultes) ne demandent pas de soins : c'est un tiers qui demandent pour eux (...)*

*Mais la barre est mise de plus en plus haut, et elle est excluante en tant qu'exigence de grande ambition, inassumable par tous. Elle doit être tempérée par une ambition en rapport avec le collectif. Que deviennent tous ceux qui vont moyennement bien dans leur tête, dans leur cœur, dans leur lien avec autrui et qui précisément ne peuvent demander qu'ils soient psychotiques ou non ? **La réponse est simple : leur demande pour être prise en compte doit être portée par un tiers, sinon il y a exclusion (...)***

*Il existe des formes d'expression de la souffrance différentes de ce qui est décrit dans les livres, bien qu'obéissant aux même processus psychiques fondamentaux"*

La prise en compte de cette notion de déplacement de personnes et de symptômes (liée à l'expression d'une demande indirecte, liée elle-même à une impossibilité ou difficulté à formuler une demande directe) est importante pour comprendre les sollicitations qui paraissent précisément '**déplacées**' pour professionnels de certains services institutionnels. **La multiplication des situations d'incompréhension et d'agressivité dans des lieux publics peut en grande partie s'expliquer par ce type de 'déplacement' de la demande ou d'expression d'une demande détournée ou indirecte.** Ainsi dans les situations suivantes, on voit les difficultés des personnes à tenir un cadre d'intervention se traduisant par une sollicitation à la mairie, et la difficulté pour les professionnels à entendre et comprendre ce dont il s'agit.

*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.***

***APASE, Mme Le Filleul, P. Le Gleau, A. Hello, J. B. Pecot***

*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), (...) très agressif...**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 (...)**C'est l'intervention du juge qui a permis de sensibiliser tous les acteurs à ce projet.*

***Espacil, M. Nguyen, Mme Rault***

---

<sup>15</sup> Jean Furtos : "**Problème d'identité et partenariat dans le champ de la précarité sociale**", in "Exclusion et psychiatrie", sous la direction de Michel Minard, Editions Erès, 1999, p. 85 / 88.

#### **d- La multiplicité des intervenants sur des territoires non homogènes**

Les déplacements / renvois / passages de personnes en souffrance entre dispositifs sont courants et normaux entre professionnels de l'intervention sociale et sanitaire. Ce qui est souligné ici, c'est que ces passages ne se font pas toujours et les personnes les plus en difficulté en sont victimes, avec des conséquences importantes sur le plan de la vie sociale.

Ce qui rend un peu plus compliqué les collaborations entre professionnels, c'est le nombre d'intervenants sur le territoire de l'agglomération ; en effet à une autre échelle, peuvent s'établir plus facilement des relations personnelles suivies, ce qui permet de faire tomber des barrières institutionnelles. A l'échelle du territoire de Rennes Métropole, c'est plus difficile.

*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.*

**DAS 35, Mme Leguen, M. Hamonic**

*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.*

*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. ...Il serait intéressant d'avoir un référent dans chaque secteur de psychiatrie.*

**Ville de Rennes, Mmes Fourdan, Tyrant, Ertz**

*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.*

**ALFADI, M. Dufeu, Mme Gélinau, Mme Solard, Mme Snoeck, M. Lemoine**

*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 ?*

**CAF, Mme Créquer**

*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.*

**CHGR, Mme Guivarc'h**

Il y a donc une méconnaissance relative de certains cadres d'intervention des professionnels de chaque institution, de l'organisation générale des services et des difficultés liées à la multiplicité des intervenants (nombre élevé d'interlocuteurs réels ou potentiels...), à l'absence d'interlocuteurs – référents. Les découpages territoriaux en vigueur ne facilitent pas non plus ces relations.

Les cartes ci-jointes montrent en effet les décalages existant notamment entre les territoires des CDAS et ceux des secteurs de psychiatrie adulte du CHGR : à plusieurs reprises, on voit les professionnels d'un CDAS devoir travailler avec des professionnels de trois secteurs et réciproquement ; le CDAS du centre de la ville correspond au territoire de quatre secteurs du CHGR.

Soulignons également que si cette complexité administrative peut "troubler" les professionnels, elle ne facilite pas non plus les usagers des services, notamment pour les premières démarches. A cela s'ajoutent les questions des horaires d'ouverture, sans parler du passage par plusieurs interlocuteurs administratifs avant de rencontrer une personne en position thérapeutique ; de plus cette organisation ne permet pas le libre choix de son professionnel du soin par la personne, et peut être la cause de ruptures de liens thérapeutiques.

*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.*

*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.*

*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.*

**CHGR, Mme Guivarc'h**

***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.***

*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...*

**CHGR, Docteur Pistien**

***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...***

**CHGR, Mme Hervault**













## **B- INITIATIVES PRISES POUR AMELIORER LES MODES D'INTERVENTION**

Le tableau relatif à la description des dispositifs existants serait incomplet sans la prise en compte des actions et initiatives mises en œuvre pour changer les modes d'intervention. Nous en relevons trois :

- le recours à de nouvelles compétences,
- l'articulation ponctuelle de suivis à domicile,
- la recherche de lieu de concertation entre professionnels

### **a- L'appel à des compétences complémentaires**

Le recours à des compétences dans le domaine psychologique ou psychiatrique est une tendance actuelle correspondant à une demande du côté professionnel :

*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 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.*

**DAS 35, Mme Leguen, M. Hamonic**

*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*

**Aiguillon Construction, Mmes Léger et Colliot**

Ce type d'initiatives est aussi observable dans le traitement des situations d'agressivité entre agents de services et certains usagers dans plusieurs institutions.

*Devant cette situation, nous avons mis en place une procédure double :*

*. 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.*

**Ville de Rennes, Mme David**

*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.*

***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.*

**CAF, Mme Créquer**



La dernière situation évoquée illustre ce que nous disions préalablement de la non demande directe, du déplacement de la personne, de la demande ou du symptôme entre dispositifs et professionnels, et sur les effets possibles d'une autre écoute, articulée à un lieu de concertation, la CLH (cf. plus loin).

La mise en place de l'équipe mobile "Psychiatrie-précarité" du CHGR, ainsi que d'une équipe de psychiatrie aux urgences du CHR, a permis également de toucher une autre population.

*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 CHGR, Mme Orgeas, M. Bréger*

## **b- L'articulation des suivis à domicile**

Les suivis à domicile concernent :

- des interventions techniques (aides-ménagères / auxiliaires de vie),
- les interventions sociales et le lien avec un suivi thérapeutique,
- la coordination générale de l'accompagnement des personnes (soins / accompagnement social / services d'aides à domicile / habitat)

Sur les interventions d'aides techniques (aides-ménagères), les observations de nos interlocuteurs sont relatives d'une part à l'insuffisance des places et des structures intervenantes, d'autre part aux difficultés spécifiques d'intervention auprès des personnes avec des troubles psychiques.

*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.  
CHGR, Mme Hervault*

*On continue d'expliquer sans cesse notre mandat, notre fonction, nos limites. Mais les demandes continuent à être à côté (...). 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. Ça 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....  
ATI, Mme Virolle, Mme Longueuvre, M. Blain, M. Pencoulé*

*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 ré-expliquer 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.*

*APASE, Mme Le Filleul, P. Le Gleau, A. Hello, J. B. Pecot*

L'information réciproque des intervenants du champ social et du champ sanitaire existe dans certaines situations, de façon ponctuelle.

*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, ç'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...*

**APASE, Mme Le Filleul, P. Le Gleau, A. Hello, J. B. Pecot**

*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...*

**ALFADI, M. Dufeu, Mme Gélinau, Mme Solard, Mme Snoeck, M. Lemoine**

Il a été fait état des difficultés à créer **un maillage d'intervention** autour de situations précises (personnes qui ont besoin d'un cadrage, d'un 'étayage', de supports), à passer le relais à d'autres professionnels (notamment dans le cas d'un déménagement induisant un passage entre quartiers Rennes ou territoires de Rennes Métropole), mais également de tentatives pour organiser **un réseau de vigilance** autour de certaines personnes, réseau qui peut s'articuler aux relations sociales ordinaires ou aux relations professionnelles, réseau que l'équipe mobile de psychiatrie – précarité a commencé à tisser pour les publics les plus en difficulté.

*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.*

**ATI, Mme Virolle, Mme Longueuvre, M. Blain, M. Pencoulé**

*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.*

**APASE, Mme Le Filleul, P. Le Gleau, A. Hello, J. B. Pecot**

*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. Ca 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,...*

**ALFADI, M. Dufeu, Mme Gélinau, Mme Solard, Mme Snoeck, M. Lemoine,**

*L'intérêt de notre travail auprès des professionnels est :*

- de permettre une prise en charge plus globale de la personne,
- 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.

**CHGR, Mme ORGEAS, M. BREGER**

L'organisation de ce type de réseau renvoi donc à la question de l'existence d'instances ou de protocoles pour les organiser.

