



## Habitat et troubles du comportement

Rapport final

Juin 2004

### **APRAS**

6 cours des Alliés  
CS 84304  
35043 RENNES CEDEX  
Tél. 02.99.31.52.44 / Fax 02 99 30 81 17  
Email : [contact@apras.asso.fr](mailto:contact@apras.asso.fr)

### **CREAI**

CS 60615  
2 B, rue du Pâtis Tatelin  
35706 RENNES CEDEX 7  
Tél. 02.99.38.04.14 / Fax. 02.99.63.41.87  
Email : [creaib@club-internet.fr](mailto:creaib@club-internet.fr)

*Etude réalisée par Jean-Yves BROUDIC, intervenant :*

- *en tant que sociologue consultant<sup>1</sup> pour l'APRAS sur Rennes Métropole*
- *en tant que conseiller technique du CREAI de Bretagne pour les autres villes.*

---

<sup>1</sup> 3, boulevard E. Svob, 56100 Lorient. Tél. 06 86 41 69 11.

## **Sommaire**

I-	Introduction	p. 5
II-	Fiches actions	p. 9
	A- Département des Côtes d'Armor	p. 11
	B- Département du Finistère	p. 27
	C- Département du Morbihan	p. 39
	D- Département d'Ille-et-Vilaine : Agglomération de Rennes	p. 57
III-	Analyse transversale	p. 81
IV-	Conclusions et pistes de travail	p. 89
V-	Annexes :	p. 91
	1- Index des sigles	
	2- Les dispositifs Rampes et Rem'aides	
	3- l'Echo des Forums de l'APRAS, n°4	



## **I- INTRODUCTION**

Le cahier des charges de cette étude portait sur une question de plus en plus préoccupante aux yeux des responsables politiques, institutionnels et des professionnels de terrain, celle des "troubles du comportement dans l'habitat", expression large pouvant recouvrir des réalités très diverses.

Cette notion de troubles du comportement renvoie en effet à différents problèmes de cohabitation, des conflits de voisinage, des incivilités, des situations d'agressivité, mais aussi à des situations de laisser – aller ou d'absence d'hygiène minimale dans l'habitat, etc. Ces processus peuvent se traduire par une désocialisation conduisant parfois à la perte de leur logement par certaines personnes. Dans ces situations sont donc étroitement liées des problématiques sociales et des dimensions psychiques ou psychologiques, ou de véritables maladies mentales.

Ce type de situation interroge de nombreux professionnels dans leur mode d'intervention : les intervenants à domicile : agents des organismes HLM, travailleurs sociaux, services d'accompagnement social spécifique de type ASLL<sup>2</sup>, aides ménagères, services de soins, etc. Parmi les acteurs concernés figurent également d'autres agents de services publics, et souvent au premier rang les habitants du voisinage ou du quartier. On voit par-là que derrière cette expression de troubles du comportement, ce sont certaines dimensions du lien social, du vivre ou de "l'être ensemble" qui sont interrogées.

Mais, précisément, comment les acteurs institutionnels et professionnels appréhendent – ils ces phénomènes ? Comment définissent-ils ces situations ? Quelles sont les caractéristiques des publics concernés ? Peut – on parler d'une situation nouvelle dans la société contemporaine ? Comment les professionnels interviennent-ils ordinairement pour répondre à ces problématiques et comment adaptent-ils leurs pratiques à cette réalité ? Mettent-ils en œuvre de nouvelles formes de coopération ou envisagent – ils de telles pratiques prochainement, et à quelles conditions ?

Telles étaient les questions que posait l'appel d'offre de la Plateforme de l'Observatoire Sanitaire et Sociale, et auxquelles ce présent rapport d'étude cherche à répondre. Sur le plan méthodologique, la démarche d'étude a consisté en une double approche :

### **a- une approche territoriale.**

Cet angle de vue repose sur l'idée que les situations à analyser, ainsi que les pratiques institutionnelles et professionnelles afférentes, ont une configuration particulière sur chaque territoire, selon l'histoire locale des différentes institutions concernées, les habitudes de travail entre professionnels.

Ceci nous a conduit à mettre en œuvre une approche à l'échelle des départements et à l'échelle des agglomérations ou villes, en prenant en compte la diversité des territoires : grandes villes, villes moyennes et secteurs ruraux. En concertation avec la DRASS, une première liste de sites à investiguer a été arrêtée dans un premier temps et ensuite modifiée en tenant compte

---

<sup>2</sup> Accompagnement social lié au logement.

des informations recueillies lors de la première phase. In fine, les territoires suivants ont été l'objet des investigations :

- en Côtes d'Armor, les villes de Guingamp, Lannion, et St Briec,
- en Finistère, les villes de Brest et Quimper
- en Morbihan, les villes de Lorient, Vannes, et Le Faouët
- en Ille et Vilaine, le territoire de Rennes Métropole.

La spécificité de la démarche d'étude sur le territoire de Rennes Métropole mérite quelques explications. Dès le début de 2003, l'APRAS avait engagé une recherche - action intitulée "*Fragilités psychologiques et troubles de la vie sociale. Rôle des institutions, pratiques des professionnels*".<sup>3</sup> Cette démarche avait pris la forme suivante :

- elle avait un caractère inter - institutionnel : 26 entretiens avaient été réalisés auprès de 52 personnes de 21 institutions différentes, dont les villes, le département, la DDASS, le CHGR, les organismes HLM, CAF, la Justice, le CCAS, etc. Et la plupart de ces institutions sont représentées dans le comité de Pilotage ;
- elle a concerné à la fois des responsables de service et des acteurs de terrain, plusieurs réunions collectives d'échanges ayant eu lieu avec des travailleurs sociaux de service de tutelle APASE et ATI, et d'ALFADI, de la CRAM, d'organismes HLM...
- elle a permis de dégager des points de convergence sur l'identification des publics concernés, sur les limites des dispositifs d'intervention ordinaires, sur les initiatives prises pour les améliorer, sur les enjeux spécifiques liés à l'hospitalisation et à l'hébergement ;
- enfin, elle a dégagé plusieurs pistes de travail, le Comité de Pilotage de septembre 2003 ayant pris l'option d'en privilégier quatre :
  - . la mise en place d'un groupe de recherche-action avec les professionnels de terrain sur deux territoires de quartier,
  - . une réflexion sur les procédures d'intervention en cas d'hospitalisation sans consentement,
  - . un travail spécifique avec les organismes HLM et leurs liens avec le CHGR,
  - . un travail sur les projets d'hébergements spécifiques.

La présente démarche d'étude initiée par la DRASS a donc permis de poursuivre sur 2004 le travail engagé en 2003; elle y a pris la forme de la préparation (par des entretiens complémentaires) et de l'animation des groupes de travail relatifs aux quatre axes mentionnés ci-dessus, et de l'analyse de l'état d'avancement des actions.

Et, pour une commodité de lecture, nous avons restitué les données relatives à cette démarche sur Rennes Métropole sous une forme identique à celles sur les autres villes, à savoir les fiches actions.

## **b- une analyse de différentes actions**

La première phase de l'étude a consisté à réaliser des investigations auprès de responsables institutionnels à l'échelle des départements.

---

<sup>3</sup> Cf. une synthèse de cette démarche d'étude en annexe : L'Echo des Forums de l'APRAS n°3, novembre 2003  
Etude DRASS : "*Habitat et troubles du comportement*". APRAS - CREA I – Jean-Yves BROUDIC.

Les personnes rencontrées à cette étape ont été :\*

- Mme Quittançon, médecin – inspecteur, DDASS des Côtes d’Armor
- Mme Coustier, chargée de mission à l’ADO HLM des Côtes d’Armor
- Mme Barbier, conseillère technique, DDASS du Morbihan
- M. Cougoulat, CCAS de Lorient
- Mme Romme, chargée de l’action sociale et de l’insertion au CCAS de Vannes
- M. Radigois, directeur du CCAS de Pontivy
- M. Le Joliff, inspecteur principal, DDASS du Finistère
- M. Pot, directeur de la gérance à l’OPAC de la CUB de Brest
- Mme Guergadi, responsable du service logement du CCAS de Quimper
- Mme Minor, responsable du service action sociale – santé du CCAS de Quimper
- Plusieurs acteurs impliqués dans la démarche engagée sur l’agglomération de Rennes.

Un rapport intermédiaire a donc été produit en février 2004, restituant l'essentiel de la teneur de ces échanges et proposant une série d'actions à décrire et analyser plus précisément dans la suite de l'étude. A l'issue de ce travail, les investigations (visites, entretiens, exploitation documentaire) ont eu pour objectifs de réaliser des "fiches – actions" sur des dispositifs nouveaux, retenus selon deux critères principaux :

- il s'agit de réponses à des personnes qui relèvent des problématiques complexes autour de la question de l'habitat
- il s'agit de dispositifs qui articulent des interventions de professionnels de plusieurs champs : le social et médico-social, l'habitat ou l'hébergement, le soin ou l'accompagnement.

Bien que la délimitation ne soit pas toujours facile, on peut remarquer que ces actions relèvent de trois catégories principales :

- des dispositifs d'observation
- des dispositifs d'accompagnement
- des dispositifs d'hébergement

Dans les fiches qui constituent le corps de ce rapport, nous rappelons donc dans quelles catégories se situent les dispositifs décrits.

§§§§§§§§§§§§§§§§

Ce rapport est donc composé de cette série de fiches – actions rassemblées par département, et à sa suite, d'une analyse transversale, autour des questions suivantes :

- la question des publics concernés par cette notion de "troubles du comportement dans l'habitat"
- les réponses "ordinaires" des services et institutions pour accompagner ces personnes et répondre à leurs besoins
- les dispositifs nouveaux mis en place et leurs caractéristiques générales
- l'analyse par territoire : effet du partenariat, organisation ou non en réseaux

En conclusion, nous formulons des pistes d'actions et de réflexions complémentaires.



## II- FICHES ACTIONS

Les fiches actions qui ont été étudiées sont listées ci-dessous, avec une mention des structures qui ont été interrogées à ce propos (on trouvera pour chaque action la référence des personnes rencontrées).

### COTES D'ARMOR

Mesures d'ASLL avec une orientation "maladie mentale et des troubles psychiques"	St Brieuc, Foyers d'accueil Les Nouëlles
Concertation entre professionnels de la psychiatrie et travailleurs sociaux d'un CHRS, dans le cadre d'un "accompagnement santé"	Guingamp, CHRS l'Horizon, Maison de l'Argoat
Formation d'une équipe de TISF (technicien d'intervention sociale et familiale), pour le suivi à domicile après hospitalisation	Plouguernevel CHS
Partenariat CHS et communes rurales pour la réhabilitation et la gestion de logements communaux locatifs occupés par d'anciens patients de la psychiatrie, avec un suivi en ambulatoire.	Communes du Trégor CHS
Concertation entre professionnels de la psychiatrie et travailleurs sociaux	Lannion CHRS Ty an Holl
Articulation des interventions techniques et sociales dans le cas de problèmes d'hygiène dans des logements	St Brieuc CCAS et Service Hygiène

### FINISTERE

Une offre diversifiée de logement et d'hébergement, articulée à des dispositifs d'accompagnement, et partenariat entre le CHU et les CHRS et associations gérant de l'A.L.T.	Brest CCAS
Equipe de proximité d'intervention (EPI), intervenant dans le cadre d'une maraude auprès de personnes à la rue ou suite à des signalements de troubles de voisinage, et mesures ASED (accompagnement socio – éducatif)	Brest CCAS
Grille d'analyse et d'évaluation des troubles de voisinage, et d'intervention d'agents de médiation au sein d'un organisme HLM	Brest OPAC CUB
Parc d'habitat adapté en cités de promotion familiale en petits immeubles collectifs, notamment en construction neuve.	Quimper CCAS

## **MORBIHAN**

Collaboration entre professionnels du CCAS et de la psychiatrie autour de certaines situations de personnes âgées	Lorient CCAS
Mise en place dans un quartier HLM du dispositif "familles gouvernantes".	Lorient UDAF Lorient Habitat
Les logements ALT gérés par une association en lien avec le service social d'un CHS	St Ave EPSM
CHRS spécialisé dans l'accueil de publics en lien avec la psychiatrie	Lorient CHRS Robelin
Accompagnement de résidents dans des logements dispersés sur la ville et partenariat autour de certaines situations	Pontivy CCAS et CHRS Le Relais
Services d'aides ménagères auprès des personnes ayant des troubles du comportement	Lorient CCAS - La Passerelle
Réseau multiservice pour le développement social et solidaire	Le Faouët ADI et Centre Médico social

## **ILLE ET VILAINE**

Pratiques professionnelles et partenariat de territoire sur deux quartiers (Maurepas, Le Blosne – Est)	Rennes APRAS et autres partenaires
Les procédures d'hospitalisation sans consentement	Rennes APRAS et autres partenaires
Les troubles de voisinage dans l'habitat social	Rennes APRAS, CHGR, Organismes HLM
Les projets d'hébergement spécifique	Rennes APRAS et autres partenaires

Dans les fiches qui suivent, nous mentionnons dans l'intitulé de l'action dans quel registre elle se situe particulièrement : Observation / Accompagnement / Hébergement, et nous reportons dans la dernière rubrique les mentions de dispositifs du même registre qui existent sur d'autres territoires.

## A-DEPARTEMENT DES COTES D'ARMOR

<i>Dénomination de l'action</i>	Mesures d'ASLL, avec une orientation "maladie mentale et troubles psychiques". ( ACCOMPAGNEMENT)
<i>Porteur du projet et coordonnées</i>	Foyers d'Accueil Les Nouëlles, St Brieuc
<i>Evolution dans le temps et état d'avancement</i>	<p>Les premières mesures d'ASSL (accompagnement social lié au logement) ont été mises en oeuvre sur le département en 1993. Elles portaient alors sur l'appropriation du logement, la gestion budgétaire, les relations de voisinage, le développement de l'autonomie. Elles ont été ensuite étendues à l'aide à la recherche de logements.</p> <p>Elles sont réalisées par 6 associations conventionnées du département. Les mesures sont de six mois, éventuellement prolongées de six mois et à titre exceptionnel au-delà de un an. En 2003, le nombre total de mesures accordées a été de 402, pour 407 ménages. Leur coût global sur le budget du FSL est de : 430 170 Euros en 2003.</p> <p>L'association les Nouëlles a postulé au départ pour des mesures d'ASLL pour des sortants des foyers FOFV et FAM qu'elle gère par ailleurs, même si l'accès à une vie autonome est difficile pour ces publics, ce qui explique l'orientation actuelle "maladie mentale et handicap" accordée à l'association.</p>
<i>Publics concernés</i>	<p>Les personnes seules constituent près de 50% de l'ensemble des ménages concernés, dont une majorité d'hommes ; les adultes seuls avec des enfants en constituent le quart.</p> <p><b>Outre les difficultés sociales et budgétaires, le bilan sur ce dispositif réalisé en 2003 dans le cadre du PDALPD mentionne que "les associations sont confrontées à des personnes en grande précarité aux conduites addictives voire de la maladie mentale pour lesquelles elles notent le manque évident de structures d'accueil (avec une maîtresse de maison par exemple) qui pourraient permettre un suivi et un soutien rigoureux au quotidien."</b></p> <p>Beaucoup de personnes souffrent de solitude, sans avoir elles – mêmes les moyens de nouer des relations avec d'autres personnes. <b>L'alcool est présent dans plus du tiers des situations, associé à d'autres problèmes. La question de l'hygiène concerne souvent les hommes seuls, qui peuvent au fil des ans se laisser aller à une vraie déchéance, notamment quand il y a une problématique alcoolique.</b></p>
<i>Description de l'action. Modalités concrètes de mise en œuvre.</i>	<p>L'association Foyers d'Accueil – Les Nouëlles intervient sur le territoire des trois circonscriptions d'action sociale départementale de St Brieuc ; en 2003, le nombre de ménages suivis avec une mesure sur ce territoire a été de 46, 19 suivis ayant pris fin. Le nombre de mesures simultanées est de 30. En 2003, le coût d'une mesure de six mois était de 1056 Euros.</p> <p>La mesure est assurée par la conseillère CESF des Nouëlles, en charge de ce dispositif au travers de diverses modalités : travail sur le logement, les démarches pour l'accès ou la gestion du loyer et des charges,</p>

	<p>l'accompagnement des personnes vers diverses structures pour favoriser la vie sociale, les actions collectives sur les économies d'énergie, la négociation avec divers partenaires (propriétaire bailleur, créancier, autre intervenants sociaux, etc.).</p> <p>Le bilan de l'association Les Nouëlles fait état de situations financières très difficiles et de la spirale du surendettement. Certaines mesures aboutissent à des demandes de mesures de protection (TPSA et curatelle). Il mentionne également que <i>"certaines personnes sont dans une telle souffrance qu'il est très difficile de les mobiliser. De plus, la maladie mentale entraîne aussi des comportements de repli sur soi et parfois, de violence qui empêchent d'aller vers les autres. (...)</i></p> <p><i>Nous avons rencontré des ménages dont la problématique principale concernait l'entretien du logement (9 ménages sur 46). Ces situations sont souvent dramatiques et les personnes vivent dans ces conditions depuis de nombreuses années. Il est difficile de reloger ces personnes car leur fonctionnement est tel que changer de logement serait simplement déplacer le problème. De plus, ces comportements sont associés à la maladie mentale et à des conduites addictives, ce qui rend plus difficile le travail de collaboration avec la personne. (...) Pour certains, le fait de mettre en place un travail de nettoyage avec une entreprise en les incluant dans l'activité leur a permis de découvrir les règles d'hygiène. (...)</i></p> <p><i>Dans le cadre des mesures d'ASSL exercé par les Nouëlles, nous sommes confrontés à la maladie mentale et là encore nous rencontrons des problèmes au niveau de la recherche de logement. Certaines pathologies entraînent des troubles de voisinage importants qui sont difficilement défendables devant un bailleur. Nous pensons qu'il demeure un problème en lien avec le suivi médical car celui-ci ne peut intervenir qu'à la demande de la personne. Ce qui rend l'action encore plus difficile lorsque la maladie n'est pas reconnue par la personne ou lorsque le malade sort du CHS en refusant le suivi qui est mis en place à cette sortie."</i></p>
<p><b>Partenariat</b></p>	<p>Le rapport d'activité des Nouëlles pour 2003 note que 21 des 46 ménages sont locataires d'organismes HLM (Côtes d'Armor Habitat et OPHLM de St Briec) <b>et que le partenariat avec ces organismes est très positif</b> (<i>"Des rencontres se font avec eux et avec les usagers"</i>), ainsi qu'avec la Régie de quartier et Emmaüs. <i>"Le partenariat est bien présent de manière générale et c'est aussi ce qui permet de faire avancer les situations."</i></p> <p><b>Avec le centre St Benoît Menni de la psychiatrie, il peut être organisé des rencontres entre la CESF des Nouëlles, une infirmière et le couple ou la personne concernée... Ce type de rencontres ne concerne dans l'année que quelques situations.</b> Ces réunions peuvent être efficaces, elles permettent de faire savoir aux personnes accompagnées que les professionnels travaillent ensemble. Certaines personnes ont des traitements médicamenteux quotidiens, la CESF peut appeler à ce sujet le référent infirmier de CMP, ou leur médecin.</p> <p>Certains ménages avec enfants sont l'objet de multiples interventions sociales : l'assistante sociale de circonscription, la CESF pour l'ASSL, une mesure d'AEMO pour les enfants, un infirmier de psychiatrie, une TISF de l'ADMR, une mesure de protection... Les personnes ne savent pas toujours vers qui se tourner, ou bien tel travailleur social peut aussi être évincé à un</p>