### **c- La recherche de lieux de concertation**

Il existe différents lieux de rencontres entre professionnels pour examiner des situations individuelles de ménages ou personnes dont les situations sont problématiques :

- la commission pour l'accès à un logement prioritaire de la CLH ou l'accès à un logement adapté
- les commissions CES (cellules d'examen des situations) du CLS, contrat local de sécurité
- les CAE (commission d'aide à l'évaluation) et C.A.D (commission d'aide à la décision) des CDAS, et les espaces sociaux communs sur la Ville de Rennes
- les synthèses ponctuelles dans des lieux divers : CHGR, ALFADI, en CDAS ou en CCAS des communes périphériques

Quelles sont les observations des acteurs locaux sur ces instances par rapport aux questions que l'on traite et quels enseignements en tirer pour l'avenir ?

*"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".*

**Elus de Rennes Métropole**

*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 collèges. Dans le partage des infos, il y a une boucle qui ne se fait pas toujours.*

**Ville de Rennes M. Gérard, adjoint**

*Dans le cadre du CLS ont été mis en place les deux instances suivantes :*

*. 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.*

**Ville de Rennes, Mmes Fourdan, Tyrant, Ertz**

*En CDAS, la CAE (commission d'aide à l'évaluation) 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 (commission d'aide à la décision)** est une instance où vont se proposer des orientations et des décisions, hors aides financières. Les questions portent sur les propositions en termes d'accompagnement éducatif, de signalement au magistrat de l'enfance.... 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, 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.

**DAS 35, Mme Leguen, M. Hamonic**

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.

**CAF, Mme Crequer**

**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.

**Aiguillon Construction, Mme Léger, Mme Colliot**

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... (...) **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.

**Aiguillon Construction, Mme Léger, Mme Colliot**

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 **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 en place d'un contrat d'accompagnement social. L'avenir nous dira si ce relogement a véritablement contribué à la stabilité de la situation....

**Espacil, M. Nguyen, Mme Rault**

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...*

**OPAC 35, M. Gilles, M. Sablé**

*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 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.*

**Aiguillon Construction, Mme Léger, Mme Colliot**

Ces propos mettent en évidence l'intérêt de ces rencontres, qui permettent une recherche de solutions mais également une recherche de compréhension plus globale et collective des personnes ; c'est l'échange avec d'autres professionnels qui permet de changer leur regard sur la personne en difficulté, ce qui va changer également le rapport professionnel / personne.

Le fonctionnement de ces instances pose donc plusieurs questions, quant à la prise en compte régulière des publics avec des troubles d'ordre psychologiques ou mentaux :

- la régularité de leur fonctionnement et leur réactivité : qui peut provoquer une réunion ? qui peut interpeller tous les autres acteurs ? qui peut faire le lien ?
- la présence en ces instances de tous les intervenants concernés (acteurs de l'habitat, CHS...)
- la légitimité d'un interlocuteur pour interpeller et coordonner tous les autres acteurs sur des situations précises, sur la durée et non seulement ponctuellement. On voit bien que sur les communes périphériques, la légitimité politique est plus présente (réunions en CDAS).
- les modes d'organisation: : réunion institutionnelle ou réunion d'acteurs de terrain, au contact de la personne
- la fréquence et temporalité : une réunion ponctuelle ou une série de réunions régulières
- l'échelle territoriale pertinente : agglomération (CLH), quartiers (CES du CLS, C.A.D du CDAS), le territoire d'intervention d'une institution
- les règles de travail au sein de ces instances : mode de présence des professionnels de chaque institution participante, déontologie, organisation pratique (courrier, compte-rendu ou non...), modalités d'échanges sur les situations, présence ou non de la personne, suites données aux réunions, compte-rendu, écrits ?

Sur cette question, il est important de souligner également les modifications en cours au CHGR :

*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...*

**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...**

*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*  
**CHGR, M. Pistien.**



## **C- L'HOSPITALISATION ET L'HEBERGEMENT**

### **a- capacités et modes d'hospitalisation**

Les CHS ont connu dans la période récente des restructurations et transformations de leurs structures, qui s'est traduit notamment par réduction de leur capacité d'hospitalisation. Au niveau national, il est considéré que "125 000 places d'hospitalisation ont été supprimées entre 1970 et 2000, avec une accélération du mouvement au cours de la dernière décennie" (Le Monde du 07 / 06 /02).

*"Seize années après (de 1970 à 1987), les modalités de prise en charge se sont substantiellement modifiées. Ce n'est pas tant la baisse spectaculaire des lits des établissements spécialisés qui marque (ils sont passés de 170 000 au début des années 1970 à 71 000 en 1997 avec une très nette accélération de cette baisse à partir de 1987 !), mais bien l'évolution des prises en charge : 60 % des patients suivis par les équipes des établissements publics le sont en extrahospitalier. La durée de séjour ne cesse de décroître : de 250 jours en 1970 elle n'est plus que de 37 jours dans les hôpitaux publics en 1995 ! (...)*

*Ce panorama serait toutefois partiel et partial si nous nous contentions d'observer le seul secteur public. Il existe en France une hospitalisation psychiatrique privée (31% des lits), dont la moitié participe au service public hospitalier. Comme pour le reste de l'hospitalisation française, sa part relative ne cesse de croître. Cette évolution est due à la baisse beaucoup plus rapide des journées du secteur public et donc peut-être aussi à une réponse plus adaptée de l'hospitalisation privée aux besoins d'une part croissante de la population française. Nous n'ignorons pas qu'il y a des déterminants socio-économiques à l'entrée dans tel plutôt que dans tel autre type d'hospitalisation."<sup>16</sup>*

Ces mutations générales se sont accompagnées de la mise en place de nouvelles structures pour des interventions en ambulatoire notamment, et toutes ces transformations ne sont pas sans effet sur les pratiques des professionnels des CHS et sur leur rapports aux professionnels d'autres champs d'interventions. Pour le CHGR, ces transformations sont toujours en cours<sup>17</sup> :

*Les objectifs stratégiques du précédent projet d'établissement du CHGR pour la période 1999-2003 étaient :*

- *d'une part l'attachement au secteur comme mode d'intervention fondamental de la psychiatrie, (...)*
- *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).*

*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.(...)*

*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.(...)*

*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*

<sup>16</sup> Raymond LEPOUTRE et Jean de KERVASDOUE : "La santé mentale des Français" (ouvrage collectif), Odile Jacob, 2002, p. 17 - 18

<sup>17</sup> Un indicateur à ce propos : la durée moyenne de séjour en hospitalisation plein temps est passée (en journée / entrées totales (admissions + mutations) de 37,8 jours en 1996 à 27,13 jours en 2002. Cf. annexes.

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.

**CHGR, Mme Guivarc'h**

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.

**CHGR, M. Levoyer**

(Sur le secteur G 10) Sur 90 lits, 40 environ sont occupés par des malades chroniques, et 50 sont des lits actifs, pour des durées d'hospitalisation relativement courtes. (...)

**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.**

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...

**CHGR, M. Pistien**

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...

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.**

**CHGR, Mme Hervault**

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.

Notre pratique de terrain nous amène à dire qu'il y a un "maillon manquant" pour favoriser l'accès aux soins.

**CHGR, Mme ORGEAS, M. BREGER**

Les professionnels extérieurs à l'institution sanitaire sont concernés dans leur pratique professionnelle par ces transformations, notamment dans les interventions pour des situations pour lesquelles ils peuvent juger nécessaire une hospitalisation.

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.*

**Parquet, M. Calut**

***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...***

**ATI, Mme Virolle, Mme Longueuvre, M. Blain, M. Pencoulé,**

*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 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.*

*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.*

**SOS Médecins 35, Mme Barbotin**

C'est dans ce contexte institutionnel, il nous semble, que nous pouvons lire les données et les questions relatives aux hospitalisations de personnes sans leur consentement.

Au CHGR, le mode dominant d'hospitalisation à temps plein (8 088 en 2002, dont 5 661 entrées directes et 2 427 mutations d'un service à l'autre ou d'un mode d'hospitalisation à l'autre) est l'hospitalisation libre qui varie sur les trois dernières années de 82 à 83% (cf. données en annexe, p. 54 / 58)

Cependant, on constate une croissance régulière du nombre d'HO et d'HDT au cours des trois dernières années:

**. pour les HO :** "Jusqu'en 1996 inclus, le CHGR enregistrait une cinquantaine d'admission en HO. En 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, ces admissions sont passées à 115. En 2002, un nouveau pallier a été franchi avec 157 admission en HO (l'augmentation provient pour partie des hospitalisations d'office de détenus, 35 en 2002)" (Rapport du CHGR, p. 55)

**. pour les HDT,** leur nombre était de : 738 admissions en 1998 ; 769 en 2000 ; 825 en 2001 ; 832 en 2002 ;

**. enfin pour les HDT d'extrême urgence<sup>18</sup>,** leur nombre était de 335 en 2000, 404 en 2001, 393 en 2002)

Sur la Ville de Rennes : 41 HO dont une avec un certificat de notoriété ont été effectués en 2001 ; 34 HO en 2002 dont un certificat de notoriété (source : Ville de Rennes).

---

<sup>18</sup> "A titre exceptionnel et en cas de péril imminent pour la santé du malade dûment constaté par le médecin, le Directeur de l'établissement pourra prononcer l'admission au vu d'un seul certificat médical émanant éventuellement d'un médecin exerçant dans l'établissement d'accueil" Code de la Santé Publique (article L. 3122-3)

Soulignons également que pour les personnes hospitalisées à la demande d'un tiers (HDT), le nombre **de sorties sur requêtes** est aussi en augmentation : il est passé de 12 en 1993 à 39 en 2002 (rapport du CHGR, p. 61).

Ces procédures peuvent concerner un nombre inférieur de patients. En effet, pour un certain nombre de personnes, il est constaté une répétition plus ou moins régulière de procédures d'hospitalisation sans consentement, pour des durées courtes. Ainsi en 2002, pour 7% des patients en HO la durée du séjour est inférieure à 5 jours, pour 19,5%, elle est de 5 à 9 jours, pour 46% elle est de 10 à 30 jours. La monographie H1 réalisée par le service social du CHGR l'illustre bien.

Comparé à celui de la France, le taux d'HDT apparaît plus élevé en Ile-et-Vilaine que dans l'ensemble du pays, et notamment le taux d'HDT en urgence, ce qui pourrait être mis en rapport avec les pathologies alcooliques (Mme Brunet, DDASS)

Globalement, on constate que l'augmentation nombre d'HO et DT est certes faible en valeur relative, par rapport à l'ensemble des admissions, elle est cependant régulière<sup>19</sup>, et cette tendance confirme les représentations des acteurs sociaux relevées précédemment relatives à une évolution des situations de crises ou d'urgences. On peut penser que cette augmentation n'est pas sans rapport avec le déficit de prises en charge plus pérennes en amont et en aval, en institution et à domicile ou dans des structures intermédiaires.

Il n'est donc pas surprenant que l'augmentation de ce nombre d'HDT et HO génère des difficultés d'organisation administratives et institutionnelles, dans un certain nombre de cas seulement (un grand nombre de procédures n'en posent pas, d'un point de vue administratif du moins).

On peut les classer selon trois thématiques :

- une indétermination du rôle de chaque intervenant, citoyen ou professionnel, liée à la spécificité de chaque situation d'urgence et à une certaine méconnaissance des procédures
- un chassé – croisé entre dispositifs ou institutions, et des pratiques différentes selon les contextes ;
- les modalités différentes de 'gestion' des situations d'urgence : morcellement des interventions ou continuité.

La loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation est organisée selon deux logiques : celle d'une protection des personnes par rapport à des hospitalisations abusives ; celle de l'organisation "de soins immédiats assortis d'une surveillance constante" à certaines personnes dont l'état le nécessite.

Ces procédures sont différentes selon que le tiers qui prononce la demande d'admission est un membre de la famille ou l'Etat (mise en oeuvre de l'Hospitalisation d'Office des personnes dont les troubles mentaux compromettent l'ordre public ou la sûreté des personnes).

Mais les questions qui se posent sur ces procédures sont en partie liées, ne serait-ce que parce que dans certaines situations, les acteurs en présence s'interrogent sur le choix de la procédure entre HDT et HO, cette dernière étant un dernier recours en cas de non possibilité de HDT.

---

<sup>19</sup> Cette croissance correspond à un mouvement national de l'ordre de 20% de 1997 à 1999, pour les HDT comme pour les HO (cf. données en annexe).

## **b- l'indétermination face aux situations de crise (HDT ou HO)**

Le principe de l'hospitalisation sans le consentement de la personne est difficile à admettre pour tout un chacun, en raison de l'atteinte à la liberté individuelle, et en raison de l'image de l'institution psychiatrique et de la maladie mentale. Les parents ou proches concernés ne savent pas toujours comment s'y prendre, et sollicitent pour cela les administrations. Et pour un certain nombre de personnes concernées qui sont des personnes isolées, il n'y pas de tiers proches ; or les professionnels ne savent pas tous ou ne veulent pas tous s'impliquer en tant que tiers (le nombre élevé d'HDT d'urgence le confirme).

*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 ?*

***Elus de Rennes Métropole***

***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.*

***Elus de Rennes Métropole***

*Les questions posées sont relatives :*

- *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 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.*

***DDASS, Mme Brunet***

*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.*

**CHGR, Mme Hervault**

*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.***

**CHGR, Mme ORGEAS, M. BREGER**

*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...*

**Police, M. Jousset**

*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 passe ? 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...".*

**Ville de Rennes, M. Couet**

*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.*

**DDASS, Mme Brunet**

Certains organismes HLM peuvent pratiquer cette procédure ponctuellement, d'autres ignorent le droit en cette matière, ou sans l'ignorer, ne souhaitent pas intervenir, parce qu'ils considèrent que cela ne relève pas de leur mission. Par contre, on voit que l'usage de la procédure HDT est plus fréquente chez les intervenants sociaux, notamment les professionnels des associations tutélaires, ou du service social de la CRAM.

*(Pour telle situation, monographie D1), 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 la nuit sur 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...*

**Aiguillon Construction, Mmes Léger, M. Colliot**

*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.*

**OPAC 35, M. GILLES, M. SABLE**

*On n'a pas de partenariat avec les structures hospitalières ou autres, 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. Pour ce type de situations, notre souhait est d'avoir un relais avec le milieu psychiatrique...(...)*

*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 ?**

**ESPACIL HABITAT, M. N'GUYEN, Mme RAULT**

Cette indétermination est sans doute d'autant plus regrettable qu'elle va contribuer dans certaines circonstances à une dégradation des situations, et que la nécessité d'une hospitalisation peut être reconnue après – coup par la personne concernée.

*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 : "j'étais dans un état épouvantable".*

**ATI, Mme Virolle, Mme Longueuvre, M. Blain, M. Pencoulé,**

De plus, se posent, dans le cas de l'HDT, des questions pratiques qui ne facilitent pas toujours l'exécution de la démarche, telle que le règlement des honoraires du médecin ou les modalités de transport de la personne concernée au CHGR.

*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. Ça 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 ¾ 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. Ça 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.*

**SOS Médecins 35, Mme Barbotin**

La recherche d'une solution est encore plus complexe dans le cas des jeunes adolescents.

*Avec les adolescents en crise, on a beaucoup de soucis. Récemment on a eu 3 ados de 3 familles différentes, très violents, où la famille est catastrophée. Ils ne veulent pas être hospitalisés et à l'hôpital il n'y a pas de structure pour eux, il n'y a que le CHU, où ce n'est pas non plus leur place.*

*Un ado qui avait fait une TS est resté une semaine en pédiatrie au CHU aux côtés d'un enfant qui a des migraines, leur service était rempli de gamins avec des problèmes psychologiques qui n'ont pas leur place là, et il n'y a pas de secteur ados en psychiatrie...Il y a certes l'hôpital de jour, mais certains ont besoin d'une prise en charge globale, et on ne peut pas hospitaliser dans les cliniques privées. Dans les familles, on a beaucoup de violence, si on n'obéit pas à leur demande d'hospitaliser, ça devient dramatique ; quand il y a un problème psychiatrique, les gens ont envie de se débarrasser de leurs ados, du moins c'est l'impression que l'on en a. Et quand il y a 3 mois d'attente, c'est trop.*

*SOS Médecins, Mme Barbotin*

### **c- le chassé-croisé entre dispositifs et institutions**

Cette série d'indéterminations ou d'interrogations se traduit concrètement par un passage difficile de témoin entre professionnels et institutions (cf. nos remarques plus haut sur le déplacements des publics et de la demande), ou plutôt par un passage d'informations sans coordination suffisante. On voit plusieurs intervenants prévenir leurs partenaires d'une situation nécessitant une intervention. On passe là de la gestion d'une situation entre personnes privées à un appel à la puissance publique, pour une HO, qui devient un dernier recours ou pour le retour à l'hôpital dans le cadre d'une sortie d'essai qui ne se passe pas bien. Mais l'appel n'est pas toujours entendu.

*" 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."*

*Elus de Rennes Métropole*

*Pour les personnes rencontrées ainsi par la police de proximité dans les quartier, 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...*

*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.*

*Police, M. Jousset*

*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.*

*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...*

*Police, M. Jousset*

*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.*

**Ville de Rennes, M. Couet**

*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 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.***

**SOS Médecins 35, Mme Barbotin**

*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 soins ....Nous 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.*

**CHGR, Mme Guivarc'h**

*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 ?*

**Ville de RENNES, Mme FOURDAN, Mme ERTZ, Mme TYRANT**

*(...) 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".*

**DDASS, Mme Brunet**

*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.***

**ATI, Mme Virolle, Mme Longueuvre, M. Blain, M. Pencoulé,**

On observe sur ce plan des pratiques différentes entre la Ville de Rennes et les autres communes. Sur Rennes Métropole hors Ville de Rennes, les communes demandent plus souvent à l'Etat de procéder à une HO, ce qui reflète leur implication plus fréquente dans la relation directe à ces personnes et leur sollicitation sur des situations de crise.