	<p>moment donné. Dans ces circonstances, parfois les professionnels organisent des visites communes, ou bien assez fréquemment des réunions de mise au point.</p> <p><b>L'une des difficultés est d'assurer des services à domicile pour certaines des personnes suivies, car le portage de repas est généralement réservé aux personnes âgées ou aux autres personnes reconnues handicapées.</b></p>
<p><b><i>Effets ou résultats auprès des publics</i></b></p>	<p>Toutes les structures mandatées pour ce type de mesures doivent faire un bilan annuel. Le bilan global des mesures ASSL sur le département en 2003 fait état des résultats suivants (sur 301 ménages) : 58 % pour lesquels les objectifs sont atteints, 21 % partiellement atteints, 21% non atteints. <b>Pour l'association les Nouëlles, les résultats sont inférieurs, respectivement, sur 19 mesures en 2002, de 42 %, 21 %, et 37 %.</b></p> <p><b>Ces résultats sont à référer à l'orientation dominante des mesures confiées à l'association les Nouëlles : maladie mentale, handicap et troubles psychiques... Une difficulté concerne les personnes qui n'entrent pas dans la logique de projet ou d'objectifs, dans le cas de fort alcoolisme notamment ou de maladie mentale, et notamment sans demande de soins de la part de la personne. Il y a des situations où le contrat n'est jamais signé, ou la personne ne répond jamais, ce qui aboutit à l'annulation de la mesure.</b></p> <p>Une limite est liée au cadre de la mission : ainsi, lors d'une mesure d'ASSL pour une dame avec l'AAH, sans toutes ses facultés intellectuelles, la professionnelle assurant la mesure d'ASSL a été amenée à l'accompagner pour prendre le bus pour faire ses courses. La commission technique a fait savoir que cela dépassait le cadre de la mission. A la fin de la mesure, une intervention d'une aide- ménagère a été mise en place pour deux heures par semaine.</p> <p>Le rapport d'activité des Nouëlles note en conclusion, à propos du rythme très irrégulier des mesures accordées : "<i>Nous savons aussi que ceci est dû à l'orientation "maladie mentale et handicap" accordée à l'association. Pour autant, la spécificité de la conseillère CESF permet d'exercer toute mesure.</i>"</p>
<p><b><i>Analyse globale de l'évolution de l'action.</i></b></p>	<p>En 10 ans, les mesures d'ASLL ont fait la preuve de leur efficacité pour certains publics dans le cadre d'une action focalisée sur l'habitat.</p> <p>Mais elles rencontrent souvent des limites, liées aux problématiques plus complexes des personnes, au partenariat, et aux contraintes des logiques du marché de l'habitat : le problème du logement s'aggrave, les populations un peu marginales sont donc de moins en moins bien reçues. Pour ces populations, les questions de logement, de surendettement, d'hygiène, sont étroitement liées à des données subjectives.</p> <p>La spécificité de l'intervention des Nouëlles vers les personnes avec des troubles psychologiques importants ou des troubles mentaux reflète une réalité présente chez les publics des autres opérateurs. Le cadre et les modalités d'intervention de cette association ne paraissent pas cependant très différents de ceux des autres organismes qui pratiquent ces mesures, notamment dans l'articulation des interventions dans le champ</p>

	thérapeutique, de l'action sociale et de l'habitat.
<i>Autres observations</i>	<p>Dans le Finistère, le comité directeur du Plan a décidé en novembre 2003 de mettre en oeuvre des mesures d'ASLL distinctes selon le type de public :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- des mesures simples de 6 mois pour les ménages confrontés à un seul type de problématique lié au logement,</li> <li>- des mesures renforcées, pour les ménages présentant un cumul de problématiques logement liées au savoir habiter et / ou au refus de gérer, un déni de leurs difficultés et une résistance à l'accomplissement des démarches. La mesure renforcée a une durée de 12 mois.</li> <li>- <b>des mesures spécifiques de maintien dans un logement</b> dans un parc de logements adaptés gérés par l'opérateur (cités de promotion familiale ou PLA d'intégration). Elles concernent <i>"des ménages éprouvant des difficultés à définir un projet durable, voire un projet simple, présentant des conduites addictives et / ou des problématiques ou pathologies psychiatriques, (...), nécessitant un suivi rapproché, pouvant comprendre plusieurs visites hebdomadaires"</i>. <b>La mesure spécifique de maintien dans le logement est sans limitation de durée a priori.</b></li> </ul> <p>En Ille-et-Vilaine, sur l'agglomération de Rennes, les mesures d'ASLL sont assurées par l'association ALFADI qui a adopté un mode d'accompagnement plus intense et plus long, offrant des possibilités d'autres approches : en 2003, 160 mesures sont assurées par une équipe de 7 ou 8 professionnels de diverses compétences.</p>

*(Source : bilan 2003 du dispositif d'ASLL (PDALPD – FSL) des Côtes d'Armor ; bilan 2003 de l'accompagnement social lié au logement des Nouëlles. Entretiens avec Myriam Hérault, association Les Nouëlles, et avec Françoise Coustier, Association départementale des organismes HLM)*

<i>Dénomination de l'action</i>	<b>Concertation entre professionnels de la psychiatrie et travailleurs sociaux d'un CHRS, dans le cadre d'un "accompagnement santé" ( ACCOMPAGNEMENT )</b>
<i>Porteur du projet et coordonnées</i>	<b>CHRS l'Horizon, Maison de l'Argoat, Guingamp</b>
<i>Evolution dans le temps et état d'avancement</i>	<p>Le CHRS constitue un des deux pôles d'activité de la Maison de l'Argoat, l'autre étant constitué du pôle insertion, incluant un Point Santé. Le nombre total de professionnels qui y interviennent est de 18 personnes.</p> <p>Le CHRS a été ouvert en 1978. Il dispose aujourd'hui de 28 places financées, mais en réalité d'une offre supérieure, dont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- en accueil collectif : 14 sur Guingamp, 3 places en urgence, 6 studios, 5 appartements,</li> <li>- en accueil éclaté : 18 places sur Guingamp, Paimpol, et Ploubazlanec.</li> </ul>
<i>Publics concernés</i>	<p><b>L'équipe de la Maison de l'Argoat fait deux constats : d'une part l'augmentation du nombre de personnes avec des "souffrances psychiques" au sens large ; d'autre part l'arrivée en CHRS de sortants d'hospitalisation psychiatrique pour troubles mentaux et / ou conduites addictives. Cette dernière tendance se fait sentir surtout depuis deux ans.</b></p> <p>De plus, de jeunes adultes ont du mal à accepter les règles de la vie en collectivité et les modalités de l'accompagnement éducatif.</p> <p>Il y a quelques années, il y avait plus de SDF ou sortants de prison, qui étaient en capacité de travailler ponctuellement. Aujourd'hui, les personnes sont plus fragiles sur le plan psychologique et la solidarité familiale est bien moins présente.</p> <p>Une commission d'admission évalue la possibilité d'intégrer le CHRS "<i>en fonction du projet de la personne</i>" et en fonction des missions des CHRS.</p> <p>En 2003, sur 97 personnes accueillies au CHRS, 46 étaient identifiés avec des "troubles d'ordre psychique, 20 sortaient d'une hospitalisation en psychiatrie, <b>et pour 13 personnes a été mise en place un "accompagnement santé"</b>, tel que présenté ci-dessous.</p> <p>Sur les chantiers d'insertion, sur 33 personnes, 54% ont des problèmes de santé, 48% des conduites addictives et 21% un problème de logement.</p>
<i>Description de l'action. Modalités concrètes de mise en œuvre</i>	<p>L'équipe de la Maison de l'Argoat comprend, au point Santé, une infirmière DE, qui peut accueillir des personnes venant de leur domicile, d'un hôpital ou d'une autre structure hospitalière, qui peut les orienter et accompagner vers le CMP.</p> <p><b>La convention avec le CHS de Bégard prévoit que si une personne du CHRS est hospitalisée, son admission n'est pas remise en cause et qu'un bilan est effectué entre les deux équipes dans les quinze jours.</b> Certaines personnes font des allers-retours fréquents entre le CHRS et l'hôpital de Bégard.</p>

	<p><b>Une des clauses de cette convention prévoit un dispositif "d'accompagnement santé" pour les personnes sortantes de la psychiatrie, il prévoit notamment le respect du suivi des traitements médicamenteux prescrits par le médecin psychiatre et préparés par l'infirmière du Point Santé.</b></p> <p>Cet accompagnement est mis au point à l'arrivée de ces personnes dans le cadre de l'hébergement collectif. Ne peuvent gérer elles-mêmes leurs traitements que les personnes qui fournissent un certificat médical ou qui vivent dans les logements autonomes.</p>
<b>Partenariat</b>	<p><b>La convention a été signée avec le CHS de Bégard il y a deux ans.</b></p> <p>Une rencontre a lieu tous les deux mois entre les professionnels du CMP (chef de service, infirmière, AS, sans la présence d'un psychiatre ou d'un psychologue ) et des membres de l'équipe du CHRS (chef de service, infirmière, éducatrice, responsable ateliers).</p> <p>Un indicateur de cette proximité entre le CHS et le CHRS est qu'un médecin de l'hôpital est présent au CA de l'association, ce qui facilite la circulation de l'information, et les contacts des professionnels du CHRS avec les professionnels du sanitaire.</p> <p>Par ailleurs, certaines situations sont l'objet de réunions de travail ou de synthèse entre tous les professionnels concernés.</p> <p>Enfin, un partenariat existe aussi avec d'autres partenaires tels que le Comité local pour le logement, l'Office HLM, Domicile Action (emploi de travailleuses familiales), la circonscription d'action sociale départementale, le Comité de service aux personnes, la Mission Locale, les Services de tutelles.</p>
<b>Effets ou résultats auprès des publics :</b>	<p><b>Certaines personnes deviennent dépendantes de l'institution, sans pouvoir partir vers un logement autonome. L'une des difficultés actuelles est l'absence de solutions après un séjour en CHRS, solutions de logements et solutions adaptées d'accompagnement et de services aux personnes.</b></p> <p>Certaines personnes cumulent les difficultés, leur notion du temps est différente de celle des professionnels (les demandes ou exigences des professionnels ne sont pas toujours entendues). Avec ces publics (dont beaucoup ont du mal à élaborer un projet), les professionnels apprennent à relativiser la notion de résultats, en abandonnant la notion de résultats immédiats.</p>
<b>Analyse globale de l'évolution de l'action.</b>	<p><b>En complément aux dispositifs existants, est en cours une réflexion au niveau du Comité Cantonal de Services aux Personnes, sur la création d'un service avec des auxiliaires de vie et des AMP, pour les publics concernés par ces problématiques, en sortie de CHRS notamment, pour celles qui disposent des ressources AAH et ACTP.</b></p> <p>Parallèlement, une réflexion est en cours sur la mutualisation des moyens de différentes structures de Guingamp pour organiser la veille de nuit, afin de mobiliser les compétences éducatives sur le temps de journée.</p>

<i>Autres observations</i>	Cf. les fiches sur le CHRS Ty an Holl à Lannion et le CHRS Robelin à Lorient.

*(Source : entretien avec Mme David, directrice de l'association Maison de l'Argoat ; Mme Hélié, chef de service au CHRS ; Mme Tual, éducatrice)*

<i>Dénomination de l'action</i>	<b>Formation d'une équipe de TISF (technicien d'intervention sociale et familiale), pour le suivi à domicile après hospitalisation (ACCOMPAGNEMENT)</b>
<i>Porteur du projet et coordonnées</i>	<b>CHS de Plouguernevel ( B )</b>
<i>Evolution dans le temps et état d'avancement</i>	<p>L'hôpital de Plouguernevel s'est réorganisé dans le cadre notamment du redécoupage de la carte sanitaire. Il comprend maintenant deux secteurs de psychiatrie adulte, l'un sur le Morbihan (Gourin, Pontivy, Baud), l'autre sur les Côtes d'Armor.</p> <p>La formation d'une équipe de TISF (technicien d'intervention sociale et familiale) date de 2002.</p>
<i>Publics concernés</i>	<p><b>Le service social de psychiatrie est de plus en plus interpellé par les questions de logement, et rencontre en cela les préoccupations des travailleurs sociaux de circonscription et de la Mission Locale. Il n'y a pas par exemple de structures d'accueil pour les femmes en rupture conjugale sur le secteur de Rostrenen, il manque des logements d'urgence pour des jeunes sortants des unités d'addictologie – alcoolologie. Et il manque des logements pour des personnes avec des maladies mentales installées, qui ont toujours besoin de soins et d'accompagnement.</b></p> <p>Le CHS dispose de quelques appartements thérapeutiques mais n'a aucun logement d'insertion.</p> <p><b>Une partie des personnes en soin en ambulatoire de psychiatrie vit dans des logements dans des conditions d'hygiène très sommaires. Il s'agit souvent d'hommes seuls qui ont été hospitalisés pour des problèmes d'alcool, des dépressions...C'est pour ce public que le C.H.S. a organisé un service d'intervention à domicile.</b></p>
<i>Description de l'action. Modalités concrètes de mise en œuvre.</i>	<p>L'équipe de TISF (technicien d'intervention sociale et familiale) est aujourd'hui composée de 11 personnes, il s'agit en grande partie d'anciens salariés aides-soignants qui ont eu une formation adaptée à cette finalité.</p> <p><b>L'objectif est de favoriser le maintien et le retour dans le logement des personnes, souvent des hommes seuls, à la sortie de leur hospitalisation.</b> Avant la sortie, il y a une visite à domicile avec la personne pour faire un état des lieux et évaluer les capacités des personnes à reprendre en main leur vie quotidienne. Après la sortie, il y aura des visites régulières au domicile, selon une fréquence adaptée à chaque situation (de une fois par semaine à une fois par mois). Les supports des interventions sont très divers :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'entretien, l'hygiène du logement</li> <li>- la tenue éventuelle des extérieurs, jardins, etc.</li> <li>- les courses, les conduites alimentaires, la diététique.</li> </ul>
<i>Partenariat</i>	<p>Il s'agit d'une action interne au CHS.</p> <p>Après l'intervention du professionnel TISF, se pose la question du relais</p>

	par d'autres professionnels, notamment l'intervention d'aides ménagères, ce qui est difficile à mettre en place pour les personnes de moins de 65 ans. Cela renvoie à la fois à l'organisation de services adaptés pour ces publics et au travail avec des professionnels extérieurs.
<b><i>Effets ou résultats auprès des publics</i></b>	Ces interventions contribuent à la prévention de la rechute, ainsi que des troubles de voisinage, puisque tout service comporte une dimension relationnelle et subjective.
<b><i>Analyse globale de l'évolution de l'action.</i></b>	Cette intervention constitue donc un maillon complémentaire dans la chaîne des interventions du CHS, outre le soin et l'accompagnement social.
<b><i>Autres observations</i></b>	Cf. la fiche – action sur les aides à domicile pour des publics proches sur Lorient.

***(Source : entretien avec Mme Damon, assistante sociale, service social de CHS de Plouguernevel)***

<i>Dénomination de l'action</i>	<b>Partenariat CHS de Bégard et communes rurales pour la réhabilitation, la gestion de logements communaux locatifs occupés par d'anciens patients de la psychiatrie, avec un suivi en ambulatoire. (ACCOMPAGNEMENT / HEBERGEMENT)</b>
<i>Porteur du projet et coordonnées</i>	<b>CHS de Bégard, Fondation Bon Sauveur</b>
<i>Evolution dans le temps et état d'avancement</i>	<p>Le partenariat avec des communes du Trégor pour la création "d'appartements protégés" en lien avec la psychiatrie s'inscrit dans le nouveau projet d'établissement qui s'est traduit par la création d'une MAS, d'un FAM, d'une MAPAD, d'une clinique alcoologique, d'un service intersectoriel, d'une réduction des lits d'hospitalisation complète et d'une ouverture de CMP sur les principales villes des trois secteurs de Lannion, Guingamp, et Paimpol.</p> <p><b>L'ouverture des premiers appartements protégés date de 1989.</b></p>
<i>Publics concernés</i>	<p>Il s'agit de personnes hospitalisées précédemment à l'hôpital du Bon Sauveur, ou ayant suivi des soins en CMP, tous majeurs reconnus handicapés avec une AAH ou une pension d'invalidité, sous tutelle ou curatelle.</p> <p>Les pathologies sont diverses : névroses graves, psychoses, pratiques addictives (alcool, toxicomanies). Les âges sont très variables, le plus souvent dans la tranche de 30 à 50 ans.</p> <p>Certains sont originaires de la région et l'attribution d'un logement cherche à tenir compte de la proximité de leur commune d'origine.</p>
<i>Description de l'action ou intervention spécifique</i>	<p><b>Le nombre de places en appartements protégés est aujourd'hui de 32.</b> Ils sont répartis sur les communes suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Guingamp (Montbareil) : 6 logements (propriété : office HLM de Guingamp), ouverture en 1989</li> <li>- Guingamp (La Passerelle) : 6 logements (propriétaire privé), 1993</li> <li>- Prat : 5 logements (logements communaux), 1992</li> <li>- Plounevez-Moëdec : 4 logements (propriété du CCAS), 1993</li> <li>- Cavan : 6 logements (logements communaux), 1996</li> <li>- Pédervec : 4 logements (logements communaux), 2003</li> </ul> <p><b>Les logements sont généralement des studios de 20 à 25 m<sup>2</sup>, en location directe par le propriétaire ou sous-loués, avec une intervention des services de l'hôpital pour la gestion administrative, financière. Les logements sont souvent regroupés dans le même petit immeuble (patrimoine ancien réhabilité).</b></p> <p>Par ailleurs, l'hôpital du Bon Sauveur dispose de 18 appartements communautaires ou thérapeutiques répartis sur les communes de Bégard (5 places), à Paimpol (3 places), à Guingamp (3 places), à Lannion (7 places). Et le service de tutelle de l'hôpital gère directement une vingtaine de logements sur Guingamp, Lannion et Bégard (logements privés le plus souvent, parfois HLM).</p> <p><b>Au total, sans compter le dispositif DIHAP de Guingamp (Castel Pic)</b></p>

	<p><b>pour douze places, dont la gestion est assurée par l'A.D.T. et dont l'hôpital est partenaire, le nombre de places en logements communaux, privés ou HLM occupés par d'ex-patients, avec un suivi assuré par l'hôpital est donc d'environ 70.</b></p> <p>Enfin, l'ouverture de l'hôpital a été l'occasion pour de nombreux propriétaires de Bégard d'aménager des logements, de les conventionner à l'APL et de les louer à d'anciens patients. Pendant quelques temps, certains d'entre eux venaient prendre leur déjeuner à l'hôpital, mais ceci ne se pratique plus.</p>
<i>Partenariat</i>	<p><b>Le montage des appartements protégés s'est toujours fait à partir d'une sollicitation des communes par l'hôpital, en leur proposant un partenariat au niveau de l'accompagnement des locataires, mais sans apport de financements.</b></p> <p><b>Dans le cas de Pédervec, une convention a été signée entre la commune et l'hôpital, pour préciser les modalités de suivi, mais cette convention n'existe pas ailleurs.</b></p> <p>Dans certains cas, des réunions sont organisées autour de certaines situations avec les délégués aux tutelles et ponctuellement des représentants des communes.</p>
<i>Modalités concrètes de mise en œuvre</i>	<p>Dans ces logements, l'hôpital s'engage à assurer un suivi sur le plan médical. Chaque lieu est rattaché à un CMP : le suivi de ces personnes fait donc partie de l'activité ordinaire de secteur, par le médecin, l'infirmière, l'assistante sociale.</p> <p>La plupart des personnes sont sous traitement médicamenteux, plus ou moins importants. Le psychologue intervient très peu auprès de ces personnes. Dans certains cas, il y a un passage quotidien d'un infirmier auprès des personnes. De nombreuses personnes vont en CMP et CATTP.</p> <p><b>Au niveau de l'hôpital existe un service de coordination, de gestion et de prospection pour ces appartements protégés, service assuré par une personne détachée à plein-temps.</b></p> <p>L'intervention des aides – ménagères des CCAS des communes est souvent organisée dans ces logements, plusieurs locataires bénéficient d'une ou deux heures par semaine.</p> <p>Le personnel de l'hôpital fait régulièrement des réunions avec les locataires tous les six mois ou tous les ans.</p> <p><b>Les locataires disposent d'une liaison permanente de secours avec l'hôpital, avec l'intersecteur le week-end.</b></p>
<i>Effets ou résultats auprès des publics :</i>	<p>Dans leur vie quotidienne, les locataires de ces logements sont amenés à fréquenter les commerces et services de la commune. Ils font appel par ailleurs aux médecins et autres professionnels de la commune, ce qui constitue de nombreuses occasions de rencontres et d'échanges avec les autres habitants de la commune.</p>

	<p>Il peut exister des difficultés pour certaines personnes, mais dans l'ensemble, l'intégration dans la vie des communes est réelle pour un grand nombre de locataires, notamment sur le plan des loisirs (exemple de deux femmes assidues d'un Club de troisième âge). Préalablement, les professionnels de l'hôpital ont rencontré la municipalité, les commerçants, le voisinage, en laissant leurs coordonnées...</p> <p>Il est observé une rotation de l'ordre de 10 % des locataires dans le parc des appartements protégés : certains accèdent à un logement autonome, d'autres retournent dans leur famille, il peut y avoir aussi retour à l'hospitalisation complète...</p> <p>A Plounevez – Moëdec, sur 5 personnes, 2 sont présentes depuis l'ouverture il y a plus de 10 ans.</p>
<i>Autres observations</i>	<p>De nouvelles pistes de réalisations de ce type existent sur des communes telles que Loguivy-Plougras ou Pommerit-Jaudy. Des contacts ont été pris également avec d'autres communes. Le patrimoine ancien se faisant plus rare, il est question avec certaines communes de faire ce type d'opérations en construction neuve.</p> <p>L'hôpital a un projet de création d'une quinzaine de lits d'appartements coordonnés thérapeutiques (A.C.T.)</p>

*(Entretien avec M. Benech Jean-Yves, cadre responsable du service de coordination des appartements protégés.)*

<i>Dénomination de l'action</i>	<b>Concertation entre professionnels de la psychiatrie et travailleurs sociaux (ACCOMPAGNEMENT / HEBERGEMENT)</b>
<i>Porteur du projet et coordonnées</i>	<b>CHRS Ty An Holl, Lannion (22)</b>
<i>Evolution dans le temps et état d'avancement</i>	<p>Le CHRS de l'association Ty An Holl fait partie d'un dispositif comprenant de l'hébergement en collectif (8 places), en appartements éclatés (20 places), en P.S.T. (41) en ALT(15), et autres logements (7). L'association assure également des mesures d'ASLL pour 95 ménages sur une année et gère le Point Santé. L'équipe de professionnel est composée de 9,32 ETP, dont deux infirmières et un psychologue à temps partiel.</p> <p><b>La démarche de partenariat avec le CHS de Bégard prend sa source dans les années 1996, où l'association sollicite systématiquement les professionnels du CHS en cas notamment de recherche de logement pour d'anciens patients. Une convention a été signée en 1998, qui prévoit l'engagement réciproque et définit les principes généraux de collaboration.</b></p> <p>Dans le même ordre d'idées, une convention de partenariat a été mise au point avec l'hôpital général de Lannion en juin 1999, dans le cadre du Point Santé, qui prévoit notamment la collaboration sur les situations d'urgences, la cohérence du suivi médical après la sortie, l'articulation avec le CHS de Bégard si nécessaire, notamment après hospitalisation suite à des tentatives de suicide.</p>
<i>Publics concernés</i>	<b>Par rapport à la situation d'il y a 7 ou 8 ans, le CHRS constate une évolution des publics suivis pour les services de l'association : à côté des personnes avec une problématique sociale dominante (même s'il y avait également des problèmes de santé, et notamment d'alcool), arrivent dans la structure des personnes avec une maladie mentale, patients de la psychiatrie plus ou moins stabilisés.</b>
<i>Description de l'action. Modalités concrètes de mise en œuvre</i>	<p><b>La convention mentionne les différents professionnels concernés par la prise en charge de certains publics. Elle prévoit un échange d'informations pour tout mouvement de personnes entre les deux structures.</b> Si une personne est adressée au CHRS en venant d'un autre établissement hospitalier, un courrier est adressé au médecin – chef du secteur.</p> <p><b>En cas de sortie d'un patient, dans le cadre d'un projet d'intégration, le CHRS est invité à la dernière synthèse des professionnels du CHS (ce qui se pratique une dizaine de fois dans l'année), et le dossier est établi en commun. Durant le premier mois de séjour à Ty An Holl, une infirmière de CMP devient le référent de la personne.</b></p> <p>Inversement, le CMP peut solliciter le CHRS pour un accueil de jour ou pour une recherche de logement, tout en cherchant à s'appuyer sur les réseaux ordinaires (médecins, AS, etc.). Ce partenariat permet un traitement en commun des situations d'urgence.</p> <p><b>Dans certaines situations, exceptionnelles, et de manière souple, s'organise une sorte de réseau de veille ou de vigilance autour d'une</b></p>

	<p><b>personne, avec l'intervention coordonnée des divers professionnel, à domicile ou par déplacement de la personne vers le service : le travailleur social du CHRS, un professionnel du CMP, un autre intervenant...Des réunions de synthèse peuvent alors être organisées.</b></p> <p>Ce dispositif fonctionne sur les budgets ordinaires des deux structures ; un poste de psychologue a été détaché au CHRS pendant quelques années dans le cadre de ce partenariat. Il n'existe plus aujourd'hui.</p>
<b>Partenariat</b>	<p>Le partenariat CHRS – CHS est au cœur de cette collaboration. Des réunions de travail régulières sont prévues entre professionnels des deux structures (en général : deux par an). Un bilan annuel est écrit sur cette convention de partenariat, successivement par chacune des parties.</p> <p>Cette collaboration a pour effet une amélioration des compétences des professionnels du CHRS, elle contribue à modifier leur regard sur les troubles psychiques et la maladie mentale.</p>
<b>Effets ou résultats auprès des publics</b>	<p>En 2001, le nombre de personnes concernées par cette collaboration a été de 27, dont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 3 résidents venus d'un autre CHS</li> <li>- 3 refus d'accès à une place par le CHRS</li> <li>- 10 personnes résidentes CHRS orientées vers le CHS</li> <li>- 15 personnes orientées pour un entretien.</li> </ul> <p><b>Dans la mesure où l'offre d'hébergement de Ty an Holl est essentiellement du logement éclaté, diffus dans le parc privé et HLM, il est clair que cette collaboration peut contribuer à construire des parcours vers le logement autonome, et donc favoriser l'insertion sociale des publics.</b></p>
<b>Analyse globale de l'évolution de l'action.</b>	<p>La mise au point de ce partenariat aura duré deux ans, de 1996 à 1998. Il est aujourd'hui bien installé dans les pratiques.</p>
<b>Autres observations</b>	<p>D'autres CHRS et CHS ont construit des partenariats et collaborations : cf. fiches sur la Maison de l'Argoat à Guingamp et sur le CHRS Robelin à Lorient.</p> <p>D'autres partenariat ont été constitué, sous des modalités diverses : sur Dinan entre le CHRS Noz –Deiz et le CHS St Jean de Dieu, sur Vannes : entre l'EPSM de St Ave et les CHRS de Ker Anna et Ty Liamm.</p>

*(Source : entretien avec M. Lovaty, directeur de l'association Ty An Holl, Lannion)*

<i>Dénomination de l'action</i>	<b>Articulation des interventions techniques et sociales dans le cas de problèmes d'hygiène dans des logements (ACCOMPAGNEMENT)</b>
<i>Porteur du projet et coordonnées</i>	<b>Service hygiène et santé de la ville de St Brieuc. Services sociaux du CCAS et autres intervenants sociaux</b>
<i>Evolution dans le temps et état d'avancement.</i>	La mise en oeuvre de cette démarche date de quelques années.
<i>Publics concernés</i>	<p>Il s'agit de locataires du parc HLM ou du parc privé, mais aussi de propriétaires occupants, pauvres ou très pauvres, et pour les propriétaires, souvent âgés. Les propriétaires occupants sont rarement en lien avec des intervenants sociaux.</p> <p><b>Selon le service Hygiène, le point commun à ces ménages est qu'ils transforment, au fil des ans, leurs logements, appartement ou pavillon, en "logements – poubelles". Le nombre de ces situations est en augmentation. Sur une année, sur la ville de St Brieuc, le nombre de signalements d'insalubrité de ce type (en dehors des situations dont la cause est uniquement technique), est d'une trentaine dont tous n'aboutissent pas à un arrêté d'insalubrité.</b></p> <p>Parmi les personnes concernées par cette question, on observe un facteur dominant : l'alcool (80 %), notamment chez des hommes seuls, et environ 5 % des signalements sont relatifs à des personnes "qui ont des "TOC", troubles obsessionnels compulsifs, qui sont dans le déni, avec qui on ne peut pas discuter. Ces personnes refusent également de se soigner."</p> <p>Ces données s'inscrivent dans un contexte social difficile pour la ville de St Brieuc ; ainsi le nombre de personnes dans le dispositif RMI y est de 1600, soit 3,43 % de la population, contre 1,26 sur le département (6 852 personnes avec le RMI).</p> <p><b>Le service social du CCAS a une file active de 550 dossiers, dont un tiers, selon les assistantes sociales, ont une "fragilité psychologique" et une trentaine des troubles plus graves, se traduisant notamment par des difficultés en termes d'accès ou de maintien dans un logement : dégradation, non entretien, conflits divers... Le manque de logements adaptés sur la ville est également un obstacle à la recherche de solutions.</b></p>
<i>Description de l'action ou intervention spécifique</i>	<p>Pour les locataires, le signalement est plus direct, en raison de l'intervention du bailleur. Pour les propriétaires occupants, le signalement est indirect et plus tardif, surtout dans le cas d'habitation d'une maison individuelle : le service est amené à intervenir au moment où le voisinage est inquiet ou subit des nuisances, c'est-à-dire le plus souvent tardivement dans des situations extrêmes.</p> <p>Après un signalement, le service entre en contact avec la personne à son domicile, en laissant plusieurs avis de passage s'il y a un refus de répondre, en leur demandant de prendre contact. Une enquête est également faite auprès du voisinage. La plupart du temps, une visite du logement est possible au bout de quelques démarches, permettant de faire un état des lieux, dans quelques cas seulement, il y a refus.</p>

	<p>Avant toute intervention technique, il a concertation avec les travailleurs sociaux (de CCAS, du département, des tutelles...) et dans certaines cas, les professionnels concernés se réunissent autour de la situation. Dans certaines situations, il y a mise en oeuvre simultanée d'un arrêté d'insalubrité, d'une mesure de protection, et d'une hospitalisation en urgence (avec parfois une demande d'HDT).</p>
<b>Partenariat</b>	<p>Le partenariat avec les organismes HLM pour ce type de situations est insuffisant, selon le service Hygiène : s'il y a récurrence, il arrive que la logique procédurière l'emporte, le bailleur HLM peut engager une procédure d'expulsion.</p> <p>Les réunions autour de ce type de situations rassemblent les intervenants sociaux, mais la psychiatrie n'y est pas représentée, par contre, un médecin généraliste peut y participer quelquefois.</p> <p>Il n'y a pas actuellement de systématisation de ce type de collaboration technicien hygiène / professionnels de l'habitat / travailleurs sociaux au travers d'une instance régulière sur la ville. Les effets institutionnels ne sont donc pas identifiés. S'il y a de gros problèmes de santé sur le plan psychique, les intervenants se déclarent être souvent sans solutions.</p>
<b>Effets ou résultats auprès des publics</b>	<p>Les réunions s'organisent devant des situations qui nécessitent des interventions dans l'urgence, elles peuvent se multiplier, elles permettent de définir les actions graduelles, de préparer les retours d'hospitalisation, avec intervention d'aides ménagères et portage de repas, quel que soit l'âge de la personne.</p> <p>Cependant, dans le cas de personnes avec des troubles obsessionnels compulsifs, l'intervention d'une entreprise spécialisée de nettoyage est généralement traumatisante pour la personne, et souvent la situation se renouvelle quelques mois plus tard.</p>
<b>Autres observations</b>	<p>L'intervention sur ce type de situations d'insalubrité est organisée de manière très diverse par les services Hygiène et Santé des villes, quant à l'articulation des différentes approches sociales, techniques (insalubrité), et éventuellement sanitaires.</p> <p>A Brest, le dispositif EPI (équipe de proximité et d'intervention) du service Prévention et Accompagnement socio – éducatif du CCAS peut intervenir sur ce type de situations en lien avec le service Hygiène.</p> <p>Un groupe de travail, à l'échelle du département des Côtes d'Armor, se réunit sur la question du logement indigne ou indécent, notamment avec l'ADIL et la CAF, l'ANAH, la DDASS, dans la perspective de mettre au point une fiche d'identification.</p>

*(Sources : M. Louault, technicien – inspecteur de salubrité, Service hygiène et santé de la ville de St Brieuc, Mme Mano et Mme Rondeau, assistantes sociales du CCAS de St Brieuc, Mme German, directrice du CCAS de St Brieuc.)*

## **B- DEPARTEMENT DU FINISTERE**

<i>Dénomination de l'action</i>	Une offre diversifiée de logement et d'hébergement, articulée à des dispositifs d'accompagnement, et partenariat entre le CHU et les CHRS et associations gérant de l'A.L.T. (ACCOMPAGNEMENT / HEBERGEMENT)
<i>Porteur du projet et coordonnées</i>	CCAS de la ville de Brest, service Hébergement – Logement.
<i>Evolution dans le temps et état d'avancement</i>	Le service d'une trentaine de personnes aujourd'hui s'est structuré au fil des ans et de la mise en place des dispositifs, notamment dans le cadre des lois relatives à la mise en place des PDLPD et contre les exclusions.
<i>Publics concernés</i>	Les publics sont ceux définis dans le cadre du partenariat avec le Conseil Général (cf. fiche suivante). Les publics sont spécifiques à chaque action (cf. plus loin).
<i>Description de l'action. Modalités concrètes de mise en œuvre.</i>	<p>Le service comprend :</p> <p><b><u>1- un pôle "Accueil – Evaluation – Orientation"</u></b>, comprenant le Foyer du Port de Commerce, le point Kerros, l'évaluation des demandes de logement des jeunes et pour du logement temporaire (ALT jeunes et résidence sociale Alwena), l'évaluation des demandes de logements avec accompagnement social, l'animation des dispositifs hébergement.</p> <p>Le CHRS du Port s'est réorganisé récemment en trois unités : l'accueil d'urgence (maximum : 5 jours ; 250 personnes accueillies sur l'année) ; une unité "insertion moyen terme" ; accueil de 1 à 6 mois) ; et une unité long terme ("hébergement sans limite de durée pour les usagers n'ayant pas d'autonomie suffisante pour pouvoir accéder à un logement ou à un autre dispositif"). Au total, 374 personnes ont été accueillies dans ce Foyer en 2003.</p> <p>L'évaluation des demandes des personnes de plus de 26 ans pour des mesures d'accompagnement social avec relogement dans le parc public, a concerné 159 dossiers en 2003, dont 100 accords de relogement avec accompagnement social.</p> <p>La demande d'évaluation des demandes de logements avec accompagnement social pour les jeunes a concerné 190 personnes en 2003; sur 125 dossiers, 42 dossiers ont été présentés à la commission logements, aboutissant à l'accès à un logement de 38 personnes dans le parc privé P.S.T., en logements ALT ou dans la résidence jeunes.</p> <p>Dans ce dispositif d'accueil et d'évaluation, figurent :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le DHP (dispositif d'hébergement temporaire) dans trois maisons individuelles de trois places chacune (celles des garçons ont fermé en octobre 2003),</li> <li>- les 6 logements temporaires ALT pour les jeunes (15 adultes en 2003)</li> <li>- la résidence sociale Alwena : 4 appartements et des services communs (buanderie, salon) : 10 ménages présents en 2003</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- les logements ALT pour les plus de 30 ans, "pour les publics en grande difficulté cumulant plusieurs problématiques liées à la santé, à l'alcool, la toxicomanie, et la marginalisation pour certains. La durée de séjour y est de six mois. 38 personnes y ont été accueillies en 2003.</li> </ul> <p><b>2- un pôle "Accompagnement"</b>. Il comprend l'accompagnement des usagers du Port (12 personnes en 2003), l'accompagnement des jeunes en logement, l'accompagnement des usagers du parc CASAL – Commissions d'accompagnement et d'accès au logement - (195 logements en cités de promotion familiale, 30 logements en bail glissant dans le parc de l'OPAC, la résidence Altamira (4 places pour des sortants de cure ou de post-cure alcoolique), le parc de logements des jeunes par Relais – loyer (parc P.S.T. : 79 logements en 2003) les mesures d'ASSL (102 mesures pour 99 ménages), et l'accompagnement social des gens du voyage.</p> <p>Dans le cadre de ces dispositifs, <i>"les interventions sociales tant individuelles que collectives visent à :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>accompagner les personnes...</i></li> <li>- <i>stabiliser les personnes atteintes de troubles du comportement afin de leur permettre un maintien en logement (isolement, dépression, pathologies psychiatriques...) ; à titre d'exemple, 20% des personnes sur certains collectifs peuvent relever d'une prise en charge psychiatrique ;</i></li> <li>- <i>limiter les conduites addictives (alcoolisations chroniques, polytoxicomanies) et déviantes (délinquance, violences...)"</i>.</li> </ul> <p><b>3- un pôle "Gestion, animation des dispositifs"</b>, prestataire de service des deux précédents pôles.</p>
<b>Partenariat</b>	<p>L'ensemble de ces dispositifs est mis en oeuvre en partenariat avec d'autres structures et dispositifs, tels que :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la C.A.P. : cellule d'accueil précarité, réunissant tous les mois des professionnels des différents services (dont les services sociaux de l'hôpital) avec des échanges sur des situations individuelles,</li> <li>- le point H, centre de consultation médicale, avec un médecin alcoolologue,</li> <li>- les associations caritatives.</li> </ul> <p>Le partenariat avec l'hôpital existe déjà dans le cadre de ces dispositifs : ainsi une infirmière vient au CHRS du Port préparer des semainiers suite aux prescriptions médicales. <b>Le partenariat avec la psychiatrie existe ponctuellement dans le cadre d'une sous – commission de la CASAL (la commission Omega), réunissant des professionnels, dont parfois ceux de la psychiatrie, sur des situations sans solutions).</b> Mais les intervenants sociaux regrettent le manque de référents au niveau de l'institution psychiatrique pour certaines situations.</p> <p><b>Ce partenariat devrait se renforcer avec la signature prévue en juin 2004 d'une charte de coopération sociale entre le CHU de Brest et des CHRS et associations et CCAS gérant de l'A.L.T.. Cette charte part du constat que plus d'un tiers de la population accueillie au cours de l'année dans ces structures a ou aurait dû bénéficier de soins</b></p>

	<p><b>spécialisés.</b> L'objectif de la charte est de clarifier le rôle de chacun dans diverses circonstances : accueil dans les structures d'hébergement et de logement, hospitalisation, retour d'hospitalisation, etc.</p>
<p><i>Effets ou résultats auprès des publics</i></p>	<p>Chaque action produit des résultats très variables, en termes de parcours et d'accès à l'autonomie. De par sa complexité, il est difficile d'analyser ou de décrire les effets globaux de ces dispositifs.</p> <p><b>Ce qui se dégage de ce tableau est cependant un souci d'offrir un minimum et une pérennité de service et d'accompagnement social aux personnes, quels que soient leur parcours, leurs échecs, leur répétition des mêmes problèmes et leurs pathologies.</b></p> <p>Certaines réalisations s'apparentent à des expérimentations de dispositifs nationaux tels que les Maisons Relais ; ainsi dans l'unité long terme du Foyer du Port, les résidences Alwena et Altamira.</p>
<p><i>Analyse globale de l'évolution de l'action.</i></p>	<p>Le service a lancé un projet de Maison Relais de 21 studios pour 24 places pour des personnes qui ont tendance à résider longtemps en CHRS, qui ont une faible autonomie sociale.</p> <p>Un immeuble a été acquis dans cette perspective par l'OPAC. Les studios n'y disposeront pas de kitchenette, les repas y seront obligatoires dans la cuisine – salon collective en rez-de-chaussée, où se trouveront par ailleurs toutes les pièces de vie commune. Deux logements de fonction y sont prévus pour deux gardiens d'immeubles, avec le statut d'agent territorial.</p>
<p><i>Autres observations</i></p>	<p><b>Le tableau très diversifié d'offre de logements, d'hébergement et d'accompagnement que présente l'agglomération de Brest met bien en évidence la diversité des solutions mises en oeuvre et les articulations nécessaires avec le travail social de polyvalence ou spécialisé, ainsi qu'avec le dispositif de soins.</b></p> <p>Dans d'autres villes bretonnes, on trouvera un dispositif également singulier, avec une gamme très variable de solutions selon les contextes (certains territoires offrent peu de solutions, d'autres en offrent sous une autre configuration), déterminant alors et les possibilités d'intervention des professionnels et, en partie, les parcours des personnes.</p>

*(Source : entretien avec Mme Gnazani, service logement et hébergement du CCAS de Brest, et bilan d'activité du service en 2003).*

<b>Dénomination de l'action</b>	<b>Equipe de proximité d'intervention (EPI), intervenant dans le cadre d'une maraude auprès de personnes à la rue ou suite à des signalements de personnes en « détresse », et mesures ASED (accompagnement socio – éducatif) (ACCOMPAGNEMENT )</b>
<b>Porteur du projet et coordonnées</b>	<b>CCAS de la ville de Brest, service PASE, Prévention et Accompagnement Socio-Educatif.</b>
<b>Evolution dans le temps et état d'avancement :</b>	<p>La mise en place de ces mesures fait suite à la rédefinition, en 2003, des rôles et des interventions des services sociaux du département et de ceux des CCAS : définition des publics accueillis et suivis par les CCAS (cf. plus loin), définition d'un référent unique chargé de l'accompagnement, mise en place des CLLE (commissions de lutte contre les exclusions) gérant les moyens et les fonds des partenaires, mise en place sur Brest de quatre structures d'accueil commun CCAS / Services départementaux..</p> <p>L'EPI a été mise en place en juin 2003. Les mesures d'ASED ont été mises en place depuis juin 2003 par convention avec le Conseil Général. Ces interventions s'articulent à l'offre diversifiée d'hébergement (cf. fiche précédente), et de services, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le Large (lieu d'accueil convivial pour rompre l'isolement et mise en lien) destiné à tous ceux qui souffrent de solitude quel que soit leur profil, où il est possible de boire un café, avoir accès à Internet, échanger avec un professionnel du CCAS...</li> <li>- le point Kerros (situé près de la gare), où il est possible aux personnes sans logement de prendre un café, téléphoner, laver et sécher leur linge...Il est fréquenté tous les jours par une trentaine de personnes, dont pour moitié des jeunes de 18 à 25 ans. Deux professionnelles du travail social les y accueillent</li> </ul>
<b>Publics concernés</b>	<p>Les publics accompagnés plus particulièrement par le CCAS sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les personnes en situation d'insertion par le logement ou l'hébergement (CHRS du Port)</li> <li>- les usagers logés dans le cadre de la CASAL (commission d'accompagnement et d'accès au logement) dans divers types d'habitat (cf. fiche Hébergement – logement)</li> <li>- les jeunes adultes suivis dans le cadre de Relais – Loyer : 100 logements conventionnés du parc privé, logements temporaires et Résidence Alwena</li> <li>- les personnes en rupture sociale, dont les jeunes de 18 à 25 ans, service PASE</li> <li>- 30 personnes bénéficiant d'une mesure ASI de l'ANPE, service PASE</li> <li>- les gens du voyage.</li> </ul> <p>Plus précisément, en six mois de fonctionnement d'octobre 2003 à mars 2004, l'équipe de l'EPI est intervenue auprès de 119 personnes, le plus souvent des hommes de plus de 35 ans confrontés à des problèmes de santé.</p> <p>Les mesures d'ASED (50 mesures/par ETP) concernent toutes personnes</p>

	<p>qui cumulent plusieurs problématiques (ex : logement, emploi, santé, intégration sociale...) entraînant une rupture sociale (isolement, détresse, sentiment d'abandon...) <b>et générant momentanément une incapacité à s'inscrire dans un dispositif de droit commun et/ou de (re)trouver une place dans la société</b> : il s'agit de personnes adressées dans le cadre d'une commission de régulation C.C.A.S./D.P.A.S., souvent des personnes seules, logées dans le parc privé ou public, mais également sans domicile.</p>
<p><b>Description de l'action. Modalités concrètes de mise en œuvre</b></p>	<p>L'EPI est une Equipe d'Intervention de Proximité de deux travailleurs sociaux (Educateur et CESF) qui intervient dans la rue auprès des personnes en difficulté, dans le cadre d'une "maraude", et au domicile de personnes suite à des signalements par des élus, des associations, des professionnels, des particuliers... pour troubles de voisinage, suite à des pétitions, etc.</p> <p>Les personnes concernées par la maraude dans les rues ne sont pas toutes sans domicile, la moitié a un logement ou est hébergée. Les deux travailleurs sociaux du service sillonnent les rues de la ville à la rencontre des personnes en situation de précarité ou de marginalisation. <b>L'équipe se déplace également au domicile des personnes ou dans les squats où elle peut jouer un rôle de médiateur entre riverains et occupants. Dans certains cas, pour les problèmes d'hygiène et d'insalubrité dans les logements, il peut y avoir un lien avec le service Hygiène de la ville.</b></p> <p>Les mesures d'ASED visent à l'intégration des personnes dans la vie sociale par des activités ordinaires de la ville, sportives (en projet : activités nautiques, piscine, multisports) ou culturelles (préparation à une participation à Brest 2004), <b>par un travail de médiation avec les propriétaires bailleurs en cas d'impayés ou de manque de propreté du logement.</b> La durée de la mesure est de 6 mois, et la base en est la contractualisation, ou l'adhésion à la mesure, ce qui en exclut les personnes avec des troubles psychiatriques trop importants qui obèrent la relation à autrui.</p>
<p><b>Partenariat</b></p>	<p>Ces situations nécessitent dans l'action quotidienne un partenariat avec d'autres structures et interventions. De nombreuses situations nécessitent une intervention coordonnée telle que celle des travailleurs sociaux du CCAS, des services de l'hôpital, de la Justice pour une mesure de protection, de services à domicile (repas, aides-ménagères), etc.</p> <p>Quand plusieurs professionnels sont concernés par une situation difficile, il peut y avoir rencontre entre tous : élu, services du CCAS, service de tutelle, voisinage, bailleur...</p>
<p><b>Effets ou résultats auprès des publics</b></p>	<p><b>L'EPI présente l'intérêt de reposer sur une intervention vers les personnes en détresse, même si elles ne sont pas demandeuses.</b> Les limites de ces interventions sont cependant liées aux troubles psychiques, avec le constat que les problématiques qui étaient auparavant chez les adultes (alcool + toxicomanies) sont maintenant bien installées chez certains jeunes. Si la pathologie mentale est bien avérée, un lien avec l'hôpital est créé, mais certaines personnes vivent à la rue depuis 20 ans, et connaissent une dégradation de leur situation physique et psychique.</p>
<p><b>Analyse globale de l'évolution de l'action.</b></p>	<p>La mise en œuvre de ces dispositifs est trop récente pour pouvoir en tirer un bilan rétrospectif.</p>

<b><i>Autres observations</i></b>	Cette diversification et cette organisation des interventions des équipes de travail social du CCAS peuvent être mise en rapport avec l'intervention de la structure ALFADI sur l'agglomération de Rennes et avec la décision de créer sur le Finistère dans le cadre du PDLPD des mesures d'ASLL renforcées plus longues pour certains publics. D'une certaine façon, il s'agit d'une reconnaissance de la nécessité d'un accompagnement pérenne de certains publics.