*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 : "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".*

**Ville de Rennes, M. COUET**

*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...*

**Ville de Rennes, M. COUET**

*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.*

*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 ;*

**Elus de Rennes Métropole**

*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...*

**Police, M. Jousset**

*Les questions posées sont relatives (...) :*

- *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 ;*
- *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 ;*

**DDASS, Mme Brunet**



#### **d- morcellement ou continuité des interventions?**

Enfin on peut lire également ces difficultés et ces tâtonnements relatifs aux modalités d'hospitalisations sans consentement à partir de la notion de continuité de prise en charge, de soins ou d'accompagnement :

- d'une part parce que certaines hospitalisations apparaissent comme seules solutions en raison du manque de continuité dans les interventions, le suivi ou le soin à domicile,
- d'autre part parce qu'il y a plusieurs manières de procéder à des hospitalisations sans consentement de la personne, ce qui aura pour effet que ce moment de crise pourra être vécu de manière totalement différente par la personne, en fonction notamment des suites qui en résulteront.

#### ***L'hospitalisation à défaut d'interventions à domicile***

Certains interlocuteurs ont rapporté des situations, où les difficultés de mettre en place un service pérenne d'auxiliaires de vie, ou des interventions dans le domaine d'un suivi thérapeutique conduisent à envisager l'hospitalisation, ou à ne pas pouvoir organiser une sortie de l'hôpital.

*(...) 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 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.. ?*

**CRAM, Mme Macq**

*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...*

***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).***

*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 ...*

**OPHLM, M. Magnaval, Mme Lebrun, Mme Ferré**

#### ***La négociation des hospitalisations***

Le déroulement d'une hospitalisation sans consentement dépend également fortement de ses modalités de mise en œuvre, du temps de négociation avec la personne, le voisinage et la famille éventuellement, et donc de la qualité des relations entre professionnels d'institutions différentes. Ces relations impliquent souvent un long temps de négociation et d'accompagnement.

***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.

**Elus de Rennes Métropole**

*(Pour la situation D1) 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...*

**Aiguillon Construction, Mmes Léger, M. Colliot**

**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.

**CRAM, Mme Macq**

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, 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...**

**APASE, Fabienne Le Filleul, Pascale Le Gleau, Alain Hello, Jean Bernard Pecot, délégués**

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'usager. Nous avons très souvent un rôle d'interface dans ces cas-là.

**CHGR, Mme Orgeas, M. Bréger**

Ces dernières observations nous conduisent à souligner l'importance de l'accompagnement des personnes en ces périodes. C'est en fonction de la logique spécifique de déroulement du processus de crise dans chaque situation, que les règles d'organisation administrative doivent être également pensées et mises en œuvre. Les crises ne peuvent être pensées uniquement en termes de gestion, elles doivent être replacées dans l'histoire subjective du sujet, ce qui pose la question du suivi et de l'accompagnement en amont et en aval.

*"La crise offre le paradoxe d'être chargée et même surchargée de sens mais de le rendre au premier abord indéchiffrable par l'atmosphère émotionnelle qu'elle crée, faite de sidération, d'incertitude et de menace.*

*S'il est en effet, une manifestation qui nous surprend, nous trouble et nous rend perplexes, c'est bien la crise. La soudaineté de sa survenue, l'imprévisibilité de sa durée, de son évolution, le polymorphisme de son expression, l'incompréhensibilité de ses origines, de sa fonction, constituent les caractéristiques les plus visibles de la crise. (...)*

*Au niveau du vécu, par la précipitation anarchique et le débordement émotionnel qu'elle entraîne, la situation de crise modifie les rapports temporels – spatiaux du sujet. Non seulement le vécu du temps se trouve bouleversé (suspendu, ralenti, accéléré, raccourci), mais le passé est dénié dans l'urgence de trouver un dénouement rapide dans le réel et l'actuel, une issue dans l'avenir, précisément compromis par la crise. Ainsi, toute crise, et ce n'est pas sans traduction clinique ni conséquence thérapeutique, pose la question de son après (de son incidence dans le futur) pour éluder celle de son avant (de ses causes dans l'histoire).*

*Quelles que soient les formes cliniques de la crise (angoisse panique, accès dépressif, trouble aigu du comportement, tentative suicidaire, régression somatique, décompensation psychotique...), elle se traduit le plus souvent par un passage à l'acte. Le passage à l'acte est la manifestation qui symbolise et résume le mieux la crise. Il s'agit bien, faute de structure intermédiaire, de médiation permettant d'aménager le conflit, de l'évacuer de l'espace psychique interne dans la réalité extérieure. (...)*

*Une des nombreuses questions qui se posent à l'institution d'urgence est celle de la suite des soins psychiques à proposer au patient après un très court séjour dans le service"<sup>20</sup>.*

#### **e- Le déficit de solutions alternatives**

Le constat des acteurs locaux sur la question de l'hébergement est unanime : les besoins ne sont pas couverts, les solutions mises en oeuvre sont souvent des palliatifs insuffisants. Les personnes atteintes de troubles importants, conduisant éventuellement à une hospitalisation, ont des difficultés à accéder et à se maintenir dans un logement ordinaire (et d'autant plus en période de tensions sur le marché de l'habitat), l'habitat social (adapté ou non) est insuffisant en nombre et ne peut répondre aux besoins d'accompagnement social ou de suivi thérapeutique, les solutions de foyers ouverts sont trop peu nombreuses.

Il est donc constaté des recours à l'hospitalisation et des maintiens dans l'hôpital à défaut de solutions alternatives dans la cité, et il y a également maintien de personnes dans des logements ordinaires avec de fréquents problèmes de voisinage à défaut d'autres formes d'hébergement.

*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.*

**CHGR, Mme ORGEAS, M. BREGER**

*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.*

*On est démuné en foyer de vie en Ille-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*

---

<sup>20</sup> Olivier Quénard, psychiatre de l'unité de soins A. L. P. (Accueil-Liaison-Psychothérapie), à Villeurbanne : "Approche groupale des situations de crise", in "Les portes du soin en psychiatrie", sous la direction de Marcel Sassolas, Erès, 2002, p. 165 - 166

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...**

**CHGR, Mme Hervault**

**Pour l'hébergement, une des réponses que le Conseil Général a apportée a été l'ouverture de la Grande Maison, rue Albert De Mun (Rennes), 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 mai 2003 il y a un FAM (foyer d'accueil médicalisé) à Saint Méen-le-Grand qui accueille 24 personnes autistes.**

**DAS 35 Mme Leguen, M. Hamonic**

**La Grande Maison** constitue une bonne illustration de ce qu'il est possible de faire, à l'articulation du sanitaire et du social, et avec la collaboration du CHGR pour le suivi ou la prise en charge de certaines personnes pendant la période de fermeture. Mais l'offre est largement insuffisante. Certaines personnes ne peuvent vivre seules et n'ont aucune raison non plus d'être hospitalisées à temps plein et de façon pérenne au CHS.

*On voit 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 HI), 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. "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..." (extrait de la monographie).*

**CHGR, Mme Hervault**

*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.*

**CHGR, Mme ORGEAS, M. BREGER**

Une autre solution alternative à l'hospitalisation à temps plein est constituée par les appartements thérapeutiques et par les logements d'insertion du CHGR, au nombre de 41 (cf. carte suivante pour ceux de l'OPHLM).

D'après une enquête réalisée en 2000 auprès des 160 présidents de CME (Commissions Médicale d'Etablissement), qui a donné lieu à 40% de réponses (65 CME), pour les établissements ayant répondu, 1 124 résidents vivaient dans des logements gérés par des associations de secteur, 267 dans des logements gérés par d'autres associations et 134 sans associations<sup>21</sup>. Ces logements ont des appellations diverses : appartement associatif, appartement relais, appartement protégé, maison

---

<sup>21</sup> "Logement associatif et psychiatrie de secteur", Association Croix Marine, Les Dossiers Croix Marine, Journée de formation du 30 mars 2000



communautaire, appartement de transition, appartement thérapeutique, résidence sociale, lieu de vie, pension de famille. 60 % de ces équipements avaient passé une convention avec l'hôpital de rattachement et du personnel (pour 75%), des locaux (63%), du matériel ou des subventions étaient mis à disposition ou attribués à ces différents services.

Sur Rennes Métropole, ce dispositif fonctionne, mais est soumis également à des contraintes qui limitent leur accès par de nouveaux patients, qui tiennent notamment à la sortie, celle-ci étant liée à la question du dispositif d'intervention à domicile (CQFD).

*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).*

**CHGR, Mme Guivarc'h**

*Dans notre service, nous disposons d'un appartement thérapeutique, avec 3 lits permettant une prise en charge médicale (passage de personnel matin et soir). (...) 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.*

**CHGR, Mme Hervault**

*Concernant le CHGR, nous avons 21 logements « thérapeutiques » (= appartements thérapeutiques et logements d'insertion) 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.(...)*

*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...*

**OPHLM, M. Magnaval, Mme Lebrun, Mme Ferré**

L'insuffisance d'offre de logements dans des dispositifs institutionnels conduit au bricolage de solutions négociées surtout avec les communes et les bailleurs sociaux, solutions souvent provisoires et sources de nombreux désagréments pour le voisinage souvent, les bailleurs, les intervenants sociaux, les élus...Elle conduit aussi à laisser en hospitalisation à temps plein des personnes qui seraient en mesure de vivre dans un autre cadre.

*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.*

*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.*

**Rennes Métropole, G. Dreuslin**

*Pour certains patients, on fait des essais, on loue un appartement le temps qu'ils expérimentent, mais s'ils ne s'alimentant 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.*

**ATI, Mme Virolle, Mme Longueuvre, M. Blain, M. Pencoulé,**

*On a affaire à des publics, des gens repérés qui ont des troubles psychiatriques, pour qui il est clair qu'on manque cruellement de disponibilités. Quand on parle de vigilance 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...*

*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.*

**ATI, Mme Virolle, Mme Longueuvre, M. Blain, M. Pencoulé,**

*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, 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...*

**APASE Fabienne Le Filleul, Pascale Le Gleau, Alain Hello, Jean Bernard Pecot, délégués**

Cette insuffisance de réponse est liée sans doute à la répartition des compétences entre l'Etat, en charge du sanitaire et d'une partie du médico-social (CAT / CHRS...) et les départements, en charge de l'action sociale et des personnes handicapées. Mais une partie des publics dont on parle est à cheval sur les deux dispositifs, quand le statut de handicapé est reconnu par la COTOREP pour handicap psychique. Cette circonstance aurait pu conduire à une meilleure prise en charge de ce public par un réseau double d'institutions. Il ne semble pas que cela soit le cas. Cette situation est à référer à des considérations budgétaires sans doute mais peut-être aussi aux représentations relatives au handicap psychique et à la maladie mentale, qui déterminent peut-être le faible portage politique des projets relatifs à ces populations.









### **III- PROPOSITIONS ET PISTES DE TRAVAIL**

Le tableau que nous avons esquissé de l'ensemble des situations problématiques classées comme ayant une composante psychologique ou psychiatrique et des dispositifs d'intervention, peut maintenant être repris en termes de propositions et de pistes de travail. Il ne s'agit pas pourtant de transformer certaines phrases négatives précédentes en phrases positives, affublées du commandement : 'il faut...'. La réalité décrite est très complexe, les solutions sont donc à construire progressivement, au travers d'un débat avec de nombreux acteurs. Ce qui suit doit donc être considéré comme quelques recommandations en vue d'expérimentations. De plus, la traduction opérationnelle de ces propositions dépend des choix du Comité de Pilotage de cette étude, et de décisions institutionnelles plus larges.<sup>22</sup>

Dans ce propos, on s'appuiera également sur les remarques et analyses des interlocuteurs rencontrés.

Ces réflexions sont organisées de la façon suivante :

- à propos du partenariat et de la création d'instances de rencontre entre professionnels
- la question de la coordination à l'échelle des territoires
- la coordination et le renforcement des interventions à domicile
- la définition de protocoles pour l'hospitalisation sans consentement
- le développement de logement et l'hébergement alternatif au logement ordinaire et à l'hôpital
- la mise en place d'une politique locale au travers de la formation des professionnels, de l'observation statistique et d'un dispositif permanent d'animation

Préalablement, nous reprenons la question de la construction d'une typologie. Un tel travail nous paraît impossible. D'une part parce que l'on ne peut appliquer une méthode rigoureuse de croisements de variables bien définies, permettant de distinguer, éventuellement par une analyse multicritères, des classes d'individus dans un échantillon assez large. Nous ne disposons pas ici de données de ce type. D'autre part, parce que l'on touche à une matière subjective qui ne se prête pas à la catégorisation, qui dépend totalement d'un cadre théorique préalable.

Cependant, nous résumons dans le tableau synthétique suivant l'ensemble des indicateurs que nous avons analysés, mettant aussi en évidence la grande complexité de la question et les multiples registres concernés.

---

<sup>22</sup> *Certaines propositions pourront être précisées dans la seconde phase.*

Données subjectives	Dispositif d'intervention sociale et sanitaire	Caractéristiques sociales
Maladie mentales avérées, reconnues : psychoses, schizophrénies, dépressions.	Contractualisation impossible ou difficile, de manière ponctuelle ou pérenne. -----	Personnes seules  Jeunes adultes qui ont connu un parcours institutionnel
Toxicomanie, alcoolisme et pharmaco-dépendances	Suivi social spécialisé (tutelle, ALFADI, CRAM...)	Personnes avec un entourage familial.
Comportements pervers	Absence de suivi social, refus d'intervention ou rupture, relation avec le bailleur.	Personnes reconnues handicapées pour raisons psychiques par la Cotorep ou l'Assurance Maladie
Souffrance psychique plus diffuse.	Relation ou non au travail social des CDAS.	-----
Agressivité dans les rencontres personnel de services publics / usagers	Présence ou non d'un réseau de vigilance autour de la personne. -----	Résidents des communes périphériques de Rennes Métropole / Ville de Rennes -----
	Suivi social et prise en charge thérapeutique articulés	Habitat de logements ordinaire, dont logement social, générant des troubles importants du voisinage
	Suivi social et prise en charge thérapeutique non articulé -----	Habitat social adapté
	Absence ou rupture de prise en charge thérapeutique	Résidents hors habitat social.
	Hospitalisations répétitives sur des courtes périodes	Personne hébergée ponctuellement en CHRS ou Résidence sociale de type Beaumont.
	Hospitalisation plus longue -----	Personne hébergée ou à la rue.
Absence de demande ou déplacement de la demande et du symptôme et passages à l'acte (tel que tentatives de suicides).	Circulation des personnes entre plusieurs services ou dispositifs.	

### **a. partenariat et instances de rencontre**

La création de lieux de rencontre entre professionnels, à propos de situations difficiles, constitue un axe mentionné par de nombreux interlocuteurs. Cependant, une telle visée pose de nombreuses questions :

- faut-il créer une instance nouvelle ou s'appuyer sur des structures, et des lieux de rencontres existants ?
- à quelle échelle l'organiser : quartiers, CDAS, secteurs de la psychiatrie, ville, Rennes Métropole ?
- quelles seraient ses modalités de fonctionnement, ses règles déontologiques, ses possibilités d'interpellation, son mode de capitalisation de connaissances, etc., ?

- quelles en seraient les formes de régulation, nécessaire à une perspective de travail sur la longue durée ?
- et avec quels moyens de telles instances et un tel réseau peuvent-ils fonctionner ?

Il existe déjà des pratiques à ce sujet (réunions de synthèse diverses, insuffisantes cependant puisque tout le monde reconnaît la nécessité de passer à une vitesse supérieure), et des initiatives extérieures au territoire de Rennes Métropole.

*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.*

**JY Gérard, adjoint au maire de Rennes**

***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 saisis 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.***

**OPHLM Rennes, M. Magnaval, Mme Le Brun, Mme Ferré**

*On n'a pas de partenariat avec les structures hospitalières ou autres, 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 ?*

**Espacil, M. Nguyen, Mme Rault**

*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*

**CHGR, Mme Guivarc'h.**

*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...*

**CHGR, M. Pistien**

*Le souhait est d'être mieux coordonné avec les autres professionnels : si un 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.*

*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.*

*(...) 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.*

**CHGR, M. Levoyer**

*Une meilleure coordination des interventions des institutions est à rechercher dans certaines situations complexes, telles que celles que vous évoquez (...)*

*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.*

**Parquet, M. Calut**

A partir de ces souhaits et intentions, nous mettons l'accent sur trois points :

**- la participation de divers professionnels des grandes institutions concernées**

L'avancée dans la prise en compte des situations les plus difficiles suppose une présence de tous les professionnels représentant les divers champs d'intervention, dans leurs différentes composantes : le sanitaire, la justice, le social, l'habitat, etc. Cette participation peut être différente selon les institutions et services, et variables selon les situations, mais l'engagement dans une telle démarche suppose l'acceptation préalable du principe de ne pas pratiquer la politique de la 'chaise vide', quand bien même des attentes ou des différences importantes d'approche et de points de vue s'expriment. Au contraire, le point de départ d'une telle initiative doit être la reconnaissance que tous les acteurs ne sont pas d'accord entre eux, et que c'est cela qui doit rendre ces échanges nécessaires et intéressants.

*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.*

**ALFADI, M. Dufeu, Mme Gélinau, Mme Solard, Mme Snoeck, M. Lemoine**

***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.***

*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.*

*Il faudrait également une meilleure réactivité des services judiciaires et une interaction entre les dispositifs.*

**OPAC, M. Gilles, M. Sablé**

***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.***

**DAS 35, Mme Leguen, M. Hamonic**

Dans cette perspective, il est nécessaire également d'avancer sur l'idée de l'existence de référents des personnes dans toutes les institutions concernées, notamment dans les plus grands d'entre elles.