***(Source : entretien avec Mme Borel, adjointe au responsable du service PASE, prévention et accompagnement socio-éducatif ; et diverses sources documentaires).***

<i>Dénomination de l'action</i>	<b>Grille d'analyse et d'évaluation des troubles de voisinage dans un patrimoine HLM, et intervention d'agents de médiation (OBSERVATION)</b>
<i>Porteur du projet et coordonnées</i>	<b>Service de gestion locative de l'OPAC CUB Brest</b>
<i>Evolution dans le temps et état d'avancement.</i>	<p>La mise en place, au cours des dernières années, d'une fonction de médiation au sein de l'OPAC CUB est liée à la multiplication des conflits, des tensions ou troubles de voisinage, ainsi qu'à <i>"l'inquiétude ou insécurité (réelle ou ressentie) chez les locataires, celles-ci étant véhiculées par des comportements déviants, des actes de vandalisme, des dégradations"</i>.</p> <p>Des postes d'agents de médiation ont été créés sur chaque agence, dont l'intervention s'insère dans la gestion globale de proximité et la gestion locative de l'organisme, et est en lien avec les autres professionnels : les conseillers logements de bureau d'accueil, les gardiens, le chef d'agence, les conseillers sociaux...</p>
<i>Publics concernés</i>	<p>Les locataires du parc HLM qui créent des troubles de voisinage ou de jouissance.</p> <p><b>Le parc de l'OPAC comprend 15 000 logements sur l'agglomération brestoise. Sur quelques centaines de situations de troubles de voisinage identifiées chaque année, une vingtaine sont complexes ou très complexes.</b></p> <p>En 2003, les motifs de plaintes des locataires pour troubles de voisinage sont, pour un total de 180 (par ordre décroissant) : le bruit (93), les réceptions (30), les animaux (25), les enfants (27), l'agressivité (22), l'hébergement (20), l'alcool (20), les problèmes d'entretien (10), les problèmes psy (14), etc.</p>
<i>Description de l'action ou intervention. Modalités concrètes de mise en œuvre.</i>	<p>Le protocole de suivi des situations des troubles de voisinage repose sur les étapes suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- définition d'une grille d'analyse des situations</li> <li>- intervention progressive des personnels de l'organisme HLM</li> <li>- mise au point d'interventions coordonnées avec des professionnels extérieurs : services sociaux de polyvalence, tutelle, CCAS, mesures d'ASLL, soins hospitaliers</li> <li>- information du voisinage.</li> </ul> <p><i>"L'échelle d'intensité des troubles de voisinage a été établie à partir des situations recensées réclamant un type de traitement. La grille est hiérarchisée selon l'intensité des troubles (de 1 à 5) laquelle s'évalue en fonction des répercussions sur le voisinage et des procédures à mettre en œuvre.</i></p> <p><b>Niveau 1 : Régulation</b> : constitué de troubles mineurs, ce niveau appelle le plus souvent une réponse de la part du gardien du secteur (...). En 2003 : 137 situations.</p> <p><b>Niveau 2 : Médiation</b> : sont regroupés à ce niveau les ménages pour</p>

	<p><i>lesquels une action de régulation a échoué. Les troubles se répètent et s'affirment comme en marge des modes de vie dominants, mais restent cependant supportables pour le voisinage. (...) Action conjointe de l'agent de médiation et du gardien et intervention du chef d'antenne...En 2003 : 114 situations.</i></p> <p><b>Niveau 3 : Résiliation – expulsion.</b> <i>Situation bloquée, sans issue appelant une procédure en résiliation de bail. Démarche longue et laborieuse, elle exige une implication des locataires plaignants au travers de témoignages. Cette procédure n'est engagée que lorsque le perturbateur fait montre d'une mauvaise volonté et mauvaise foi. L'expulsion effective est longue et laborieuse. En 2003 : 14 situations ont donné lieu à une mise en demeure ; aucune n'a été conduite devant le TGI.</i></p> <p><b>Niveau 4 : Mutation / Résiliation – Mutation.</b> <i>Le maintien dans les lieux est impossible. Des difficultés sous – jacentes (d'ordre psychologique par exemple) nous démontrent que l'expulsion n'est pas la solution. Une mutation amiable peut avoir lieu. A défaut d'acceptation, une procédure peut être engagée afin de muter (avec le concours de la force publique) ce ménage. La mutation ou le relogement s'effectuera dans ce cas dans un habitat mieux adapté au mode de vie de ce locataire. En 2003 : 8 situations.</i></p> <p><b>Niveau 5 : Implication – Concertation.</b> <i>Dans ce cas de figure, le ménage à l'origine des troubles souffre de graves problèmes psychologiques ou psychiatriques relativisant sa responsabilité. Des recours à des personnes tiers : familles, médecins, associations... peuvent soutenir nos démarches de recherche de solutions. En 2003 : 7 situations."</i></p> <p><b>Le nombre total de situations ainsi classées par les services de l'OPAC CUB est de 280, dont 180 nouveaux dossiers et 100 situations persistantes.</b></p>
<b>Partenariat</b>	<p>Les professionnels d'autres services et institutions sont sollicités dans le cas de situations complexes. Cependant les protocoles internes à l'OPAC n'en précisent pas les modalités.</p> <p>Dans le cas de situations avec des troubles psychiatriques graves, et mise en danger d'autrui ou de soi, il arrive à des cadres de l'OPAC de procéder à des demandes d'HDT. Ce type de demandes est de l'ordre de cinq par an.</p> <p>Il n'y a pas de lieu de rencontre régulière des professionnels de divers services sur ces situations, mais il arrive que l'OPAC soit représenté à des réunions de synthèse à l'hôpital. En cas d'HDT, systématiquement une visite d'un agent de médiation est programmée à l'hôpital, et une rencontre avec le travailleur social et le locataire au minimum.</p>
<b>Effets ou résultats auprès des publics.</b>	<p>Les organismes HLM ont pour mission non seulement de construire et louer des logements mais également de garantir à leurs locataires la tranquillité permettant une jouissance du bien loué.</p> <p>Ce type d'action de repérage des troubles de voisinage et d'intervention auprès des protagonistes a pour effets :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- une prise en charge de toutes les situations</li> <li>- une prise en compte réelle des plaignants,</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- un rapprochement des points de vue.</li> </ul>
<b>Analyse globale de l'évolution de l'action.</b>	<p>Les agents de médiation sont aujourd'hui bien identifiés au sein de l'organisme HLM ainsi que par d'autres partenaires ; il y a une reconnaissance de leur spécificité en interne et en externe. Ils sont demandeurs d'une vision globale pour ne pas contrecarrer les démarches d'autres professionnels.</p> <p>Il s'est produit un renforcement des relations avec des professionnels de la psychiatrie.</p> <p>Mais le niveau des troubles et leur intensité restent importants.</p>
<b>Autres observations</b>	<p><b>De nombreux organismes HLM, au cours des dernières années, ont structuré les services de professionnels intervenant dans la gestion de proximité, au travers notamment de la création d'agences décentralisées de quartier et de la définition des fonctions d'agent de médiation.</b></p> <p>Un organisme HLM (Aiguillon Construction – Rennes) a créé un service "Etudes sociales", dont les postes sont occupés par deux psychologues au sein d'un organisme HLM, permettant un travail d'analyse des situations de troubles les plus complexes de voisinage et une formation des personnels concernés à une lecture différentielle des comportements observés.</p> <p>Dans le même ordre d'idée, on peut signaler la création, en 1993, du service des correspondants de nuit OPTIMA à Rennes, dont 80 % des demandes d'interventions nocturnes correspondent à des conflits de voisinage (en 2002, 900 interventions sur les cinq grands quartiers d'habitat social, dont 30 situations graves et complexes).</p> <p>Nous mentionnons ici quelques informations complémentaires sur la perception de la question de troubles de voisinage par la responsable de la gestion locative de Lorient Habitat :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la présence de 46 gardiens d'immeubles sur le patrimoine de Lorient Habitat, regroupés par antenne et la présence d'agents de médiation permettent une proximité et une intervention rapide dans les conflits de voisinage ;</li> <li>- d'après l'analyse du traitement des plaintes et troubles de voisinage à Lorient Habitat, si 98 % des locataires ne posent aucun problème, 1,8% soit 180 personnes nécessiteraient un autre habitat, de type habitat adapté. Parmi ce public, il y a des problèmes d'alcool et de drogues, des personnes qui font des séjours en CHS ou dans d'autres structures, des personnes dont le logement est dégradé et non entretenu... Sur une année, il y a quelques situations de crise qui peuvent conduire à une HO, hospitalisation d'office.</li> <li>- Lorient Habitat met à disposition de l'hôpital Charcot une dizaine d'appartements, par l'intermédiaire d'une association.</li> </ul>

*(Source : entretien avec M. J.J. POT, directeur de gérance au sein de l'OPAC CUB, Communauté Urbaine de Brest, et documents internes)*

<i>Dénomination de l'action</i>	<b>Habitat adapté : parc de cités de promotion familiale en petits immeubles collectifs, notamment en construction neuve (ACCOMPAGNEMENT / HEBERGEMENT)</b>
<i>Porteur du projet et coordonnées</i>	<b>CCAS de Quimper</b>
<i>Evolution dans le temps et état d'avancement :</i>	<p>Ce parc fait partie d'un dispositif d'ensemble d'intervention auprès de personnes en difficulté, le service action sociale - santé ayant par ailleurs les missions suivantes : la gestion d'un point santé pour les SDF, une épicerie sociale, un accueil social avec un point hygiène.</p> <p>Le service logement du CCAS gère un parc diversifié. Ce parc comprend 110 logements : des logements ALT, 10 logements adaptés pour des marginaux, 88 dans des cités de promotion familiale, et 10 logements en bail glissant avec l'OPAC. 85 de ces logements sont propriétés de l'OPAC.</p> <p>Le service assure 82 mesures d'ASLL, 54 dans le parc géré par le CCAS, 28 à l'extérieur. Ces mesures et plus largement les interventions du service assurent également une fonction de médiation avec le voisinage.</p> <p>Il existe aussi un hébergement d'urgence de nuit, de type CHRS de 18 places depuis 1984, dont la gestion est assurée actuellement par le CCAS</p> <p><b>Le parc de cités de promotion familiale est constitué principalement de petits immeubles, bien intégré dans la ville, construits en PLAI / PLATS en neuf, avec un nombre de logements variables (de 3 à une quinzaine). Les 88 logements qui le composent sont répartis en une quinzaine d'immeubles.</b></p>
<i>Publics concernés</i>	<p><b>Ce parc de logements est occupé par des personnes en difficulté sociale, donc en grande partie avec des troubles divers, de voisinage, de tenue du logement, des problèmes de santé... liés à l'alcool, la toxicomanie, des troubles psychiques, et parfois au cumul de plusieurs problématiques, ce qui rend les interventions plus complexes.</b></p> <p>Dans le parc de logements du CCAS, on rencontre des situations de personnes qui vivent de façon recluse, qui entassent plein de choses dans leur appartement, qui refusent les soins.</p> <p>Une partie des occupants des cités de promotion familiale est constituée de familles avec enfants ; en 2003, sur 88 logements, 12 sorties ont eu lieu, dont 7 en accès OPAC.</p> <p>Ce parc assure donc des fonctions diverses : de dépannage en urgence, de logement temporaire tremplin d'accès vers un logement ordinaire, de résidence plus longue pour les personnes les plus en difficulté.</p>
<i>Description de l'action. Modalités concrètes de mise en œuvre.</i>	<p>L'accompagnement social est assuré auprès de ces locataires par le service action sociale – santé du CCAS, en lien avec d'autres structures.</p> <p>Les travailleurs sociaux du service action sociale/santé du CCAS passent au moins une fois par semaine sur ces cités, parfois plus souvent. Sur deux sites, les usagers et le travailleur social disposent d'une salle d'activités.</p>

	<p>Différentes activités sociales sont proposées sur l'ensemble de ces cités : jardinage, activités manuelles, art floral.</p> <p><b>Sur certaines situations, se met en place une coordination des intervenants à domicile : aides à domicile, agent du service logement, délégué à la tutelle ou assistante sociale de la psychiatrie ou du Conseil Général s'il y a des enfants, bénévoles, médecins....Ce type d'intervention permet de faire tenir certaines situations difficiles.</b> Des réunions de synthèse peuvent être organisées sur ces situations, mais sans qu'elles soient instituées (le CCAS participe à peu de réunions de ce type).</p> <p>Le service action sociale – santé s'est étoffé en terme de compétences professionnelles pour une meilleure prise en compte des nouvelles problématiques : deux infirmières y travaillent depuis un an ; elles permettent d'assurer un lien régulier avec les acteurs du sanitaire (convention avec le CHIC).</p> <p>Dans le service aides à domicile du CCAS qui intervient ponctuellement auprès de ces publics, des hommes ont été recrutés récemment.</p> <p>Des travailleurs sociaux du service logement et du service personnes âgées ont suivi en 2003 une formation sur les situations de crise et, précédemment, il y a deux ans, sur les toxicomanies.</p>
<b>Partenariat</b>	<p>Le partenariat existe d'abord entre les différents services du CCAS : ainsi dans une dizaine de situations de suivi d'ASLL réalisées par le CCAS intervient également le service d'aide – ménagères.</p> <p>Une convention a aussi été signée entre le CHIC (Centre Hospitalier de Cornouailles) et le CCAS en janvier 2004 en vue de créer un lieu permettant d'aller vers <b>les publics à la rue</b> et favoriser la continuité des soins et de l'accompagnement. Cette initiative répond au constat de nombreuses hospitalisations de courte durée et répétitives pour ces publics.</p> <p><b>Le partenariat est cependant insuffisant dans certaines situations : certaines sorties d'hospitalisation peuvent être organisées par une remise en état du logement et une intervention à domicile, mais d'autres qui le nécessiteraient ne le sont pas.</b></p>
<b>Effets ou résultats auprès des publics :</b>	<p>Dans le cadre de l'accompagnement social, les interventions permettent l'accès à des logements ordinaires pour une minorité de ménages chaque année. Elles visent par ailleurs à une autonomie sociale et à un accès aux soins. Mais devant les situations complexes, le travail social touchent à ses limites.</p>
<b>Analyse globale de l'évolution de l'action.</b>	<p><b>Ce parc de logements en cité de promotion familiale s'apparente à une organisation de type Maison - Relais, notamment quand les quelques logements d'un immeuble disposent d'une salle d'activité commune.</b></p> <p>Cependant, il n'y a pas actuellement de projet de Maison Relais de la part du CCAS sur la ville ; l'axe est plutôt de continuer sur la production d'habitat adapté en petits immeubles de quelques logements.</p>

<i>Autres observations</i>	<p>Divers organismes HLM et collectivités locales ont produit de "l'habitat adapté" :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sur l'agglomération de Rennes, ce parc est d'environ 300 logements</li> <li>- sur l'agglomération de Brest, cf. les fiches de ce rapport</li> <li>- sur les Côtes d'Armor, les organismes HLM ont produit quelques 100 logements spécifiques au cas par cas pour des situations particulières : accédants en difficulté, familles du voyage,....., tandis que les collectivités locales sont propriétaires de 1800 logements, qui peuvent servir ponctuellement pour cet usage.</li> </ul>
----------------------------	---

*(Source : Mme Minor, responsable du service action sociale - santé au CCAS de Quimper et Madame Guergadi, adjointe)*

## **C- DEPARTEMENT DU MORBIHAN**

<b><i>Dénomination de l'action</i></b>	<b>Collaboration entre professionnels autour de certaines situations de personnes âgées. (ACCOMPAGNEMENT)</b>
<b><i>Porteur du projet et coordonnées</i></b>	<b>CLIC LA Passerelle – CCAS, Lorient / SAMAD (Service ambulatoire de maintien à domicile), Lorient</b>
<b><i>Evolution dans le temps et état d'avancement</i></b>	Mise en place en 1993 d'un dispositif de coordination entre le CHS Charcot et la Passerelle  De 1998 à ce jour : convention CLIC – CHS Charcot.
<b><i>Publics concernés</i></b>	Il s'agit des personnes âgées de plus de 65 ans, personnes vivant à domicile. Le nombre de nouveaux signalements de personnes dans ces situations a été de 12 en 2003.
<b><i>Description de l'action. Modalités concrètes de mise en œuvre.</i></b>	Le CHS de Charcot dispose d'une équipe de soins ambulatoires (SAMAD) pour le maintien à domicile. Suite à leurs évaluations, les ergothérapeutes du CLIC signalent au SAMAD toute personne ayant des troubles psychiatriques ou de désorientation.  Avec l'accord du médecin généraliste, l'équipe du secteur rend visite à la personne, élabore un diagnostic et prend en charge la personne si besoin. L'infirmier du secteur et l'ergothérapeute du CLIC réalisent ensemble parfois la première visite.  Régulièrement, l'équipe de secteur fait état de son suivi avec l'équipe du CLIC, l'ergothérapeute apportant des éléments concernant le quotidien recueillis auprès de l'aide à domicile.
<b><i>Partenariat</i></b>	Cette action repose donc sur un partenariat de travail régulier entre les professionnels de la psychiatrie et ceux de la gérontologie, composée de 2 ergothérapeutes et de tous les intervenants à domicile.
<b><i>Effets ou résultats auprès des publics :</i></b>	Prise en compte au quotidien des changements d'attitudes de la personne nécessitant une prise en charge par l'équipe de secteur (hospitalisation, modification du traitement...)  Meilleure évaluation et définition du projet de vie prenant en compte les troubles "psy" (notamment pour l'entrée en établissement).
<b><i>Analyse globale de l'évolution de l'action.</i></b>	Il existe une convention formalisée de partenariat. Il est prévu que ce travail de coordination soit poursuivi.
<b><i>Autres observations</i></b>	Sur le secteur de Pontivy, une collaboration a été mise en place également entre le centre Monnet du CHS de Plouguernevel, le service SIAD (Soins Infirmiers à Domicile), et des foyers – logements et maisons de retraite : les professionnels de ces dernières structures peuvent participer à des

	groupes de paroles avec des professionnels de la psychiatrie, afin d'examiner leurs difficultés à intervenir auprès de certaines personnes. Ces réunions sont mises en place sur le secteur de Baud depuis novembre 2003, leur organisation sur le secteur de Pontivy fait actuellement l'objet d'une réflexion.
--	--

*(Source : Mme Adam, attachée, CLIC., Interventions à domicile, La Passerelle – CCAS Lorient ; M. Tassef, centre Monnet du CHS de Plouguernevel)*