**- une conception de ces instances axées sur deux fonctions : la recherche de solutions et le débat**

De telles instances ne peuvent être uniquement des lieux de recherche de solutions techniques mais elles doivent aussi être des lieux de débats, de formation, de confrontation d'approches différentes des problématiques des personnes.

Il y a une attente de solutions opérationnelles de la part de nombreux partenaires qui sont au premier rang dans la gestion quotidienne de situations de crise. Mais une vision de ces lieux ou instances comme des seuls lieux opérationnels, ou d'application de protocoles, comporte le risque de mise en oeuvre de solutions expéditives ou coercitives (telle une toile d'araignée envahissante évoquée ci-dessous).

***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.***

**CHGR, Mme Orgeas, M. Bréger**

*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 (...). 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 des personnes posant des problèmes de comportement.*

**CHGR, M. Pistien**

Une conception de ces lieux comme des instances de débat ouvre au contraire la perspective d'un travail de proximité plus long avec les personnes concernées ; ***elle doit conduire aussi à ce que ces débats déplacent la question***, et permettent de voir, à propos de telle ou telle personne en difficulté, un aspect de sa vie ou de son parcours qui n'avait pas été remarqué jusqu'alors, et ainsi de changer peut-être la perspective des solutions envisagées<sup>23</sup>.

Plusieurs éléments de nos entretiens illustrent cette possibilité offerte par ces rencontres de traiter d'une autre manière certaines situations, c'est-à-dire de conduire une réflexion qui décale l'angle de vision d'une personne et de sa question, à la place du déplacement, renvoi ou circulation de personnes d'un dispositif ou d'un service à l'autre.

*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) (...). **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 C'est l'intervention du juge qui a permis de sensibiliser tous les acteurs à ce projet.***

**Espacil, M. Nguyen, Mme Rault**

---

<sup>23</sup> Cf. sur ce point notre contribution au prochain n° des Cahiers de l'ACTIF : "Les réseaux en questions" (Octobre 2003)

*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.(...) **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.*

*ALFADI, M. Dufeu, Mme Gélinau, Mme Solard, Mme Snoeck, M. Lemoine*

***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 du temps d'anticipation, un lieu où l'on peut solliciter des spécialités, pour construire et le faire au même moment.***

*Comme Rampe 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...*

*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...*

*APASE, Mme Le Filleul, P. Le Gleau, A. Hello, J. B. Pecot*

#### *- la nécessité d'une légitimité politique et institutionnelle*

Par légitimité, on peut entendre deux choses :

- d'une part, un aval politique, au sens large, donnant du poids à certaines initiatives des professionnels qui le composent.
- d'autre part, un aval institutionnel, ouvrant les professionnels de chacune d'entre elles à une participation sur la base du volontariat.

C'est une telle double légitimité qui peut permettre de dépasser les limites des instances existantes pointées précédemment par les acteurs de terrain.

*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.*

*CAF, Mme Créquer*

*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 (...) **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.***

*Aiguillon Construction, Mme Léger, Mme Colliot*

***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.***

*DAS 35, Mme Leguen, M. Hamonic*



Enfin cette dimension recoupe la question territoriale.

## **b. un travail en réseau au niveau de territoires pertinents**

Une instance de travail et de rencontre n'a de sens que comme tête de pont d'un partenariat de terrain plus large, conduisant donc à une modification de certaines pratiques professionnelles. Ce travail de lien entre tous les partenaires concernés peut notamment avoir pour objectif de travailler sur le renforcement du réseau de voisinage, de proximité et de présence des professionnels auprès de certaines personnes (cf. partie ci-dessous), et sur la prévention, permettant ainsi de réduire les situations d'urgence.

*Cette organisation (sur le centre St Exupéry) se met en place au travers de quatre missions:*

- *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.*

**CHGR, M. Levoyer**

*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...*

*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.*

**Aiguillon Construction, Mme Léger, Mme Colliot**

Cette perspective est celle de la création de réseaux de santé, financé dans le cadre des Fonds d'Aide à la qualité des soins de ville, permettant un travail entre l'ensemble des professionnels de santé et d'autres acteurs sociaux et institutionnels,<sup>24</sup> plusieurs fonctionnant notamment à partir d'une pathologie spécifique (SIDA, hépatite, etc.). Il existe de nombreux réseaux santé en France (un millier environ) et quelques dizaines en Bretagne : 17 en activité, 48 en projet, recensés par l'ARH Bretagne, la plupart relatifs à des pathologies somatiques, 4 relatifs à l'alcool et la toxicomanie. Mais dans la région, il n'en existe pas axé sur la prise en compte des publics dont la problématique comprend explicitement une dimension pathologique psychiatrique ou psychologique.<sup>25</sup>

Une intervention du "**Fonds d'Aide à la qualité des soins de ville**" pour un travail complémentaire sur le fonctionnement possible d'un tel réseau sur tel ou tel territoire nous paraît donc devoir être exploré.

---

<sup>24</sup> Cf. à ce propos : "**Le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville, un instrument adapté pour la recomposition en réseaux régionalisée du système de santé français**", M. Gadreau et F. Pélissier, in : *Revue Française des Affaires Sociales*, n° 1 / 2, 2003

<sup>25</sup> D'après : "**Créer et piloter un réseau de santé**". F. X. Schweyer, G. Levasseur, T. Pawlikowska. Ed. ENSP, 2002.

Si la coordination des professionnels sur un territoire peut fortement être améliorée par le fonctionnement d'instances de rencontres et la construction de réseau, elle se heurtera cependant à difficultés, en raison du nombre de professionnels concernés, de leur rotation sur leur poste de travail, et des découpages territoriaux existants. C'est pourquoi, nous proposons qu'elle soit articulée à deux autres pistes de travail :

- d'une part, pour les situations les plus problématiques, la connaissance de référents dans les principales institutions concernées, référents en mesure d'interpeller leurs collègues dans leurs services et en mesure également de participer à des instances extérieures ;
- d'autre part, la réflexion sur une harmonisation des principaux découpages territoriaux, notamment ceux des CDAS et ceux des secteurs de la psychiatrie adulte;

Cette démarche sur de nouveaux découpages territoriaux pour les principaux services institutionnels concernés, doit prendre en compte à la fois :

- les décalages entre la réalité actuelle de fonctionnement des services et la réalité démographique et urbaine actuelle des territoires ;
- des décalages induits par le développement futur de l'agglomération
- des décalages entre structures d'intervention professionnelles, du point de vue de l'utilisateur des services publics.

***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...*

**CHGR, Mme Guivarc'h**

### **c- coordination et renforcement des interventions à domicile**

Une meilleure organisation des interventions à domicile comporte plusieurs dimensions :

- la construction et le confortement de réseaux de proximité auprès de personnes fragiles
- la formation de services et de personnels spécialisés.

#### **- l'organisation de la vigilance**

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

Une telle optique comprend la dimension de lien entre partenaires **sur une sorte de veille sociale et de prévention**, au travers d'une visite ou d'une rencontre quasi-quotidienne d'un intervenant et de la personne : services d'accompagnement social et tutélaires / service d'aides à domicile / services de soin / services sociaux / etc.

Elle est également liée à la question de l'existence de référents pour ces personnes.

*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.*

*ATI, Mme Virolle, Mme Longueuvre, M. Blain, M. Pencoulé,*

*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.*

*CHGR, Mme Orgeas, M. Bréger*

*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 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.*

*APASE, Mme Le Filleul, P. Le Gleau, A. Hello, J. B. Pecot*

*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 vigilance 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...*

*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.*

*ATI, Mme Virolle, Mme Longueuvre, M. Blain, M. Pencoulé,*

*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 : telles situations, on ne les connaît pas...ou alors : sur cette situation, vous pouvez apporter un appui en faisant ceci ou cela.....Sur ces situations, les CN peuvent venir en complémentarité, avec un respect d'une charte déontologique. (...) 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...*

*OPTIMA, M. Bernicot, M. Dufayet*

*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...*

*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.*

*OPAC, M. Gilles, M. Sablé*

Une telle présence de proximité doit aussi prendre en compte le soutien aux réseaux sociaux, le soutien aux personnes dont des proches sont touchés par les problématiques psychiatriques ou psychiques lourdes.

*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...*

#### **APASE**

Ces notions de réseau de proximité, de vigilance, d'étayage (soutenus par des dispositifs d'interventions sociales et thérapeutiques) sont d'autant plus nécessaires pour les personnes qui n'entrent pas dans le cadre d'une contractualisation. En d'autres termes, c'est pour ceux qui n'acceptent ou ne peuvent accepter (ponctuellement ou de façon plus pérenne) ces cadres des contrats, le plus souvent à visée éducative, qu'il faut créer les conditions d'un apaisement, d'une stabilisation que ce type de réseau de proximité peut fortement contribuer à créer et maintenir. On peut même dire que, pour certains, c'est lorsqu'il y a eu rupture du contrat sur lequel il a été travaillé pendant quelques temps, que la mise en place d'un tel réseau de proximité est nécessaire.

Bien entendu, il s'agit là d'objets possibles de travail pour les professionnels qui se réuniraient dans une instance de rencontre périodique.

#### **- la formation de services et de personnels spécialisés.**

La nécessité de développer des services spécialisés d'interventions à domicile s'est également révélée. Elle peut prendre deux formes :

- la formation de personnel spécialisé d'aides – ménagères / auxiliaires de vie dans les services existants (CCAS, ASFAD, etc.)
- la création de services d'accompagnement plus complets, dans le cadre des dispositifs existants ou d'une réglementation future.

*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. Finalement 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.*

**ATI, Mme Virolle, Mme Longueuvre, M. Blain, M. Pencoulé,**

*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. (...)*

*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.*

**CRAM, Mme Macq**

*Ce serait bien que le Conseil Général se mette à prendre en charge les hospitalisations des personnes qui ne sont plus autonomes, qu'on ne peut pas laisser seules chez elles quand on hospitalise leur conjoint, ça concerne les personnes âgées mais aussi les personnes handicapées. **On a un patient dont la femme est psychotique, on ne peut pas la laisser seule, alors on hospitalise tout le monde !** J'ai été beaucoup sollicitée en juin sur dans situations comme cela, et ça va devenir de plus en plus fréquent, parce que les gens vivent plus longtemps.*

**SOS Médecins, Mme Barbotin**

L'offre de services peut s'organiser sous la forme de SADAPH (Service Aide à Domicile Autonomie Personnes Handicap)<sup>26</sup>, sous la forme de SAVS (services d'accompagnement à la vie sociale, relevant du financement Aide sociale départementale) de type APPARTH<sup>27</sup>, ou sous la forme future de SAMSAH (service d'accompagnement médico-sociaux pour adultes handicapés), relevant de l'Assurance Maladie)<sup>28</sup>.

**Cette dernière perspective est nouvelle : elle permettrait de mettre en place des dispositifs d'interventions à domicile qui articulent l'aide technique, l'accompagnement social, et le thérapeutique (interventions de professionnels salariés ou libéraux)<sup>29</sup>, permettant une intervention dans le registre psychologique dans un espace situé entre la psychiatrie et le seul accompagnement social.<sup>30</sup>**

**Dans cette même optique d'insertion, a été souligné la nécessité de développer les possibilités de travail sur l'insertion professionnelle des personnes**, notamment après hospitalisation. Les élus de Rennes Métropole jouent un rôle déjà important sur ce plan, qu'il faudrait développer.

*- "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..*

*(...)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...*

**Elus de Rennes Métropole**

---

<sup>26</sup> Le SADAPH existant sur Rennes aujourd'hui (38 boulevard Charles Péguy, 35700 RENNES), géré par l'A.P.F. n'intervient pas pour les personnes qui ont un handicap psychique.

<sup>27</sup> rue du Gacet, Rennes

<sup>28</sup> Si le projet de décret sur les SAMSAH (en application de la loi du 2 janvier 2002 (§ 7 du I de l'article L. 312-1), destinés à mettre en œuvre des actions permettant l'insertion par une équipe pluridisciplinaire (soins, aide et accompagnement à domicile) avec du personnel médical, para-médical et social (personnel salarié ou en activité libérale) voit le jour.

<sup>29</sup> Certains dispositifs fonctionnent cependant déjà de cette manière, tel que **METABOLE**, service d'aide psychosociale pour les jeunes de 16 à 21 ans sur Paris (24, rue Léon Frot, 75011). Ce dispositif associe une mise en situation d'autonomie (hébergement, allocation mensuelle) à une aide socio-éducative et un soutien psychologique, assuré par un seul professionnel psychothérapeute ou psychologue indépendant.

<sup>30</sup> Cf. l'expérience de la présence d'une psychologue territoriale à la ville d'Angers. Cf. annexe

- "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..."

**Elus de Rennes Métropole**

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).

**CHGR, M. Levoyer**

#### **d- la définition de protocoles pour l'hospitalisation sans consentement**

L'indétermination, l'interrogation fréquentes sur les modes d'intervention devant une situation de crise ne pourront jamais être réduits à 100%, avec la perspective d'aboutir à des procédures 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 administratifs qui peuvent être en grande partie corrigés par des diverses 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 (forme de fiches – navettes, avec retour), afin d'éviter des interpellations ou des signalements sans suite
- une information actualisée des élus des communes de Rennes Métropole et de professionnels concernés sur le contenu de la loi et des règlements au sujet des procédures HDT / HO
- la mise au point des pièces administratives conséquentes pour les HO et HDT 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
- le soutien aux voisins et à la famille dans des situations d'urgence (information, intervention de professionnels ou représentants formés du service de Médiation de voisinage de la Ville de Rennes)
- 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.

L'ensemble des partenaires semble conscient de la nécessité de mettre en place de nouvelles modalités de travail sur ce plan.

**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.**

**CHGR, Mme Guivarc'h**

*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...*

*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.*

**Police, M. Jousset**

*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 en 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...*

*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.*

**Ville de Rennes, M. Couet**

*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...*

*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.*

*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.*

*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.*

**DDASS, Mme Brunet**

## **e- le développement de solutions alternatives d'hébergement**

Sur cette question, le constat est paradoxal.

**En effet, d'une part, tous les acteurs concernés font le même diagnostic d'un manque de structures adéquates (cf. plus haut), mais également des limites d'intervention de son institution dans ce domaine.**

**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...*

**CHGR, Mme Hervault**

*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.*

**CHGR, Mme Guivarc'h**

**D'autre part, des projets existent sur le territoire de Rennes Métropole, qui ont des difficultés à sortir de terre :**

- le projet d'Itinéraires bis sur Pacé (création d'un SAVA, services d'accompagnement à l'autonomie ouverts à des adultes présentant des troubles psychiques : habitat, insertion professionnelle, vie sociale) ;
- le projet 'familles gouvernantes' de l'UDAF 35 ;
- un projet de Maison relais par le CHRS Benoît Labre

Pourquoi ce décalage ? Nous faisons l'hypothèse que derrière les arguments techniques et réglementaires jouent les représentations relatives à ces publics, à la maladie mentale, qui rend le portage politique de ce type de dossier peu valorisant, moins encore sans doute que ceux qui se rapportent aux personnes classées administrativement comme handicapées.

Au delà des raisons économiques, l'insuffisance de création de petites structures alternatives à l'hospitalisation nous paraît liée à cette hypothèse. Cela se traduirait donc par une nouvelle forme d'exclusion : à l'exclusion ancienne par l'hospitalisation, dénommée internement dans un passé récent, on serait passé à une forme d'exclusion basée sur la juxtaposition ou cohabitation de différentes populations dans la cité. A une ségrégation basée sur des dispositifs spatiaux (les hôpitaux psychiatriques), se substituerait une exclusion, organisée autour de l'individuation des situations (mise en place d'aides personnelles permettant à chacun, c'est-à-dire à ceux qui peuvent le faire, de négocier leurs prestations de service). En d'autres termes encore : il nous semble qu'il y a la même occultation de la réalité de la maladie mentale et des troubles psychiatriques dans la relégation ancienne des patients dans des CHS à l'écart des villes et dans la réalité actuelle d'absence de structures alternatives pour les accueillir.

La situation actuelle de l'agglomération de Rennes n'est guère favorable sur ce plan. Si ponctuellement des solutions peuvent être trouvées dans un CHRS ou dans une résidence sociale telle que le Beaumont, ces structures ne sont pas outillées professionnellement pour accueillir ce public, et, à notre connaissance, il n'existe pas de convention d'intervention et de présence régulière de personnel infirmier de la psychiatrie dans ces structures, tel qu'on peut le voir ailleurs<sup>31</sup>.

La production d'habitat adapté par les organismes HLM a des contraintes propres et ne répond pas à toutes les dimensions d'un hébergement nécessaire souvent, ce qui limite son usage pour les personnes les plus en difficulté sur le plan psychiatrique :

---

<sup>31</sup> Cf. par exemple : "*Psychiatrie et CHRS au Creusot*", et "*Le foyer Creusois : une convention avec la psychiatrie à Guéret*", in PLURIEL, N° 30, La lettre de la Mission Nationale d'appui à la santé mentale.



*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.*

**Rennes Métropole, G. Dreuslin**

L'offre de logements d'insertion où le CHGR est partie prenante n'est pas non plus conséquente, et le département considère que cette population ne peut être prise en charge de manière unilatérale.