<i>Dénomination de l'action</i>	Mise en place dans un quartier HLM du dispositif "familles gouvernantes", dans le cadre d'un partenariat entre le Département, Lorient Habitat, le service de tutelles UDAF 56, les services sociaux, le secteur sanitaire (ACCOMPAGNEMENT / HEBERGEMENT)
<i>Porteur du projet et coordonnées</i>	UDAF 56, service de tutelles de Lorient
<i>Evolution dans le temps et état d'avancement</i>	Le projet a mis cinq années avant d'aboutir. Il fonctionne maintenant depuis fin 2002.
<i>Publics concernés</i>	<p><b>Il s'agit pour la plupart d'anciens locataires du parc HLM de Lorient Habitat (7 500 logements). Beaucoup ont une cinquantaine d'années, ont connu des soins en psychiatrie, dont certains pendant longtemps (hospitalisation jusqu'à deux ans).</b></p> <p>Les critères d'accès à ce dispositif sont : une stabilité de la maladie mentale, une régularité dans le suivi des traitements médicamenteux, une absence de passage à l'acte, des ressources adaptées. Les candidatures sont examinées simultanément par l'UDAF et le service des personnes handicapées à la DIS.</p> <p>Les personnes ont une reconnaissance COTOREP en tant qu'handicapé et perçoivent soit l'AAH soit une pension d'invalidité.</p>
<i>Description de l'action. Modalités concrètes de mise en œuvre.</i>	<p>Lorient Habitat, office HLM, a souhaité que cette première expérience se déroule dans un quartier calme : le Bois du Château, composé de petits immeubles collectifs de quatre étages, où la population nouvelle était susceptible d'un bon accueil. La volonté a été également d'installer ces nouveaux locataires sans faire d'annonce publique, et sans prévenir le voisinage.</p> <p><b>En termes d'habitat, le dispositif repose sur 4 appartements répartis sur deux immeubles, dans des cages d'escaliers différentes. Le choix a été fait également de proposer des T5 parce que ces logements disposent d'un point d'eau supplémentaire.</b></p> <p>Un appartement du dispositif était occupé par des jeunes d'une trentaine d'années. Dans un appartement habitent quatre femmes, les deux autres sont occupés par des hommes d'une cinquantaine d'années.</p> <p>L'équipe de professionnels est composée de trois gouvernantes, qui ont le statut de maîtresse de maison (selon la convention collective personnel de maison) : deux en permanence, une par unité de deux appartements et une pour les remplacements et les week-ends.</p> <p>Les horaires affichés des gouvernantes sont : 8 h. 30 / 12 h. 30 et 14 h. 30 / 17 h. 30. , avec des possibilités de jeu sur 5 heures dans le mois. En dehors de ces heures de travail, les gouvernantes peuvent être jointes par téléphone, ainsi que leur encadrante chef de service à l'UDAF.</p> <p><b>Ces professionnels ne sont pas des travailleurs sociaux, ils ont une expérience dans le bénévolat social ou une expérience professionnelle TISF / aides à domicile.</b> Dans leurs fiches de postes, figure un certain</p>

	<p>nombre de tâches relatives à l'aide à la vie quotidienne des résidents : aide pour le courrier, pour la vaisselle, pour les déplacements en voiture, nettoyage des parties communes de l'appartement (salle à manger, salle de bains, cuisine...). Une seule des gouvernantes habite sur le quartier.</p> <p>Les logements ont été meublés par le mobilier personnel des résidents ou par l'UDAF, avec le concours de la Caisse d'Épargne.</p> <p><b>Dans le dispositif, figure également le fait que tous les résidents sous tutelle ont le même délégué au sein de l'UDAF. La chef de service, les gouvernantes et le délégué ont une rencontre de travail toutes les semaines. Les gouvernantes et la chef de service ont une réunion mensuelle de régulation avec un psychiatre privé.</b></p> <p>Les résidents ont leur autonomie de locataires. Ils doivent prendre leur repas dans la salle collective de l'appartement qu'ils occupent, à moins de prévenir. Ils ont un suivi médical très divers : par un médecin de ville ou au CMP.</p> <p>Le coût de fonctionnement du dispositif est de 310 Euros par mois / par personne : ce coût comprend les coûts salariaux chargés des gouvernantes et les coûts de structure liés à la gestion UDAF. Ce coût est couvert par les contributions des résidents (ACTP et 5 Euros par personne et par mois), et pour ceux qui ne sont pas reconnus handicapés à 80%, par une contribution du Conseil général sur la base de 305 Euros par mois et par personne.</p> <p>Les résidents perçoivent en outre l'APL. Chaque personne verse 200 Euros par mois pour les courses alimentaires, les charges collectives sont divisées par le nombre de co-locataires.</p>
<b>Partenariat</b>	<p>Le partenariat repose surtout sur trois institutions ou organismes : le Département, Lorient Habitat (office HLM), et le service de tutelle UDAF. Dans un second cercle figurent d'autres partenaires tels que le CHS Charcot, cependant sans convention de partenariat. Dans un troisième cercle figurent tous les professionnels ou personnes en lien avec les résidents et les gouvernantes, c'est-à-dire les services de quartier.</p> <p>Pour les professionnels de l'organisme de tutelle, ce dispositif conduit aussi à un autre regard sur la personne, et a changé son intervention puisqu'il tient des permanences de service dans les appartements du dispositif.</p>
<b>Effets ou résultats auprès des publics :</b>	<p>Plusieurs effets positifs ont été observés, suite à l'installation :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le règlement de plusieurs problèmes de santé, suite au bilan de santé qui en a été fait avant l'entrée</li> <li>- l'entente au niveau des repas et de l'entretien de leurs chambres (stimulation)</li> <li>- le fait que certaines personnes aient maigri, du fait d'une meilleure alimentation (le w.e., les denrées pour les repas ont pu être préparées à l'avance par la gouvernante)</li> <li>- l'accès de plusieurs des résidents à des activités de loisirs sur le quartier : guitare, jardins familiaux, marche, chorale, peinture...</li> <li>- une solidarité et entraide existent entre les personnes et entre ces résidents et d'autres habitants du quartier</li> <li>- les visites intempestives ou la consommation excessive d'alcool ne</li> </ul>

	<p>sont pas fréquentes, une régulation se mettant en place du fait de la présence quotidienne d'un professionnel.</p> <p>Naturellement, ce tableau comporte également quelques ombres :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- dans l'appartement occupé par les plus jeunes, un des résidents a été expulsé suite à des violences sexuelles sur un compagnon</li> <li>- des vols d'affaires personnelles ont lieu dans les chambres, ce qui va conduire à installer des serrures sur leurs portes d'accès</li> <li>- un poste de gouvernante a dû être remplacé, en raison de la non-adéquation au poste.</li> </ul>
<b><i>Analyse globale de l'évolution de l'action.</i></b>	<p>Le dispositif est jugé très positif par ses animateurs et gestionnaire. L'un de ses atouts est qu'il n'est pas perçu comme un dispositif séparé ou institutionnel, mais qu'il est intégré dans le parc social ordinaire.</p> <p>L'une des questions posées est celle de la formation et de la compétence des personnes occupant les fonctions de gouvernantes, sur qui repose une lourde tâche et dont la posture professionnelle doit reposer sur une attitude compréhensive à l'égard des troubles des personnes et une distance pour éviter d'en faire trop à leur place.</p> <p>La perspective est d'ouvrir un dispositif similaire sur Vannes.</p>
<b><i>Autres observations</i></b>	<p>Un autre dispositif de type "Familles gouvernantes" fonctionne sur la ville de Guingamp. Dénommé DIHAP (dispositif d'insertion par l'habitat et l'accompagnement de proximité), comprenant 12 personnes dans 4 appartements du quartier HLM Castel Pic, il est géré par le service de tutelle A.D.T.</p>

***(Source : Mme Simon, service de gestion locative de Lorient Habitat, Mme Petit, responsable UDAF Lorient)***

<i>Dénomination de l'action</i>	<b>Les logements ALT gérés par une association en lien avec le service social du CHS de St AVE (56) (ACCOMPAGNEMENT / HEBERGEMENT)</b>
<i>Porteur du projet ou de l'action et coordonnées</i>	<b>Service social de l'EPSM de St Ave, Morbihan et association ETAPE.</b>
<i>Evolution dans le temps et état d'avancement</i>	<p><b>Depuis quelques années, la problématique du logement occupe beaucoup les professionnels du CHS. Les travailleurs sociaux de l'établissement sont souvent en recherche de logement et essaient de développer des outils propres et de travailler plus en synergie avec le secteur social.</b> La situation sur ce plan est donc beaucoup plus tendue qu'il y a dix ans, en raison de la tension sur le marché immobilier et en raison de la réduction des lits d'hospitalisation (aujourd'hui environ 400 en hospitalisation complète et 210 en hospitalisation de jour).</p> <p>L'EPSM ne dispose pas d'appartements thérapeutiques, mais dispose de 26 places dans 13 logements appelés "appartements communautaires" à la date de février 2004 (prochainement : 12).</p> <p>Ces logements sont gérés par l'association l'Etape, en lien avec l'hôpital, dont le conseil d'administration est composé en grande partie de professionnels de l'hôpital.</p> <p><b>Cette association gère par ailleurs 8 places dans 7 logements en ALT (aide au logement temporaire), les premiers ayant été pris dans le dispositif du PDLPD vers 1997.</b></p>
<i>Publics concernés</i>	<p><b>Les travailleurs sociaux sont confrontés tous les jours à des difficultés de sortie de patients parce qu'ils ne trouvent pas de logements accessibles à l'extérieur. En effet, il arrive souvent qu'à l'occasion d'une hospitalisation, un bail de location soit résilié, ou en cas de séparation de couples que le conjoint, notamment avec la garde des enfants, conserve l'appartement ; de même, parfois, suite à une hospitalisation, un jeune adulte ne peut plus retourner au domicile parental.</b></p> <p>Au travers de l'occupation de ces logements ALT, l'objectif était d'évaluer les capacités des personnes à vivre, en vue d'un passage ultérieur dans un logement autonome.</p>
<i>Description de l'action ou intervention. Modalités concrètes de mise en œuvre</i>	<p>Ce dispositif doit être replacé dans le contexte local de l'habitat, avec la pression immobilière très forte sur le littoral ; sur Vannes, il est même difficile de trouver des locaux pour les structures du CHS, les CMP ou une structure d'addictologie.</p> <p>La gestion des appartements communautaires est sectorisée, ce qui ne facilite pas toujours leur utilisation. Ils sont situés sur les communes d'Auray (dans le quartier HLM de Gumenen-Goaner), et à Vannes ou Locminé également en HLM.</p> <p><b>L'orientation vers les logements ALT est prise dans le cadre d'une commission spécifique avec du personnel soignant, selon des critères</b></p>

	<p><b>tels que le niveau de ressources, la capacité à vivre seul, le fait que la problématique sociale soit dominante par rapport à la question de la maladie mentale.</b></p> <p>Les appartements communautaires sont composés de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 5 logements d'une place</li> <li>- 3 logements de deux places</li> <li>- 3 logements de trois places</li> <li>- un logement de quatre places</li> </ul> <p>Les logements ALT sont composés sur Vannes de 4 logements pour une personne et d'un logement pour 2 personnes ; et sur Auray, de 2 logements pour 2 personnes. Ces logements sont loués par l'association Etape, mise à disposition des personnes, c'est l'association qui perçoit l'APL. Les logements sont meublés par l'association.</p> <p>Dans ces logements, les services de l'hôpital s'engagent à assurer un suivi social et médical, il y a donc des visites régulières à domicile des assistantes sociales et infirmiers, tandis que les locataires peuvent aller en hôpital de jour ou en CMP ou CATTP. La plupart des locataires ont dans traitements médicamenteux.</p>
<p><b><i>Partenariat et complémentarité par rapport d'autres interventions</i></b></p>	<p>Le montage de ce dispositif ALT a nécessité un partenariat avec les acteurs du PDLPD (Etat et département), les gestionnaires du FSL, les organismes HLM (Office du département, office de Vannes).</p>
<p><b><i>Effets ou résultats auprès des publics.</i></b></p>	<p><b>Le problème aujourd'hui est qu'une faible rotation existe dans ces logements, en raison des difficultés à trouver un logement sur le marché locatif.</b> A la dernière commission d'attribution, il y avait 8 demandes pour une place alors que les assistantes sociales ne font pas de dossier puisqu'elles savent qu'il n'y a pas de places. Sur Auray le délai d'attente est de 3 ans. La commission ne se réunit plus qu'en fonction des départs.</p> <p><b>Les logements ALT n'assurent donc plus suffisamment leur rôle de logements temporaires. Ces freins sur le marché de l'habitat ne sont pas dynamisant pour les publics, puisque tant que l'on est malade on est pris en charge.</b> Les assistantes sociales orientent les personnes vers certaines agences immobilières, mais aujourd'hui, le fait de bénéficier d'une mesure de protection et d'une AAH est perçu négativement par les professionnels de l'habitat.</p> <p><b>Ce dispositif de logements ALT a déjà permis aux assistantes sociales de l'EPSM de sortir du circuit fermé de la psychiatrie. Mais les professionnels rencontrés considèrent qu'un gros travail reste à faire pour développer le partenariat sur ce plan, travail au sein de l'établissement hospitalier et de construction d'un partenariat avec l'extérieur.</b></p>
<p><b><i>Analyse globale de l'évolution de l'action.</i></b></p> <p>-</p>	<p>Le nouveau projet d'établissement est mis en oeuvre depuis mai 2003. Il a retenu comme l'un de ses axes de travail l'insertion des personnes hospitalisées. Cependant, sur le plan de l'habitat, il n'est prévu à l'heure actuelle le développement d'aucun autre dispositif, alors que les perspectives de réduction de lits d'hospitalisation complète sont de l'ordre</p>

	<p>de 200 à l'horizon 2007.</p> <p>Les travailleurs sociaux rencontrés appellent de leurs vœux la mise en place d'une Agence Immobilière à vocation sociale et un développement du partenariat avec les collectivités locales et les organismes HLM.</p>
<p><b><i>Autres observations</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b><i>connaissances de réalisations proches</i></b></li> <li>- <b><i>autres remarques</i></b></li> </ul>	<p>Les besoins sont importants pour des publics peu socialisés, notamment en sortant des unités d'addictologie. La question des jeunes de 17 à 25 ans, en rupture familiale, sans revenus, parfois toxicomanes, est cruciale.</p> <p>Quelques patients des services des St Ave sont partis à Lorient dans le dispositif Familles Gouvernantes de l'UDAF, en raison du lien avec leur organisme de tutelle.</p>

*(Source : entretien avec Mme Candfauvin, directrice de l'offre de soins, Mme Jacq, Mme Parent, Mme Etienne, Mme Jaffré, Mme Marot, assistantes sociales à l'EPSM de St Avé)*

<i>Dénomination de l'action</i>	<b>CHRS spécialisé dans l'accueil de publics avec un suivi en psychiatrie, dont logements éclatés sur l'agglomération. (ACCOMPAGNEMENT / HEBERGEMENT)</b>
<i>Porteur du projet et coordonnées</i>	<b>CHRS Robelin, Lorient ( B - C)</b>
<i>Evolution dans le temps et état d'avancement.</i>	<p>Le CHRS Robelin (ex-Bellevue sur Caudan) a pour origine un foyer d'hébergement créé en 1976 par Espoir Morbihan pour des sortants de soins en psychiatrie. La perspective était alors de favoriser l'insertion professionnelle de ces personnes par un accompagnement des résidents en entreprise. <b>Mais, à part quelques exceptions, les essais se terminaient toujours par un échec : même si la maladie était stabilisée, après plusieurs années d'hospitalisation, les personnes étaient dans l'impossibilité d'occuper une place en entreprise.</b></p> <p>A partir de cette expérience, l'orientation a été de créer dans le foyer des ateliers de cuisine en 1983. A la même période, 1986, le foyer devient CHRS, dont une grande partie des places étaient en appartement en ville. Ce nombre de places a été jusqu'à 75, tant dans le logement social que dans le parc privé. Le dispositif d'ASLL du FSL a pris progressivement le relais.</p> <p>Entre 1983 et 1990, l'association a diversifié ses services par la création de nouveaux ateliers de réentraînement au travail (menuiserie, peinture et espaces verts), en devenant prestataire de services pour d'autres structures médico – sociales. Ces ateliers sont devenus en 1995 – 1997 le CEPPEM (Centre d'évaluation et placement professionnel Espoir Morbihan), avec un financement spécifique CRAM. Un SAVS a été créé pour le suivi des personnes en appartement et un service de vacances et de loisirs a également été créé : un infirmier psychiatrique était mis à disposition par le CHS pour chaque séjour (été / hiver) jusqu'à 2003 ; il ne l'est plus aujourd'hui, ce qui a conduit à arrêter cette action.</p> <p>Espoir Morbihan gère également le foyer Espoir de 15 places pour des personnes dont la maladie mentale est stabilisée et un club de loisirs, organisé pour constituer un tremplin vers des activités ordinaires.</p> <p>Le CHRS Robelin est installé dans un bâtiment récent rue Robelin. Il dispose de 35 places : 15 places sur le bâtiment collectif et 20 places dans des appartements en ville, dans le parc privé. Il gère par ailleurs des lits d'accueil d'urgence dans deux mobil homes.</p>
<i>Publics concernés</i>	<p><b>Tout le public de ces structures vient de la psychiatrie et de centres de post – cure, même si parfois l'entrée dans un centre de cure se fait aussi après un passage en CHRS.</b></p> <p>Les personnes avec des psychoses et névroses graves sont orientées vers le foyer Espoir.</p> <p>Le CHRS Robelin s'adresse à un public d'hommes, le CHRS Espoir s'adresse à un public mixte.</p> <p>Le club de loisirs est fréquenté par plus de 120 personnes.</p>

<p><i>Description de l'action. Modalités concrètes de mise en œuvre.</i></p>	<p><b>Il est difficile d'identifier une action précise, c'est un dispositif d'ensemble qui contribue à la prévention et à la "gestion" des troubles et difficultés dans la vie sociale qui peuvent résulter de la maladie.</b></p> <p>Dans les appartements de ville notamment la vie quotidienne peut être difficile.</p> <p>Dans ces appartements, le service conserve un double des clefs, ce qui est mentionné dans le contrat, les personnes sont sous – locataires.</p> <p>Dans le foyer Robelin actuel, en dehors d'un studio, les chambres n'ont pas de coin- cuisine, la prise de repas est obligatoire dans la cuisine – salle à manger.</p>
<p><i>Partenariat</i></p>	<p><b>Espoir Morbihan a une convention avec le CHS Charcot depuis 1982 – 1983, qui permet les interventions (rétribuées) d'une infirmière psychiatrique 3 demi-journées par semaine et 3 heures de médecin psychiatre sur 33 semaines dans l'année (ainsi que d'un psychologue à mi – temps sur le CEPPEM).</b> L'intervention de l'infirmière a notamment pour finalité la préparation des traitements médicamenteux des personnes, la plupart des résidents étant soumis à ce type de traitements.</p> <p>Ce partenariat permet aussi une sollicitation de médecins de psychiatrie en cas de "crise" d'une des personnes du CHRS.</p> <p>Par ailleurs, sur le CHRS Robelin, un groupe d'analyse de pratiques est assuré par l'hôpital Charcot. Une collaboration est aussi instaurée avec la structure SPID sur les toxicomanies, avec les associations d'anciens buveurs.</p>
<p><i>Effets ou résultats auprès des publics.</i></p>	<p>Le stock de logements est fixe, et il est difficile d'obtenir d'autres appartements. En raison des troubles des personnes (importants troubles psychiques, importantes consommations d'alcool et toxicomanies), l'accès à un logement autonome est rare, même s'il y a une certaine rotation dans les logements qui peut être due à des départs dans d'autres régions, des hospitalisations....</p>
<p><i>Analyse globale de l'évolution de l'action.</i></p>	<p>La diversité du dispositif offre un cadre d'évolution aux personnes qui ont de grandes difficultés à vivre seules dans un logement indépendant.</p>
<p><i>Autres observations</i></p>	<p>Sur le partenariat avec la psychiatrie, cf. les fiches réalisées sur les Côtes d'Armor.</p> <p>Sur la répartition des logements de CHRS dans la ville, cf. en particulier la fiche relative à Pontivy.</p>

*(Source : entretiens avec M. Bernard Huaumé, directeur du CHRS Robelin).*

<i>Dénomination de l'action</i>	<b>Accompagnement des résidents dans des logements éclatés sur la ville de Pontivy et partenariat autour de certaines situations. (ACCOMPAGNEMENT / HEBERGEMENT)</b>
<i>Porteur du projet et coordonnées</i>	Service le Relais et CCAS, Pontivy.
<i>Evolution dans le temps et état d'avancement.</i>	<p>Le Centre d'hébergement Le Relais est né dans les années 1980 sur Pontivy de la volonté de répondre aux besoins de logements et d'accompagnement de jeunes issus d'IMPRO. Il comprend :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- un CHRS de 19 places, mais dont seules 4 sont dans une structure collective et les autres dans le parc ordinaire de la ville : parc privé (5 logements), parc public (1 logement). Les personnes sont hébergées avec une ouverture de droits à l'APL ou à l'allocation logement.</li> <li>- 6 logements A.L.T. (2 T1, un T2, trois T3)</li> <li>- une résidence sociale de 22 logements en A.L.T. ou APL.</li> </ul> <p>Il met en oeuvre également des mesures d'ASLL (25 mesures en moyenne pour 50 à 60 ménages par année sur trois circonscriptions), des mesures ASI de l'ANPE, des mesures Accompagnement Jeunes Majeurs, des mesures TRACES, et un atelier d'insertion.</p> <p>L'équipe est composée de 13.5 ETP, dont 9 travailleurs sociaux.</p>
<i>Publics concernés</i>	<p><b>De par son fonctionnement éclaté, la question de l'intégration dans la vie de voisinage sans créer des troubles est primordiale.</b></p> <p><b>Le public des logements éclatés peut être familial (homme seul, femme seule ou couple avec ou sans enfants), après séparation, rupture familiale, expulsion ou pour cause d'insalubrité, mais également composé de personnes avec des problèmes de conduites addictives, et également de personnes "border-line", en quête de relations, qui supportent mal l'isolement, peuvent alors envahir le voisinage...etc.</b></p> <p>L'une des difficultés est que les moyens du service sont adaptés pour les publics qui ont la capacité de définir un projet d'insertion, sociale tout au moins, <b>mais ils ne le sont pas pour les publics qui nécessitent une présence quotidienne pour les courses, les repas, et qui ont peu de perspectives en termes d'insertion sociale et professionnelle</b>, ce qui est par exemple le cas après une hospitalisation de quelques mois, et dont la pathologie n'est pas assez lourde pour demander la reconnaissance "handicapé".</p>
<i>Description de l'action. Modalités concrètes de mise en œuvre</i>	<p>Le partenariat n'est pas construit de manière systématique, ni institutionnalisé. Il est organisé au cas par cas.</p> <p>Le service assuré dans le cadre du CHRS éclaté et des autres formules de logement permet de travailler sur la médiation en cas de troubles de voisinage. Comme la plupart des logements sont dans le parc privé, les syndicats sont vigilants ainsi que les conseils de résidents, les agences immobilières.</p>
<i>Partenariat</i>	Il existe une bonne collaboration avec la Police : dans le cas où elle