*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).*

**CHGR, Mme Guivarc'h**

*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*

**DAS 35, Mme Leguen, M. Hamonic**

Pour sortir de cette situation de renvoi également de populations d'une institution à une autre<sup>32</sup> et pour corriger les déséquilibres de Rennes Métropole en cette matière dans le département, nous formulons donc les propositions suivantes :

**- la mise au point d'un programme-type de fonctionnement (avec un projet d'établissement adapté) et de financement** de petites structures d'hébergement pour des personnes en difficulté mentales et psychique, basé sur une collaboration et un partenariat entre:

- les communes et Rennes Métropole chargées de l'offre foncière
- l'Etat pour les financements de la construction (PLA)
- le département pour la prise en charge au titre de l'aide sociale des personnes handicapées (un grand nombre de personnes concernées sont reconnues handicapées par la Cotorep<sup>33</sup>), 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

---

<sup>32</sup> Sur cette question, cf. l'article "*Mais à qui sont ces gens ?*" de Jean Perret, Directeur de l'association "Santé mentale et communautés" à Villeurbanne, in "*Exclusion et psychiatrie*", ouvrage collectif, Erès, 1999

<sup>33</sup> Selon l'enquête INSEE de 2001, et portant les personnes hospitalisées en psychiatrie en 1998 (47 000 personnes hors services de psychiatrie des hôpitaux généraux, soit 9 000 personnes), **40% des personnes perçoivent l'AAH**, ce qui veut dire qu'un nombre plus important est reconnu handicapé, puisque l'attribution de l'allocation est soumise à des conditions de ressources. **DRESS, Etudes et Résultats**, n°206, décembre 2002  
Selon le rapport Charzat (sur le site de l'Assemblée Nationale), "**Rapport pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques et les moyens d'améliorer leur vie et celle de leurs proches**", (mars 2002), une enquête de la DRESS en 1998 met en évidence que le quart des demandes d'AAH (allocation adulte handicapé), soit 65 000 pour cette année, est motivé par des déficiences psychiques (p. 12)

Par ailleurs, selon ce rapport également : "**Les troubles mentaux sont la première cause d'invalidité reconnues par la Sécurité Sociale : plus de 13 000 pensions nouvellement attribuées en 1998, soit 27% de l'ensemble**", p.10

Un tel programme peut prendre la forme de Maison – Relais<sup>34</sup>, ou de Foyer de vie, ou de projets tel que les familles gouvernantes<sup>35</sup>. Ce qui nous semble important dans ces projets, c'est la dimension du partenariat institutionnel, dans le fonctionnement futur, ainsi que cela s'esquisse sur Fougères.

*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.*

**DDASS, Mme Brunet**

*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 d'hospitalisation. Cette mise en place ne peut se faire qu'avec la présence d'un médecin référent et d'infirmières libérales. .*

**CHGR, Mme Orgeas, M. Bréger**

Un tel partenariat institutionnel doit permettre la présence de personnes chargées d'une intervention thérapeutique dans ces structures.<sup>36</sup>

**- la définition d'un objectif ambitieux de production de résidences ce type sur Rennes Métropole sur une période de 5 à 10 ans** avec la mise au point de moyens de suivi pour la production foncière nécessaire, la réflexion sur la localisation, les spécificités des programmes, etc.

Cette politique sur Rennes Métropole devra s'intégrer dans le programme du département en faveur des personnes handicapées.

Une telle démarche peut s'apparenter à celle mise en place par l'agglomération pour organiser les services et les aires d'accueil des gens du voyage.

**- l'augmentation du parc de logements d'insertion et d'appartements thérapeutiques du CHGR**, parce qu'ils offrent une alternative à l'hospitalisation plein temps. Cette perspective doit s'accompagner d'une réflexion sur :

- leur localisation dans les quartiers de la Ville de Rennes et sur les autres communes de Rennes Métropole

---

<sup>34</sup> Mais le financement de l'accompagnement social est très faible en Maison Relais (8 euros par place et par jour occupé, soit environ 44 000 Euros par an pour 15 personnes, selon la circulaire du 10 décembre 2002), alors qu'il est de 12 000 Euros par an et par place en CHRS.

<sup>35</sup> "Les familles gouvernantes" de la Marne, depuis 1991 : à Reins, Epernay, Châlons et Champagne, 170 personnes, majeurs placés sous un régime de protection juridique, pris en charge par 35 gouvernantes : une gouvernante habitant le même immeuble pour gérer et accompagner cinq personnes dans deux appartements (collaboration UDAF, OPAC et SAHLM de Reins, Services du département, CMP et services ambulatoire du CHS...)

Le dispositif DIHAP (Dispositif d'insertion par l'habitat et l'accompagnement de proximité) de Guingamp est organisé selon le même principe : 12 personnes dans 4 appartements du quartier HLM de Castell Pic, résidents qui assurent la rémunération d'une maîtresse de maison grâce à la leur allocation compensatrice (partenariat CHS de Bégard, Office HLM de Guingamp, association tutélaire ADT 22) ;

<sup>36</sup> On peut citer à ce propos le dispositif ORLOGES qui existe à Lyon. Cf. "De la porte du logement à la porte du soin. ORLOGES, une activité de médiation par le logement" Michèle Heisser. In "Les portes du soin en psychiatrie", op. cit.

Cf. également : "L'insertion par le logement des malades mentaux : nouvelles filières, nouveaux produits, nouveaux acteurs" Ministère de l'Équipement, F. Bourgeois et A. Cornud, 1998, relatives aux expériences de la région lyonnaise.

- leur répartition entre logements privés et logements sociaux, entre les différents organismes HLM
- leur lien au secteur de psychiatrie de rattachement, pour éviter la situation actuelle de décalage (les logements dont s'occupe St Exupéry se trouvent au Blosne)
- leur mode de gestion (directe, associative, mutualisation de moyens, ou organisation sous forme d'A.C.T. (Appartements de coordination thérapeutique<sup>37</sup>))
- leur articulation avec les hébergements alternatifs mentionnés ci-dessus, ainsi que les hébergements existants ou en projet (CHRS, résidences sociales, Maison –Relais).

## **f- l'animation d'une politique locale**

Une politique locale suppose un portage politique, des soutiens techniques et administratifs pour la mise en oeuvre et le suivi de projets. Dans une telle politique, différents axes peuvent être développés.

### **- la formation**

De nombreux interlocuteurs ont exprimé des attentes à ce sujet. Des sessions de formation inter-institutionnelles (à l'échelle d'un quartier par exemple) seraient évidemment pertinentes sur ces sujets, puisqu'elles permettraient aux professionnels de se connaître.

*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.*

**CAF, Mme Créquer**

*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 moins bénéficient d'un minimum de formation de la part du secteur psychiatrique sur les différents types de troubles mentaux et sur les procédures...*

**Police, M. Jousset**

*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.*

*Enfin, se pose la question de l'existence d'un lieu de travail reconnu par les 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.*

**Ville de Rennes, Mme Fourdan, Mme Ertz, Mme Tyrant**

*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 d'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*

---

<sup>37</sup> Leur financement fait l'objet d'un décret en octobre 2002, et leur principe de fonctionnement d'une circulaire de janvier 2003 : les A.C.T hébergent à titre temporaire des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale, nécessitant des soins et un suivi médical ; ils offrent une coordination médicale et une coordination psycho-sociale.

*demande qui est forte, ce qui traduit l'inquiétude des professionnels confrontés à ces questions et à ces publics.*

**DAS 35, Mme Leguen, M. Hamonic**

*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.*

**CHGR, M. Levoyer**

*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...*

**Aiguillon Construction, Mme Léger, Mme Colliot**

#### **- l'observation**

Une meilleure lecture des données relatives à la présence des troubles psychiatriques ou psychologiques dans la cité est nécessaire.

Elle peut passer par une intégration de certaines données, dans l'observatoire social de l'APRAS (à l'échelle de Rennes Métropole ? de la ville ? des quartiers ? ) avec toutes les précautions nécessaires pour éviter une stigmatisation des quartiers et des personnes :

- des services du CHGR
- données des services de tutelle
- données de la COTOREP et de la Médecine du travail ou de la Sécurité Sociale (nombre de personnes en invalidité avec handicap psychique)
- des Foyers d'hébergement et des SAVS (service d'accompagnement à la vie sociale)...

#### **- un comité de pilotage permanent sur l'agglomération.**

Un tel comité politique et institutionnel aurait pour objectif un portage politique permanent et un suivi du programme d'actions défini, en dépassant le découpage actuel entre le sanitaire, le social et secteur médico-social.

Ce découpage en effet ne correspond pas à la réalité : de nombreuses personnes handicapées et reconnues telles par la COTOREP sont des personnes régulièrement hospitalisées en psychiatrie, ou interpellent et sollicitent régulièrement toutes les institutions : ainsi à défaut de structures d'hébergement et d'accompagnement adaptées pour ces publics, de nombreuses institutions sont amenées à intervenir par défaut, pour 'réparer' ou gérer en urgence des situations, ce qui induit d'importants coûts : l'assurance maladie pour les prises en charge médicale hospitalières, ou des interventions à domicile, les acteurs sociaux, les collectivités locales pour les aides à domicile, les bailleurs sociaux pour les conséquences des troubles de voisinage sur les mutations de locataires.

On peut souligner également que cette situation a un coût politique, au sens large, dans la cité, puisqu'elle contribue au délitement du lien social.

On peut faire aussi le parallèle avec d'autres dispositifs tels que celui de l'insertion et la gérontologie. Dans le premier cas, on sait que jusqu'à présent le dispositif RMI relevait des compétences partagées





## **PARTIE III : ANNEXES**