	<p>recueille la nuit une personne sans domicile, elle peut la conduire dans un logement d'urgence du CHRS.</p> <p>Quelques tentatives ont été faites pour une prise en charge conjointe entre le service le Relais et le CMP : logement au Relais et accueil en hôpital de jour deux jours par semaine. Une situation de ce type pour une femme a permis l'accès à un logement autonome et le passage du relais à l'assistante sociale de secteur.</p> <p><b>Mais un tel dispositif n'est pas toujours possible parce que le plus souvent ce type de personne est rarement dans une démarche d'insertion, d'où la difficulté de trouver avec elles une accroche, à partir d'une demande minimale.</b></p> <p>Dans certains bilans d'action d'accompagnement, l'assistante sociale de psychiatrie peut être présente tel qu'en ASI ou à l'atelier d'insertion, qui sont aussi l'occasion de programmer un bilan santé avec le médecin traitant et un suivi. La collaboration est aussi construite avec le CCAS, pour la demande de logements HLM, les demandes RMI, la distribution alimentaire ainsi qu'avec l'OPD HLM, le médecin RMI, le service social de secteur, la Mission Locale, etc.</p>
<p><i>Effets ou résultats auprès des publics</i></p>	<p><b>Le CHRS est largement apprécié par les nouveaux arrivants en raison de son organisation éclatée : après une rupture, le cours de la vie reprend normalement dans un quartier et un voisinage, sans connaître la connotation de type Foyer, que certaines personnes ont pu connaître.</b></p>
<p><i>Analyse globale de l'évolution de l'action.</i></p>	<p><b>La petite taille de la ville favorise le travail local en réseau ; beaucoup de professionnels se connaissent et s'interpellent au besoin, mais sans lieu de rencontre institué ;</b> ainsi le CCAS collabore régulièrement, avec les délégués à la tutelle de l'UDAF, avec l'AMISEP, avec les professionnels de la DIS, avec la Police, pour traiter des situations de crise...Il s'agit d'un réseau qui fonctionne informellement, mais il n'y a pas de lieu de synthèse sur des situations difficiles.</p> <p>Le partenariat est aujourd'hui construit au cas par cas. Pour les personnes qui sortent du CHS particulièrement se posent trois types de questions :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'offre de nouvelles solutions de logement ou d'hébergement</li> <li>- l'articulation du soin et de l'accompagnement social</li> <li>- l'organisation des aides à domicile.</li> </ul>

*(Sources : entretien avec Mme Le Dorze, directrice du service Le Relais, et M. Radigois, directeur du CCAS de Pontivy)*

<i>Dénomination de l'action</i>	<b>Services d'aides ménagères auprès des personnes ayant des troubles du comportement. ( ACCOMPAGNEMENT)</b>
<i>Porteur du projet et coordonnées</i>	<b>La Passerelle, CCAS de Lorient.</b>
<i>Evolution dans le temps et état d'avancement :</i>	Démarche mise en place en 2000.  Evaluation des besoins à domicile par un ergothérapeute du CLIC en présence de la personne, son tuteur et / ou curateur, ou un autre intervenant social.
<i>Publics concernés</i>	<p>Il s'agit de personnes âgées de moins de 60 ans, souvent des hommes seuls qui ne sont pas autonomes au niveau de leur quotidien, qui entretiennent peu leur logement, qui le laissent en l'état. La consommation excessive d'alcool est fréquente, ainsi que d'autres troubles. On observe également des situations de subordination des personnes les plus faibles par d'autres, leurs logements pouvant être squattés.</p> <p>Ces personnes ne sont pas suivies régulièrement par un dispositif de soins, parce que ne faisant pas les démarches en ce sens, alors qu'elles nécessiteraient une prise en charge et un suivi thérapeutique spécifiques. Si ce lien thérapeutique existe (CMP, hospitalisation), il est rarement régulier et après une hospitalisation, l'aide à domicile est souvent la seule intervention régulière.</p> <p>Une grande partie de ce public vit dans le logement social, mais également dans le parc privé qui a une fonction sociale, notamment certains hôtels meublés dans l'avenue de la Perrière, et dans certains squats.</p> <p>Ces personnes bénéficient d'une prise en charge au titre de l'aide sociale du CCAS. Une part de ce public est adressée au CCAS par les assistantes sociales et par les délégués à la tutelle.</p> <p><b>Ce public spécifique constitue une part importante de l'activité du service aides à domicile, prévu à l'origine pour les personnes âgées et personnes handicapées sur le plan physique : en 2003, environs 10 % de l'activité du service concernait ce public, soit 86 personnes dans l'année.</b></p>
<i>Description de l'action. Modalités concrètes de mise en œuvre.</i>	<p>A partir d'un signalement d'une situation par un intervenant social, il est procédé à :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la visite à domicile par un ergothérapeute, encadrant</li> <li>- la définition des modalités d'intervention</li> <li>- l'intervention d'aides à domicile : aides ménagères.</li> </ul> <p><b>Dans l'équipe d'aides à domicile de la Passerelle – CCAS, sur une centaine de professionnels, 12 aides – ménagères et l'équipe d'encadrants ont suivi une formation spécifique sur les troubles psychiques. Par ailleurs, ce service comprend dans son personnel trois ou quatre hommes qui interviennent plus particulièrement auprès des personnes jugées agressives ou potentiellement violentes. De plus, une personne avec une formation d'AMP a été recrutée.</b></p>

	<p>Cette intervention permet une prise en charge adaptée et coordonnée, en fonction de l'évaluation de la personne et de la connaissance du contexte.</p> <p>Dans le cadre de ce dispositif, les travailleurs sociaux demandent également la mise en place d'un portage de repas à domicile, notamment pour les personnes résidant dans des meublés ou hôtels de l'avenue de la Perrière. Ce portage est cependant exceptionnel, car le service est confronté à l'insolvabilité des personnes.</p>
<b>Partenariat</b>	<p>La mise en place de ces interventions repose sur une collaboration avec les organismes de tutelles (UDAF), le CHS (infirmiers de secteur), Lorient Habitat, les assistantes sociales de circonscription ; ces dernières, notamment, sont souvent à la source d'un signalement d'une personne ou d'un ménage avec ce type de difficultés.</p> <p>Dans les appartements thérapeutiques de Charcot, est mise en place une intervention coordonnée des aides – ménagères et des professionnels de l'équipe de secteur.</p> <p>Au travers de cette intervention et par la formation reçue sur les troubles psychiques, les professionnels du service ont une meilleure connaissance du cadre de leur intervention, et une reconnaissance de sa spécificité. Ils peuvent mieux comprendre certaines logiques et certains comportements, tels que le laisser – aller et la saleté dans un logement qui a été nettoyé peu de temps auparavant.</p>
<b>Effets ou résultats auprès des publics</b>	<p>Un tel service a pour effet de maintenir des personnes très démunies dans des conditions de vie minimales (hygiène du logement) et par conséquent dans des relations sociales, avec les intervenants sociaux, notamment.</p>
<b>Analyse globale de l'évolution de l'action.</b>	<p>Le dispositif est essentiellement connu en interne et par les partenaires concernés.</p> <p><b>Une des limites ou difficultés à ce type d'action est l'absence de référent (tuteurs ou curateurs) pour certaines situations. Une autre est le refus des personnes d'être suivies par l'équipe de secteur psychiatrique.</b></p> <p>Parmi les évolutions envisagées, il y a la planification d'une évaluation auprès des personnes de moins de 60 ans, bénéficiant d'un service avant la mise en place de ce dispositif, pour un meilleur suivi, avec un repérage des professionnels référents des usagers.</p>
<b>Autres observations</b> <b>Autres actions</b>	<p>- C'est ce public relativement désocialisé qui serait susceptible d'intégrer une structure de type Maison Relais, ou un dispositif de type Familles Gouvernantes, qui auraient pour intérêt de ne pas le mettre en position de consommateur de service, mais qui demande une participation active des personnes à leur vie quotidienne, avec un soutien. Cependant, pour ce dernier dispositif, l'un des obstacles est que ces personnes n'ont pas de reconnaissance "handicapé" par la COTOREP. L'application de la disposition législative prévue sur le handicap psychique changera –t – elle cette donne?</p> <p>- Le CCAS a mis en place une prestation "Déménagement social" pour les</p>

	<p>ménages les plus démunis. Une quarantaine de ménages bénéficie de ce service tous les ans.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Dans le cas de problèmes d'insalubrité liés à des troubles du comportement, le service Hygiène de la ville travaille en collaboration avec le service d'aides à domicile la Passerelle (une dizaine de logements doivent être nettoyés par an).</li><li>- Une convention a été signée en 2003 entre la ville, le CCAS, la CAF et l'ARIM pour intervenir sur le "logement indécents" .</li></ul>
--	---

*(Source : M. Cougoulat, directeur du CCAS de Lorient, Mme Adam, attaché, Passerelle-CLIC., Interventions à domicile)*

<i>Dénomination de l'action</i>	<b>Réseau multiservices pour le développement social et solidaire (ACCOMPAGNEMENT )</b>
<i>Porteur du projet et coordonnées</i>	<b>Association ADI (gestionnaire des actions et de 5 logements ALT, dont deux sur Le Faouët – Gourin), et Centre médico – social de Le Faouët (56).</b>
<i>Evolution dans le temps et état d'avancement</i>	Ce réseau a été mis en place il y a deux – trois ans. Il propose différentes activités et services en vue de développement des actions de solidarité dans les domaines suivants : transports, art – déco, informatique, recherche d'emploi, jardinage, promenades, conseil avocats. L'objectif est de favoriser l'échanges de services entre personnes en difficulté.
<i>Publics concernés</i>	<p><b>Sur les trois cantons de Gourin, Le Faouët, et Plouay, le nombre d'allocataires RMI est de 400. Pour une partie de ce public, il est fait état d'une chronicisation des difficultés : sur le secteur de Gourin, 50% des personnes dans le dispositif RMI y sont présents depuis 15 ans.</b></p> <p>70 % de ces personnes sont isolées, beaucoup sont des hommes vivant avec leurs mères, certains sont agriculteurs dans le dispositif RMI.</p> <p>Ce public en difficulté connaît des problèmes spécifiques liés aux caractéristiques du territoire. En effet, les personnes les plus dynamiques ont tendance à partir ailleurs chercher des opportunités de travail ou de formation, tandis que <b>les personnes qui restent sur ce territoire cumulent alors différents handicaps : l'isolement, les difficultés de transport, le faible niveau de formation...Dans le public RMI de la CLI, 50 % des personnes ont un problème de santé, sur le plan somatique ou sur le plan psychique et parmi cette moitié, pour 50 %, il y a un alcoolisme chronique.</b></p>
<i>Description de l'action ou intervention Modalités concrètes de mise en œuvre</i>	<p>Le réseau fonctionne toute l'année : les permanences des différents professionnels qui l'animent sont tenues dans un immeuble séparé du centre social, acquis par la communauté de communes.</p> <p>Les logements ALT de l'association ADI servent également sur ce territoire de logements de dépannage sur quelques semaines ou quelques mois.</p>
<i>Partenariat</i>	<p>Le territoire de la circonscription d'action sociale départementale recouvre deux communautés de communes, celle de Plouay et celle du Roi Morvan (secteur de Gourin). Un partenariat a été construit avec la Communauté de communes pour monter ce projet, ainsi qu'avec le dispositif RMI, la DDASS pour l'achat de véhicules.</p> <p>Le projet a été financé dans le cadre du FSE (programme Equal).</p> <p>Le fonctionnement de ce réseau multiservices offre des opportunités de travail, un support pour le développement d'actions qui dépassent l'intervention sociale ordinaire.</p> <p>La mention des personnes référentes de chacune des actions permet de se rendre compte des collaborations instaurées et du fonctionnement :</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- pour le transport (assurer des transports à la demande, afin de stimuler l'autonomie des personnes et des groupes dans les domaines de l'emploi, de la santé, la formation) le référent est le responsable de circonscription, et parmi les intervenants se trouve un ex-allocataire du RMI ;</li> <li>- pour l'action art – déco, la référente est un travailleur social du Centre médico – social ;</li> <li>- pour l'action informatique (mise à disposition de matériels pour l'initiation, la réalisation de documents divers, C.V., etc.), l'intervenante est une personne en emploi aidé en lien avec une entreprise ;</li> <li>- pour l'action recherche d'emploi, le référent est l'ALI (animateur local d'insertion) dont le poste est par ailleurs situé dans la communauté de communes de Gourin ;</li> <li>- pour le jardinage (activités de maraîchage permettant un échange de savoirs, une amélioration de la vie quotidienne, un lieu de convivialité), la référente est une assistante sociale du département ;</li> <li>- pour les promenades, la référente est une salariée TISF de l'ADMR.</li> <li>- pour le conseil sur le droit, la référente est une assistante sociale du centre Médico-Social.</li> </ul> <p>Sur le plan de l'articulation des professionnels des différents champs (habitat, social, sanitaire), en dehors de l'intervention des professionnels de l'action sociale sur la question de l'habitat (au travers des logements ALT de l'ADI), et en dehors de réunions d'informations techniques entre professionnels de différentes institutions, les collaborations ne sont guère construites aujourd'hui, ce qui peut se référer sans doute au contexte rural du territoire.</p>
<b><i>Effets ou résultats auprès des publics</i></b>	<p>L'objectif de cette action est la valorisation des compétences des personnes. Une vingtaine de personnes est aujourd'hui adhérente de l'association, mais un plus grand nombre est utilisateur de tel ou tel service.</p> <p>Par rapport à la problématique des troubles de comportement dans l'habitat, la question se présente différemment dans ce contexte rural. Les problèmes de voisinage ne semblent pas être présents comme dans des sites où l'habitat collectif est dominant. L'impact de cette action en termes de prévention de ces troubles est difficilement mesurable.</p>
<b><i>Analyse globale de l'évolution de l'action.</i></b>	<p>La question de la santé n'est pas spécifiquement travaillée dans le cadre de ce réseau. Des collaborations existent ponctuellement entre professionnels de la psychiatrie et du travail social à propos de telle demande d'aide financière, mais sans qu'il y ait de rencontres régulières, formalisées dans une convention. Des professionnels de la psychiatrie (infirmière, assistante sociale) peuvent être présents aux réunions d'évaluation de la circonscription, dans le cas de situations concernées par la petite enfance.</p>

***(Source : entretien avec M. Le Cren, responsable de circonscription d'action sociale départementale sur Le Faouët)***



## **D- DEPARTEMENT D'ILLE ET VILLAINES : TERRITOIRE DE RENNES METROPOLE**

Sur le territoire de Rennes Métropole, suite à la réflexion engagée en 2003 dans le cadre de l'APRAS<sup>4</sup>, quatre axes de travail avaient été arrêtés par le Comité de pilotage de l'étude :

*1- la mise en place de deux modules de recherche – action sur deux territoires de Rennes Métropole : pratiques professionnelles et partenariat de territoire*

*2- Une réflexion sur les procédures d'hospitalisation sans consentement*

*3- Un groupe de travail sur les troubles de voisinage dans l'habitat social*

*4- Un groupe de travail sur les projets d'hébergement spécifique.*

Quoique ces démarches soient encore en cours (des réunions de travail ont lieu à nouveau en juin 2004, un Comité de pilotage a eu lieu le 29 mars et un nouveau est programmé en juillet), nous présentons ci – dessous chacune de ces actions selon la même grille d'analyse que les actions précédentes, avec quelques adaptations au besoin. Pour l'action 4, nous faisons figurer les fiches descriptives des projets ou réalisations qui ont été examinées par la commission.

En raison de ces circonstances, ces fiches doivent donc être considérées comme un reflet d'une situation en cours d'évolutions, la forme que prendront certaines des pistes de travail évoquées n'étant pas arrêtées par les responsables institutionnels et le Comité de pilotage.

---

<sup>4</sup> Ayant donné lieu à la production du rapport "*Fragilités psychologiques et troubles de la vie sociale. Rôle des institutions / Pratiques des professionnels*" APRAS / JY. BROUDIC. Cf. en annexe le document de synthèse publié dans L'écho des Forums de l'APRAS, n° 3, novembre 2003.

<i>Dénomination de l'action</i>	<b>Modules de recherche – action sur des territoires de Rennes : : pratiques professionnelles et partenariat de territoire (OBSERVATION / ACCOMPAGNEMENT)</b>
<i>Porteur du projet et coordonnées</i>	<b>APRAS, association pour la promotion de l'animation et de l'animation sociale</b>
<i>Evolution dans le temps et état d'avancement</i>	<p>Après des contacts sur différents territoires, ce sont les quartiers de Maurepas et du Blossne (secteur Est), qui ont été retenus pour ces modules, en raison d'une ouverture de différents partenaires quant à une telle démarche.</p> <p>Cependant, la configuration est différente sur chacun des quartiers :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sur Maurepas, la réflexion s'est engagée dans le cadre de réunions spécifiques, organisée par l'APRAS</li> <li>- sur le Blossne Est, la réflexion s'est inscrite dans le cadre de la commission Santé du Contrat de Ville et des sous-commissions qui la composent<sup>5</sup>.</li> </ul> <p><b>Les réunions de travail sur Maurepas – Patton</b> ont eu lieu le 2 mars et le 23 mars, le 11 mai (et un autre aura lieu le 29 juin) avec une quinzaine de professionnels : du CDAS, du CMP St Exupéry du CHGR, d'organismes HLM, du CCAS (animateurs d'insertion), de la Mission Locale, du Bureau de Police.</p> <p><b>Sur le Blossne – Est</b>, les réunions plénières de la Commission Santé ont eu lieu le 30 mars et le 25 mai 2004, réunissant des représentants du CMP du secteur 35 G10 de psychiatrie, du centre social du Landrel, d'associations prestataires de services (APPARTH, Autre regard, Domicile Action, Lueur d'Espoir, La Maison des Squares), de CMPP, d'organismes HLM. Et une réunion spécifique intermédiaire a eu lieu le 5 mai uniquement avec les organismes HLM sur le thème "Fragilités psychologiques et logement".</p>
<i>Publics concernés</i>	<p>Les publics concernés par ceux que les professionnels rencontrent dans le cadre de leurs missions, et dont les difficultés ou problématiques sont telles qu'elles dépassent le cadre de celles-ci. Nous extrayons des comptes-rendus de ces réunions les éléments suivants qui peuvent en rendre compte :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>dans un organisme HLM du Blossne</b> (Espacil) l'observation par un agent de l'organisme de différents signes inquiétants concernant un locataire (absence de relevés de courrier, de consommation électrique, de réponse aux sollicitations...) conduit à un accès au domicile avec l'intervention de la police et des pompiers ; mais cette personne décède huit jours après ;</li> </ul>

<sup>5</sup> Les deux démarches sont cependant accompagnées par Jean-Yves Broudic, qui anime les réunions et en fait les comptes-rendus

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- les quelques suicides par an observés dans le parc de l'OPHLM par l'agence du Blosne ; il s'agit souvent de situations de personnes non spécialement connues des agents de l'Office ;</li> <li>- les 5 ou 6 sommations par an pour troubles de voisinage (sur 3 500 logements) de l'OPHLM qui peuvent aboutir à des expulsions. Dans plusieurs de ces situations il s'agit de personnes avec des troubles psychologiques ou psychiatriques, qui ne sont pas toujours en mesure d'entendre ce qui leur est demandé. Un grand nombre de ces situations sont liées à une surconsommation d'alcool et de médicaments ;</li> <li>- une situation très complexe gérée par l'OPAC durant 18 mois : la mise à sac du logement, la terreur subie par des voisins et le départ de certains d'entre eux, l'hospitalisation pendant une dizaine de jours, la reprise des troubles quelque temps après, le recours au juridique, le changement d'organismes de tutelle, le recours à la cellule d'examen de situation du CLS, etc. Cette situation a abouti au départ du couple locataire concerné... Sur le territoire d'intervention de l'agence de l'OPAC (1500 logements), il y a deux ou trois situations graves et difficiles de ce type par an, sans compter les situations d'isolement, de déclin de personnes qui meurent parfois à petits feux ;</li> <li>- des situations d'agressivité à l'accueil de l'Espace Social Commun de Maurepas, ou devant des professionnels, qui expriment un mal-être certain, mais qui sont aussi peut-être des réactions normales devant l'injustice sociale et l'absence de réponse institutionnelle.</li> <li>- les nombreuses situations de dépendance, que ce soit à l'égard de l'alcool, de toxiques ou de médicaments ;</li> <li>- les difficultés à travailler avec certaines personnes dont la pathologie semble bien installée, et où une relation contractuelle est difficile à mettre en place ;</li> <li>- dans le dispositif RMI, les situations de personnes dont les contrats d'insertion se succèdent en une sorte de spirale sans effet. Telle que : un homme seul, dans le dispositif RMI depuis 1988, qui exprime parfois une thématique de persécution, qui a eu 31 contrats d'insertion, mais qui refuse ce qui lui est proposé sur le plan de la formation, etc. et qui a refusé récemment l'ouverture du compteur EDF de son logement...</li> </ul>
<p><b><i>Description de l'action. Modalités concrètes de mise en œuvre :</i></b></p>	<p>Les objectifs de ces réunions sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- d'analyser les modalités de collaboration entre professionnels de différentes institutions ou services à l'échelle de territoires de quartier, autour de situations concrètes</li> <li>- d'expérimenter de nouvelles formes de collaboration ou de définir les conditions de mise en place de ces nouvelles modalités.</li> </ul> <p>Les échanges portent donc sur plusieurs niveaux simultanément :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les situations rencontrées par les professionnels, telles que celles</li> </ul>

	<p>évoquées ci-dessus</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'analyse collective des réponses professionnelles, institutionnelles et inter – institutionnelles devant ces situations. Ont été évoquées les paradoxes suivants : <i>"on a du mal à avancer avec certaines personnes, alors que l'on est confronté à une réalité : l'obligation de résultats, dans des délais de plus en plus courts"</i></li> <li>- la perspective de nouvelles modalités de travail entre professionnels sur ces situations. S'il y a accord sur l'intérêt d'échanges réguliers et construits entre professionnels de différents services permettant la confrontation des points de vue et des approches dans une perspective opérationnelle, la mise en place d'une nouvelle instance de travail constitue un engagement professionnel et institutionnel fort, qui nécessite au préalable un examen des outils et instances existantes déjà dans les différents services<sup>6</sup> et une définition d'un cadre futur en référence au "plus" qu'une telle collaboration peut apporter<sup>7</sup>.</li> </ul> <p>Ainsi une telle démarche suppose un temps d'appropriation, d'échanges, de débats, nécessaire pour arriver à une analyse commune de la situation du territoire concerné et un accord sur la perspective mise en avant.</p>
<b>Partenariat</b>	<p>Le partenariat est à la fois l'objet de travail de ces démarches et une des conditions pour leur lancement.</p> <p>Dans les deux démarches ici engagées, nous avons trois pôles institutionnels parties prenantes : les organismes d'habitat social, les professionnels des interventions sociales au sens large (dont les CDAS), et secteur sanitaire spécialisé (les professionnels du secteur de psychiatrie).</p> <p>La présence régulière de professionnels de différentes institutions et services atteste de leur intérêt et de leurs attentes.</p>
<b>Effets ou résultats auprès des publics.</b>	<p>Sur ces quartiers, le dispositif n'étant pas encore mis en place, il est impossible d'en voir les effets. On peut cependant se rendre compte des effets potentiels à partir du fonctionnement d'instances similaires : Rampes et Rem'aides. Sur le secteur de Cesson – Sévigné, le CMP et le CDAS ont mis en place une instance de travail de ce type également, et parmi les situations évoquées lors des premières réunions en début 2004, il y avait :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- une personne au RMI avec des difficultés répétitives quant à la signature d'un contrat d'insertion</li> <li>- une personne avec une pathologie psychiatrique sévère, non connue des services, pour qui des soins ont pu être mis en place avec son consentement</li> <li>- une situation pour laquelle les professionnels étaient démunis et dont les difficultés n'avaient rien de psychiatriques, mais étaient</li> </ul>

<sup>6</sup> Ainsi le fonctionnement des CAE (commission d'aide à l'évaluation) et C.A.D. (commission d'aide à la décision) des CDAS ont été présentés.

<sup>7</sup> Les dispositifs Rampes et Rem'aides des cantons de la Guerche, Retiers, Janzé et Bain de Bretagne, constituent des références dans la perspective de travail ; leur mode de fonctionnement a été explicité en réunion, et a donné lieu à la production d'une note de travail.

	<p>liées principalement à des dysfonctionnements institutionnels ou de services.</p> <p><b>Les effets de ces échanges sont divers :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le cadre de travail avec les personnes peut être re-précisé, des pistes de travail nouvelles sont explorées (par exemple, nouveau contact avec un membre de la famille)</li> <li>- s'il y a une pathologie psychiatrique, l'échange permet de 'soulager' les autres professionnels, d'alléger le poids qui pèsent sur leurs épaules ; une hospitalisation sans consentement a pu être évitée,</li> <li>- la croyance à la solution de l'hospitalisation a pu aussi être remise en question : parfois, il n'y a rien de psychiatrique dans la situation ou bien, le suivi ambulatoire peut suffire.</li> </ul>
<p><b>Analyse globale de l'évolution de l'action.</b></p>	<p>Sur les deux quartiers, la démarche est bien engagée quoique à des vitesses différentes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sur le Blosne – Est, le rythme des réunions mises en place a pour conséquences que les professionnels qui se réunissent en sont encore au stade de l'appropriation du projet, sans être engagés dans la réflexion sur les modalités de mise en place ;</li> <li>- sur Maurepas – Patton, les dernières réunions de travail portent sur ces modalités, même si la question du lien entre une telle instance éventuelle et les professionnels de chaque institution reste encore à définir. Parmi les points en discussion aujourd'hui, figurent : <ul style="list-style-type: none"> <li>. la composition de l'équipe permanente</li> <li>. les structures qui peuvent la solliciter de façon ponctuelle</li> <li>. les critères de choix des situations qui y sont présentées</li> <li>. les objectifs affichés de ces échanges</li> <li>. les règles déontologiques</li> <li>. le rythme des rencontres</li> <li>. les supports techniques : lieu de réunions, le secrétariat</li> <li>. les relations institutionnelles.</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Autres observations</b></p>	<p>Sur d'autres départements bretons, il existe d'autres formes de collaboration entre professionnels de la psychiatrie et professionnels des structures d'intervention sociale. Ainsi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sur Hennebont, Auray et Lorient, il y a des rencontres régulières de professionnels du CHS Charcot et de travailleurs sociaux</li> <li>- sur les Côtes d'Armor, une convention de partenariat lie les CHS et les circonscriptions d'action sociale départementales</li> <li>- sur Guingamp, la psychiatrie et la circonscription d'action sociale départementale occupent les mêmes locaux et des rencontres régulières ont lieu à propos de certaines situations</li> <li>- sur Quimper, depuis 3 ou 4 ans, existe un partenariat entre la Ville, l'hôpital Gourmelen, le service social de la CRAM, la DPAS du Conseil général, la CAF 29 Sud et la DDASS, qui vise à coordonner et mettre en réseau les professionnels. Une convention signée le 1<sup>er</sup> janvier 2003 formalise ce partenariat qui se traduit par</li> </ul>

	<p>des réunions régulières d'un Comité de Pilotage et de divers groupes de travail. Les axes de travail prévus dans cette convention sont : l'apport d'informations sur chaque structure visant à alimenter une banque de données, la mise en place de référents institutionnels, la participation à des rencontres périodiques entre professionnels pour approfondir les pratiques professionnelles.</p>
--	---

<b><i>Dénomination de l'action</i></b>	<b>La réflexion sur les procédures d'hospitalisation (ACCOMPAGNEMENT)</b>
<b><i>Porteur du projet et coordonnées</i></b>	<b>APRAS, association pour la promotion de l'animation et de l'animation sociale</b>
<b><i>Evolution dans le temps et état d'avancement</i></b>	L'étude – action de 2003 avait analysé les modalités de mise en oeuvre des procédures sans consentement sur l'agglomération de Rennes et souligné notamment les difficultés d'intervention des professionnels dans certaines situations, notamment l'indétermination sur l'usage des procédures HDT et HO, conduisant à des troubles importants de voisinage dans certains cas.
<b><i>Publics concernés</i></b>	<p>Les publics concernés par ce dispositif sont les personnes dangereuses pour elles-mêmes ou pour autrui, et dont les troubles rendent impossible leur consentement à des soins et dont l'état impose des soins immédiats en milieu hospitalier.</p> <p>Le nombre d'hospitalisation sans consentement est en augmentation sur le département. Ainsi il a été constaté :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- une croissance de leur nombre au CHGR (HDT, de 738 en 1998 à 832 en 2002 ; HO : d'une cinquantaine en 1996 à 157 en 2002)</li> <li>- un taux d'HDT est plus élevé sur le département d'Ille-et-Vilaine que dans l'ensemble du pays</li> <li>- pour 7 % de ces patients, la durée de séjour à l'hôpital est inférieure à 5 jours, pour 19 % elle varie de 5 à 9 jours ; pour 46 % de 10 à 30 jours ; pour certaines personnes il y a une répétition de procédures d'hospitalisation sans consentement.</li> </ul>
<b><i>Description de l'action. Modalités concrètes de mise en œuvre</i></b>	<p>L'objectif de la réflexion engagée est :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- d'améliorer la coordination des institutions concernées sur l'agglomération de Rennes par certaines hospitalisations sans consentement</li> <li>- d'améliorer les modalités d'intervention auprès des personnes concernées dans ces circonstances.</li> </ul> <p>Suite au rapport de 2003, une réunion de travail a été organisée le 4 février 2004, rassemblant des représentants des principales institutions concernées.</p>
<b><i>Partenariat</i></b>	Ont participé à cette réunion les institutions ou services suivants : la DDASS 35, le CHGR, l'ADO HLM 35, les organismes de tutelle APASE et ATI, la Ville de Rennes, un médecin légiste du CHU, la DDSPP 35 (direction départementale de la Sécurité Publique, Rennes Métropole)
<b><i>Analyse globale de l'évolution de l'action.</i></b>	<p>Cette réunion a permis :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- des échanges d'informations entre professionnels</li> <li>- des échanges sur les dispositifs existants et les évolutions en cours (ainsi, sur les services de tutelle ; sur le rôle de la police lors des HDT, sur les limites du recours à la Justice, sur des formations en cours à ce propos)</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>- un accord pour la mise en place à l'échelle de la Ville de Rennes d'une cellule d'examen des situations, en cas de besoin : centralisation des informations de chacun, présence de professionnels de terrain...</li></ul> <p>Les modalités de mise en oeuvre de cette concertation n'ont cependant pas été définies à l'heure actuelle. La mise en place des partenariats de professionnels à l'échelle des quartiers (cf. action 1), doit aussi avoir pour effets une meilleure coordination des interventions dans ces situations de crise.</p>
--	---

<b>Dénomination de l'action</b>	<b>Groupe de travail sur l'habitat social (ACCOMPAGNEMENT / HEBERGEMENT)</b>
<b>Porteur du projet et coordonnées</b>	<b>APRAS, association pour la promotion de l'animation et de l'animation sociale</b>
<b>Evolution dans le temps et état d'avancement</b>	<p>Les organismes HLM sont concernés au premier plan par les questions des troubles de voisinage liés à une fragilité psychologique ou à une maladie mentale, en raison notamment de la paupérisation qu'entraîne bien souvent ce type de difficultés.</p> <p>Les objectifs de l'échange entre les organismes HLM et le CHGR étaient :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- dépasser les relations ponctuelles des professionnels des différentes institutions et examiner les possibilités de mettre en œuvre des relations institutionnelles entre les deux secteurs ;</li> <li>- mieux identifier le rôle des différents intervenants dans certaines situations de crise ;</li> <li>- réfléchir aux conditions d'accès à l'habitat social (ou au maintien dans son logement) suite à des soins en psychiatrie ;</li> <li>- faire le point sur les logements d'insertion du CHGR dans le parc social ;</li> </ul> <p>Une réunion de travail a eu lieu à ce sujet le 21 janvier entre les 4 organismes HLM présents sur Rennes Métropole et différents représentants du CHGR.</p>
<b>Publics concernés</b>	<p>Les publics concernés sont à la fois les personnes, locataires du parc social qui ont besoin à un moment donné d'une prise en charge ou d'un accompagnement thérapeutique, mais aussi bien souvent leurs voisins, quand les troubles mentaux ont pour conséquences des troubles de voisinage.</p> <p>L'une des questions posées est celle des modes d'intervention auprès de personnes "<i>qui ne sont pas demandeurs de soins</i>" ; les organismes HLM rappellent que ne pas intervenir conduit à une dilution de responsabilité ou déresponsabilisation par rapport à ces personnes et à leur voisinage qui en subit souvent les conséquences négatives.</p> <p>Tandis que les représentants de la psychiatrie publique indiquent que l'absence de demande de soins, ou le refus de soins, sont l'une des caractéristiques des personnes dont s'occupe la "psychiatrie lourde" (liée à la non reconnaissance de ses troubles par la personne), tandis que l'hospitalisation sans consentement est fortement encadrée sur le plan juridique et réglementaire.</p>
<b>Description de l'action. Modalités concrètes de mise en œuvre :</b>	<p>Les pistes de travail évoquées dans le cadre de ces échanges ont été :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'hypothèse d'une convention CHGR – Organismes HLM pour l'accès à l'habitat de certaines personnes après une période de</li> </ul>

	<p>soins. Mais les organismes HLM sont demandeurs d'une amélioration de la collaboration avec la psychiatrie sur certaines situations avant de faire évoluer le dispositif d'accès à l'habitat ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les rencontres entre les professionnels de CMP et professionnels des organismes HLM, à l'échelle des quartiers (cf. fiche 1)</li> <li>- la mise en place d'actions de formation du personnel des organismes HLM</li> <li>- l'évolution du dispositif les appartements d'insertion du CHGR (aujourd'hui 21 appartements pour 42 places)</li> <li>- la possibilité de travailler sur de nouveaux découpages des secteurs de psychiatrie, pour favoriser la collaboration avec d'autres professionnels</li> <li>- la mise au point d'une <b>charte de coopération</b> entre les organismes HLM et le CHGR.</li> </ul>
<i>Partenariat</i>	Ces échanges inaugurent un partenariat nouveau entre ces institutions.
<i>Effets ou résultats auprès des publics</i>	Non identifiables à ce jour.
<i>Analyse globale de l'évolution de l'action.</i>	Les relations institutionnelles étant en cours, il n'est guère possible d'en faire une analyse rétrospective.

<i>Dénomination de l'action</i>	<b>Groupe de travail sur les projets d'hébergement spécifique (ACCOMPAGNEMENT / HEBERGEMENT)</b>
<i>Porteur du projet et coordonnées</i>	<b>APRAS, association pour la promotion de l'animation et de l'animation sociale</b>
<i>Evolution dans le temps et état d'avancement</i>	<p>Mise en place d'un groupe de travail composé de représentants de l'APRAS, de la DAS 35, de Rennes Métropole, et d'ALFADI pour l'audition de porteurs de projets (quatre réunions ont eu lieu de janvier à mai 2004)</p> <p>Audition par ce groupe des porteurs et gestionnaires des structures suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. <b>l'UDAF 35 : projet "Les familles gouvernantes"</b></li> <li>. <b>Benoît Labre : La Maison Relais</b> ouverte en mai 2003</li> <li>. <b>Itinéraires Bis : projet de SAVA</b> (service d'accompagnement la vie active de personnes avec des troubles psychiques)</li> <li>. <b>La Nouvelle Béthel : projet de Maison Relais sur Fougères</b></li> </ul> <p>Rédaction d'une fiche d'analyse de ces projets et rédaction d'une analyse transversale.</p> <p>Les fiches sur chaque structure font suite à celle-ci. Les éléments d'analyse transversaux sont reportés ci-dessous.</p>
<i>Publics concernés</i>	Publics divers, selon le type de structures.
<i>Description de l'action. Modalités concrètes de mise en œuvre.</i>	<p>Ces échanges ont permis de voir quel était l'état d'avancement des projets, le contexte dans lequel ils s'inscrivaient, quels étaient aussi certains des points clefs de chaque fonctionnement futur. Différents points ont été détaillés : la taille des structures, le statut du personnel, la mixité des publics, les modalités de portage des projets par les gestionnaires.</p> <p>Les projets sont portés par des structures, des professionnels, des personnes qui travaillent chacun selon leur logique propre ; il s'agit de projets parallèles, sans lien entre eux, ce qui met en évidence la grande méconnaissance de ce type de projet par d'autres professionnels, et également une connaissance insuffisante du côté des décideurs, des responsables, des élus. Cela tient en grande partie à ce que l'on se situe dans un champ transversal : de l'habitat, au social et médico- social, au sanitaire.</p> <p>Cette situation est aussi liée aux difficultés à identifier précisément les publics concernés, qui peuvent relever de plusieurs champs et financements (sanitaire, social)</p>

	<p>Cela pose la question de l'articulation du niveau technique et du niveau politique ; le niveau technique concerne le recueil et l'analyse en continu de données sur ces populations, sur les besoins, sur les projets ; le niveau politique, concerne le portage de ces projets à d'autres niveaux, notamment Etat, Département, Assurance Maladie.</p>
<b><i>Partenariat</i></b>	<p>Le montage de nouveaux projets passe par plusieurs clefs d'entrées :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'habitat ordinaire, avec les dispositifs d'accompagnement social ou de services spécialisés à domicile</li> <li>- l'habitat spécifique de type logements adaptés ou Maison Relais</li> <li>- le secteur de la lutte contre les exclusions (CHRS)</li> <li>- le secteur médico – social avec les services et les structures pour les personnes reconnues handicapées</li> <li>- le champ sanitaire et notamment la psychiatrie (avec notamment ses centres de post –cure et ses logements d'insertion).</li> </ul> <p>Tous les projets supposent des collaborations avec d'autres services importants (tel que le travail social de polyvalence, les services de tutelle, etc.)</p>
<b><i>Analyse globale de l'évolution de l'action.</i></b>	<p>Pour structurer ce partenariat, plusieurs niveaux de réponse peuvent être esquissés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le travail au niveau des quartiers dans le cadre d'un dispositif d'interface entre professionnels peut en être la première,</li> <li>- l'hypothèse d'une charte de coopération entre les organismes HLM et le CHGR,</li> <li>- une proposition au CHGR d'une présence permanente dans une commission spécifique au sein de la CLH,</li> <li>- et une prise en compte dans la démarche habitat de Rennes Métropole de la question des structures d'accueil pour les publics en difficulté sociale et / ou avec des troubles psychologiques ou des handicaps psychiques.</li> </ul>
<b><i>Autres observations</i></b>	

## LE PROJET DE "FAMILLES GOUVERNANTES" SUR RENNES

<i>Porteur du projet et coordonnées</i>	<b>Aujourd'hui, l'UDAF 35. Cependant, contrairement à d'autres départements, l'UDAF ne souhaite pas gérer directement un tel dispositif. L'hypothèse de la création d'une association ad-hoc est évoquée.</b>
<i>Nom de la structure envisagée</i>	<b>Familles gouvernantes</b>
<i>Objectifs</i>	Création de structures d'accueil pour des personnes avec un handicap psychique. Les personnes doivent être reconnues handicapées à 80% pour pouvoir être bénéficiaires de l'ACTP (allocation compensatrice pour tierce personne). Ces personnes sont aidées au quotidien par une "gouvernante". Maintien de ces personnes dans un milieu ordinaire, permettant des relations sociales. Prévention de la désocialisation, de l'errance dans les rues de personnes avec des troubles psychiques. Constitution de "groupes familiaux", avec une personne de référence dans une dimension "maternelle".
<i>Statut juridique ou réglementaire</i>	Inscription dans le champ social. Les usagers sont locataires de leur logement.  Application de la convention collective de 1999 relative aux salariés de particuliers employeurs, pour les "gouvernantes", et non de la convention collective de 1966 sur le secteur médico-social. Le profil de ces professionnels a été défini selon trois critères principaux : l'âge, la connaissance des publics en difficulté, l'éthique personnelle.  Deux hypothèses d'organisation existent :  - soit les gouvernantes sont salariées des publics accueillis, qui les rémunèrent à partir de leurs ressources, dont l'ACTP ; - soit il est créé un service mandataire, une association dont les gouvernantes sont salariées. C'est cette solution qui est envisagée sur Rennes.
<i>Evolution dans le temps et état d'avancement</i>	Une présentation de ce mode de fonctionnement et des structures de ce type existantes dans d'autres départements a été faite aux différentes institutions depuis 2 ans, ainsi qu'aux élus du Conseil général et de Rennes Métropole.  Un projet a été écrit et présenté aux institutions (cf. document ci-joint), sans réponse positive ou engagement jusqu'à présent.
<i>Publics visés</i>	Personnes reconnues handicapées par la COTOREP, anciens patients de la psychiatrie, généralement sous tutelle. Ce sont des personnes seules. Les personnes doivent pouvoir vivre en groupe. Il n'est pas prévu de limites de durée d'accueil, mais il se produit toujours une rotation, liée à des décès, des départs, des réinsertions.  Mme Viel indique que sur la liste d'attente du SPAS (Service

	d'accompagnement et de soutien) géré par Espoir 35, il y a 50 personnes inscrites, ce qui atteste des besoins importants.
<b>Fonctionnement envisagé</b>	<p>Il s'agit d'organiser deux unités de deux appartements proches dans un quartier HLM, chaque unité logeant 5 à 6 personnes.</p> <p>Le repas et les activités quotidiennes de type télévision sont faits en commun dans des espaces adaptés. Chaque personne dispose par ailleurs de son logement.</p> <p>La gouvernante réside à côté (un logement de fonction doit être proposé à proximité). Elle assure une présence 5 jours sur 7, parfois 7 sur 7. Elle passe deux fois par jour chez les personnes, le matin jusqu'au déjeuner, et le soir. Son travail porte à la fois sur l'aide aux courses, à la cuisine, la vérification de l'hygiène, et sur l'établissement de liens entre ces personnes et le voisinage, etc. Elles peuvent assurer une vérification de prise de médicaments en accord avec des infirmiers.</p> <p>La présence quotidienne de ces gouvernantes limite les troubles de voisinage.</p> <p>A l'entrée dans le dispositif, il est demandé aux personnes un engagement au suivi de soins, qui sont assurés par leurs médecins traitants ou un CMP.</p> <p>L'expérience en cours sur Lorient met en évidence une amélioration de la vie des personnes au bout de 6 mois de fonctionnement.</p>
<b>Budget et faisabilité</b>	<p>Une présentation du projet a été faite par l'UDAF aux organismes HLM. Aucun lieu d'implantation n'a été étudié précisément.</p> <p>L'accord de principe d'organismes HLM est acquis sur ce plan. Celui – ci n'a cependant pas été formalisé.</p> <p>Un lieu d'implantation envisagé a été la ville de Bruz.</p> <p>L'intérêt de cette formule est qu'elle ne nécessite pas d'investissement immobilier spécifique. Elle peut s'inscrire dans des programmes de logements existants ou neufs.</p> <p>L'organisation des temps de remplacement des gouvernantes conduit à regrouper les unités de logements de façon à disposer de 2,75 ETP pour deux unités de deux appartements, soit 2,75 ETP pour 12 personnes accueillies.</p> <p>Par ailleurs, du temps de gestion et organisation est à prévoir au sein de la structure porteuse.</p> <p>Le coût du dispositif est composé de deux parties :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les coûts salariaux des gouvernantes, estimé à 350 Euros par mois et par personne ;</li> <li>- les coûts de structure (un poste d'accompagnement et autres frais de fonctionnement), estimé à 20 000 Euros par an au minimum.</li> </ul> <p>Les ressources des locataires (AAH, ACTP, APL) assurent un autofinancement du dispositif, pour ce qui est des coûts salariaux des gouvernantes.</p>

	<p>Deux enjeux :</p> <p>- <b>qui finance les coûts de structure ?</b> Dans la région Bretagne, dans un cas, c'est l'Etat (le DIHAP de Guingamp dans les Côtes d'Armor) mais sur une ligne budgétaire autre que celle des Maisons Relais ; dans l'autre (UDAF Lorient, Morbihan), c'est le département. Rien n'empêche une autre collectivité territoriale d'y participer. Ainsi, dans la Marne, la ville de Reins participe au financement.</p> <p>- <b>des personnes sans ACTP sont – elles accueillies dans ces dispositifs ?</b> Mme Viel rappelle les difficultés pour les personnes avec des troubles psychiques à être reconnues "handicapées" à 80 %. Les critères de la COTOREP sont établis essentiellement sur le handicap physique. Le lancement d'un projet suppose alors soit une négociation sur ce plan, soit de trouver d'autres financements pour les personnes non reconnues avec ce taux de handicap.</p>
<p><i>Analyse globale de l'évolution du projet</i></p>	<p>La clé d'entrée de ce dispositif est donc le logement. Toutefois, il repose également sur une demande de participation financière de l'Etat ou des collectivités territoriales au titre de la prise en charge des personnes handicapées.</p> <p>Selon ses promoteurs, l'un des points de blocage serait la perception du handicap psychique, non reconnu institutionnellement, notamment par la COTOREP (ou très rarement).</p> <p>Le montage de ce dispositif repose sur une participation croisée de plusieurs institutions : organismes HLM, commune d'accueil ou structures intercommunales, Département, Etat, services tutélaires, service d'aides à domicile, psychiatrie... Il semble ici que tout le monde s'attend, aucune institution n'acceptant d'afficher un premier engagement.</p> <p>Un point faible de ce projet nous paraît être que la structure qui le porte aujourd'hui affiche qu'elle n'en sera pas gestionnaire. La première étape ne serait-elle donc pas de constituer une association qui assurerait cette fonction ou de se tourner vers les associations existantes qui pourraient l'assurer ? Cette première étape ne permettrait-elle pas de travailler de façon plus formelle le partenariat institutionnel nécessaire, en constituant un Comité de Pilotage avec les professionnels et responsables intéressés ?</p>
<p><i>Autres observations</i></p>	<p>Le projet présenté par l'UDAF s'appuie sur les acquis de ce dispositif dans d'autres départements : Marne, Hautes – Pyrénées, Morbihan...</p> <p>Rappelons l'existence d'un dispositif similaire sur Guingamp : le DIHAP, sur le quartier HLM de Castel Pic, construit sur un partenariat entre l'association tutélaire A.D.T. , le CHS de Bon Sauveur, la DDASS, l'Office HLM de Guingamp...</p>

*(Source : documentation transmise et communication par M. Gallais et Mme Viel, à partir des expériences dans d'autres départements et de l'état d'avancement du projet sur Rennes et des échanges qui ont suivi).*

## LA MAISON RELAIS DU FOYER BENOIT LABRE

<i>Porteur du projet et coordonnées</i>	Association Saint Benoît Labre, gestionnaire du CHRS du même nom (80 places).
<i>Nom de la structure</i>	Résidence les Buissons, Maison Relais
<i>Statut juridique ou réglementaire</i>	Comme Les Maisons Relais, cette résidence s'inscrit dans le champ de l'habitat, avec un dispositif d'accompagnement. Leur ouverture n'est donc pas conditionnée à une autorisation du CROSS.
<i>Objectifs</i>	L'hypothèse d'une nouvelle résidence (d'abord appelée Maison intergénérationnelle) est née d'une interrogation sur les personnes qui restaient au CHRS Benoît Labre depuis longtemps, peu autonomes, et qui ne peuvent habiter seules dans leurs appartements.
<i>Evolution dans le temps et état d'avancement</i>	<p>Les premières démarches datent de 2002. La Résidence a ouvert ses portes en mai 2003.</p> <p>Un Comité de Pilotage du projet a été constitué dès 2002 (cf. pièces jointes).</p> <p>Le Conseil Général a donné son accord pour le soutien au démarrage d'une telle structure.</p> <p>Le projet a obtenu l'agrément pension de familles - maison relais en décembre 2003, malgré qu'en raison de la location privée, les résidents ne soient pas éligibles à l'APL.</p> <p>La Maison Relais est constituée de deux entités : la première maison a été occupée en juillet 2003, la seconde ensuite.</p>
<i>Partenariat local</i>	<p>Une telle structure constitue une offre complémentaire à celle du CHRS d'une part (où la prise en charge est plus lourde dans la perspective d'un processus d'insertion) et d'une structure de logement temporaire comme le Beaumont par ailleurs.</p> <p>L'adossement de la Maison Relais au CHRS est important. Ainsi, cette nouvelle structure bénéficie d'un partenariat déjà établi, tel qu'avec l'équipe mobile de psychiatrie du CHGR, et des compétences de professionnels du CHRS tel que l'infirmière.</p>
<i>Publics visés</i>	<p>Le public est composé d'hommes seuls, de 30 à 50 ans, sans projet professionnel immédiat, qui ont besoin "d'une présence féminine", qui n'assument pas leur quotidien (cuisine, entretien du logement), qui craignent la solitude, et qui ont peu d'occupation dans la journée.</p> <p>Certains d'entre eux ont pu être locataires d'un logement social et en être expulsés.</p> <p>Beaucoup de ces résidents sont bénéficiaires de l'AAH ou d'une pension d'invalidité.</p> <p>Les résidents sont donc tous des personnes connues des professionnels du</p>

	<p>CHRS. La Maison Relais est une solution de sortie du CHRS, mais le retour au CHRS est possible. Le but est aussi qu'il n'y ait pas de rupture dans la prise en charge.</p>
<b>Fonctionnement</b>	<p>Les opportunités immobilières (deux maisons du parc privé louées) font que les capacités sont de 7 et 5 logements.</p> <p>Les personnes ne sont pas locataires, mais hébergées dans le cadre de l'ALT (elles signent donc un contrat de séjour et non un bail de location) ; elles gèrent elles-mêmes leurs ressources, contrairement aux CHRS ; les personnes sont volontaires pour aller en Maison Relais.</p> <p>Un règlement de fonctionnement, un livret d'accueil, et un contrat de séjour, conformes à la loi de janvier 2002, ont été établis.</p> <p>Le personnel intervenant est constitué d'une CESF (conseillère en économie sociale et familiale), dont l'axe de travail est constitué autour d'une aide à la vie quotidienne. Mais les personnes doivent avoir envie de s'investir dans leur vie quotidienne, l'entretien de leur logement leur incombe (il n'y a pas de personnel de service), le professionnel est là pour superviser le planning des repas, des courses, etc. Une machine à laver est mise à disposition des résidents. Le temps de présence de l'intervenante est de 21 heures sur 4 jours.</p> <p>Un budget commun est établi, les courses sont à la charge d'une personne, accompagné de l'intervenante, les repas sont pris ensemble, sauf le déjeuner. La professionnelle est présente les soirs de la semaine.</p> <p>Toutes les semaines a lieu une réunion avec tous les résidents, qui est un moment de régulation.</p> <p>Depuis l'ouverture, deux résidents ont accédé à un logement social, le passage par la Maison Relais leur a permis un apprentissage de la cuisine et de l'entretien du logement.</p> <p>L'occupation de la seconde maison a été difficile : trois personnes y ont résidé, mais il manquait <i>"un usager leader pour constituer un groupe qui se tienne, qui va permettre que des relations amicales soient possibles entre les gens"</i>. Une personne <i>"a replongé dans l'alcool"</i> et a fait fuir les autres résidents.</p> <p>Il n'y a pas eu de problèmes de voisinage. Un élément du règlement de fonctionnement est que les résidents ne doivent pas donner l'adresse à l'extérieur, par crainte d'un regroupement de personnes sur les structures.</p>
<b>Budget</b>	<p>Le mode de financement du fonctionnement (8 Euros par jour par place occupée) conduirait à des structures de l'ordre de 30 personnes pour assurer les coûts de fonctionnement, avec notamment la présence d'un couple d'hôtes tel que le prévoit la circulaire de décembre 2002.</p> <p>Cependant, un tel nombre de résidents a été considéré comme trop grand, et le gestionnaire considère que 10 à 15 personnes sont un maximum.</p> <p>Les structures font partie du dispositif A.L.T. (aide au logement temporaire), les maisons étant conventionnées dans leur ensemble comme</p>

	<p>s'il s'agissait d'un T6.</p> <p>Dans son fonctionnement actuel, l'opération n'est pas équilibrée (avec le nombre d'occupants actuels sur une maison, la participation de l'Etat est donc de 35 à 40 Euros par jour, alors qu'en CHRS, elle est de 12 000 Euros par an et par place, soit 33 Euros par jour. L'association investit des fonds propres dans ce dispositif.</p> <p>Les résidants participent financièrement au fonctionnement à hauteur de 60 % de leurs ressources, avec un plafond de 400 Euros, correspondant au service des repas, au lavage du linge, à l'hébergement, la fourniture de draps.</p> <p>Les coûts de fonctionnement sont liés à la présence minimale de la CESF de 21 heures par semaine sur les deux maisons, l'idéal étant un emploi du temps partagé par deux personnes avec deux temps partiel, de qui suppose l'existence d'autres structures de logements. Sur la base des 35 heures / semaine, les coûts salariaux sont estimés à 36 000 Euros par semaine.</p> <p>Au démarrage, le projet a bénéficié :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- d'aide de la Fondation de France permettant l'achat de matériel et mobilier;</li> <li>- d'une participation financière du Conseil Général sur la ligne insertion – logement (5 000 Euros sur 2003 et 2004 au titre du démarrage).</li> </ul>
<b>Autres observations</b>	<p>La Maison Relais est bien un nouveau dispositif pour des publics qui passent auparavant au CHRS, et qui ne peuvent avoir accès directement à un logement autonome. Chaque année résident au CHRS B. Labre, environ 600 personnes, dont 150 en hébergement un peu plus long. C'est parmi ce dernier public que se trouvent les résidants potentiels de la Maison Relais.</p> <p>Mais la difficulté à constituer un groupe cohérent de résidants pour la seconde maison de la Résidence conduit le directeur à penser à un recrutement plus large en lien avec d'autres structures de Rennes, telles que le Beaumont.</p>

**Source : communication de M. Marcillat et de Mme Patron lors de la réunion, avec une vérification de certains points dans les documents transmis.**

## LE PROJET DE MAISON RELAIS DE LA "NOUVELLE BETHEL" SUR FOUGERES

<b>Porteur du projet et coordonnées</b>	Association La Nouvelle Bethel (Livré sur Changeon), gestionnaire d'un CHRS et de logements éclatés en sous- location (14 logements, dont quelques-uns sur Rennes).
<b>Nom de la structure envisagée</b>	Maison Relais sur la ville de Fougères
<b>Objectifs</b>	<p>Création d'une Maison Relais de 20 à 25 places dans un bâtiment neuf.</p> <p>Implantation souhaitée : dans un site urbain ou péri – urbain pour faciliter l'accès aux services.</p> <p>L'association s'appuie sur son expérience de gestion d'un pavillon avec 4 chambres depuis 2001.</p> <p>Par rapport aux quatre types de structures définies dans le Schéma départemental d'hébergement (l'urgence, le CHRS, l'accompagnement dans le logement, et le logement), elle situe son projet sur ce dernier plan, celui du logement.</p> <p>Dans la mesure où une association (PEAA) assure déjà sur Fougères des mesures d'ASLL, le projet de Maison Relais s'adresse à des publics autres, qui n'ont pas leur logement ; c'est pourquoi également le projet porte sur une résidence collective.</p>
<b>Statut juridique ou réglementaire</b>	La Maison Relais constitue une "Résidence sociale" où les résidents sont locataires de leurs logements, perçoivent l'APL "Résidence sociale", et leurs autres ressources.
<b>Evolution dans le temps et état d'avancement</b>	<p>Constitution d'un comité de Pilotage autour du projet, initialement porté par le service du secteur CGO4 du CHGR en 2003. L'association la Nouvelle Bethel s'est portée candidate à la gestion de cette structure en septembre 2003.</p> <p>Des réunions ont eu lieu sur ce projet à la sous- préfecture, animées par le sous – préfet, président de la CLH.</p> <p>Le projet a été présenté à l'ensemble des élus du Pays de Fougères, ainsi qu'au maire de Fougères. L'association a l'intention de solliciter prochainement l'Office HLM de Fougères et d'autres organismes HLM éventuellement pour la construction d'une telle structure avec du PLAI, dans la mesure où elle se positionne uniquement sur la gestion.</p>
<b>Publics visés</b>	<p>Accueil de deux types de publics :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- des personnes avec des difficultés de socialisation, insuffisamment autonomes pour vivre seules dans un logement personnel, même avec un accompagnement social, mais ne nécessitant pas non plus une prise en charge permanente en institution ;</li> <li>- des personnes ayant bénéficié de soins en psychiatrie, stabilisées mais fragiles socialement, dont le suivi médical ou psychologique est impossible</li> </ul>

	<p>sans une action au travers d'un logement (actuellement ces personnes sont considérées comme "errantes" ou hébergées sur la ville de Fougères).</p> <p>Le point commun à ces deux publics est défini comme "en difficulté d'adaptation" à l'environnement social. Ce public serait mixte (homme / femme) et la structure pourrait accueillir des ménages avec enfants. Les logements auraient une fonction de logements provisoires.</p> <p>Par ailleurs, il n'est pas exclu que certaines personnes résidentes dans cette Maison Relais soient accompagnées par d'autres professionnels dans le cadre de mesures d'ASLL par exemple.</p>
<b>Fonctionnement envisagé</b>	<p>Les 20 à 25 places seront regroupées ou proches, situées dans un même bâtiment. Les logements seront loués vides.</p> <p>Le fonctionnement sera assuré par un couple d'hôtes ayant obligation de résider sur place, mais dont le profil n'est pas encore arrêté. Avec le seul financement de l'Etat, il aurait un statut de concierge, avec d'autres financements il pourrait avoir d'autres compétences et un autre statut.</p> <p>La Maison Relais disposera d'espaces communs ou collectifs qui ne sont pas définis aujourd'hui, à disposition des résidents à la carte.</p> <p>Le CHGR est partie prenante du projet et sera présent dans la commission d'admission d'une part, pourra intervenir auprès de certains résidents ou en soutien au personnel et autres intervenants d'autre part. Les modalités de cette participation ne sont pas encore arrêtées.</p>
<b>Budget et faisabilité</b>	<p>Un budget de fonctionnement a été estimé par l'association. Nous n'en avons pas aujourd'hui connaissance.</p>
<b>Analyse globale de l'évolution du projet</b>	<p>La perspective actuelle étant de réaliser une telle structure de logements groupés dans un bâtiment neuf, elle ne pourra pas voir le jour avant 3 ans environs, en raison des délais nécessaires au choix foncier, aux études urbaines, architecturale, techniques, aux délais du chantier...</p>
<b>Autres observations</b>	<p>Le point fort de ce projet est qu'il est issu d'un partenariat entre différentes structures et institutions, dont le CHGR, le CDAS, les associations tutélaires, etc.</p> <p>Le point le plus délicat nous paraît être le nombre de résidents envisagé en rapport avec le personnel présent :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- d'une part, le nombre de résidents a été déterminé en fonction de la participation de l'Etat (8 Euros par jour et par personne). Au regard de l'expérience de la Maison Relais de Benoît Labre (7 et 5 logements), et du fonctionnement de plusieurs 'Pensions de famille' en France, le nombre de 20 à 25 se situe dans une fourchette très haute, qui comporte de grands risques de difficultés de cohabitation ou de crises qui peuvent rendre la structure ingérable ;</li> <li>- d'autre part, le statut de l'hôte, qui aura une obligation de résider sur place serait celui de concierge. Cela veut dire qu'il risque de ne pas avoir de compétences professionnelles dans le domaine social.</li> </ul> <p>Certes, les circulaires prévoient que l'accompagnement social soit fait par</p>

	<p>des intervenants sociaux extérieurs, et que l'hôte a essentiellement une fonction d'animation de la vie collective et de lien avec l'environnement. Il n'empêche qu'avec le nombre de résidents envisagés, la vie collective sera déterminante.</p> <p>Le grand nombre de résidents prévu et la faible capacité d'encadrement et de présence de professionnels compétents sont – ils des éléments compatibles ?</p>
<i>Autres remarques</i>	L'association la Nouvelle Bethel est également à la recherche d'un immeuble sur la Ville de Rennes ou dans ses environs en vue d'y réaliser une Maison Relais.

*Source : communication de M. Le Bouété, du CHGR lors de la réunion.*

**LE PROJET DE SAVA (Service d'accompagnement à la vie active de personnes souffrant de troubles psychiques)**

<i>Porteur du projet et coordonnées</i>	Association <b>Itinéraires Bis</b> , association créée en 2000 pour ce projet. Siège social sur la commune de Pacé.
<i>Nom de la structure</i>	<b>SAVA, service d'accompagnement à la vie active de personnes souffrant de troubles psychiques</b>
<i>Statut juridique ou réglementaire</i>	Le projet s'inscrit dans le dispositif SAVS (services d'accompagnement à la vie sociale), dont les professionnels sont le plus souvent rattachés à une structure de type Foyer d'Hébergement de personnes handicapées, notamment de celles travaillant en CAT.  Les SAVS n'ont pas aujourd'hui de base réglementaire. Ils sont financés par les Conseils Généraux.
<i>Objectifs</i>	Le projet consiste à créer un service d'aide de personnes avec un handicap psychique, sur deux volets  <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'aide à l'insertion sociale par l'habitat</li> <li>- et l'aide à l'insertion professionnelle.</li> </ul> Cette démarche se veut citoyenne, elle vise à favoriser l'accès aux droits communs (statut de locataire, accompagnement à l'ANPE, etc.)
<i>Evolution dans le temps et état d'avancement</i>	Constitution de l'association en décembre 2000.  Le projet a été présenté à de multiples partenaires potentiels et à aux institutions suivantes : la DDASS, la DAS 35, la commune de Pacé, Espacil habitat, Rennes Métropole, etc.  Il a bénéficié d'un financement de Rennes Métropole, de l'AGEFIPH (association nationale pour la gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des handicapés), d'EDF et de la DDT (direction départementale du travail) pour la réalisation d'une étude de faisabilité.  La présentation de ce projet n'a donné lieu jusqu'à présent à aucun engagement institutionnel.
<i>Partenariat local</i>	L'insertion professionnelle constitue un maillon faible des dispositifs d'aide pour les personnes avec des troubles psychiques. Ainsi, après un séjour au foyer de post-cure pour malades mentaux la Thébaudais, 50 % des publics sortants n'ont pas de projet professionnel.  L'association situe son action en complémentarité des services existants, tel que ADAPT, qui effectue des évaluations et bilans professionnels mais sans accompagnement sur les projets ensuite.
<i>Publics visés</i>	Les personnes avec des troubles psychiques. Selon l'étude réalisée, début 2003, 96 sont identifiées par la COTOREP d'Ille-et-Vilaine avec ce profil et sans solution aujourd'hui.

	<p>Le projet vise à accompagner 25 personnes qui devront :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- "avoir une reconnaissance travailleur handicapé par la Cotorep, une demande en cours ou la volonté de faire la démarche</li> <li>- poursuivre une démarche thérapeutique</li> <li>- ne pas présenter de déficience intellectuelle</li> <li>- être dans une démarche volontariste."</li> </ul> <p>Certaines personnes identifiées sont souvent aujourd'hui au domicile de leurs parents, solutions qui ne pourront perdurer en raison de leur âge.</p>
<b>Fonctionnement</b>	<p>A l'origine, l'association souhaitait créer un Centre d'habitat, c'est-à-dire un hébergement pour 19 personnes, et un service d'accompagnement à la vie professionnelle. Faute de financement, elle se situe maintenant exclusivement dans la perspective de créer un service d'accompagnement social et professionnel pour des résidents dans des logements ordinaires et d'accompagnement professionnel.</p> <p>L'équipe constituée de 6 ETP comprendra :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- un directeur</li> <li>- 0,5 secrétaire comptable</li> <li>- 0,5 psychologue</li> <li>- 2 éducateurs spécialisés</li> <li>- 1 CESF</li> <li>- 1 DUPITH (diplôme universitaire sur l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés)</li> </ul> <p>Les missions du SAVA seront : soutien et aide dans les domaines administratif, habitat, vie quotidienne, santé, soutien psychologique, insertion professionnelle...Le service serait ouvert 365 jours par an, avec des astreintes nocturnes (contrairement aux SAVS actuels).</p> <p>Les professionnels du SAVA constitueront progressivement le panel des 25 studios ou appartements sur Rennes Métropole, ainsi que le réseau d'employeurs susceptibles d'être des partenaires.</p>
<b>Budget</b>	<p>Le projet de budget déposé au Conseil Général pour 2004 est de 415 800 Euros, pour le financement d'une équipe de 7 ETP – équivalent Temps Plein.</p>
<b>Autres observations</b>	<p>Comme pour les Familles Gouvernantes, la clef d'entrée est ici constituée des personnes reconnues "handicapées" pour des troubles psychiques ou susceptibles de l'être, ce qui constitue un plus dans une offre insuffisante.</p> <p>Plusieurs questions peuvent cependant être posées sur ce projet :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les conditions d'admission et la forte orientation vers l'insertion professionnelle n'auront-elle pas pour conséquences de laisser de côté les personnes les plus fragiles, et ce d'autant plus qu'une forte incitation sur le plan professionnel peut avoir pour conséquences une recrudescence des troubles mentaux (cf. dans ce document la fiche sur le CHRS Robelin de Lorient) ?</li> <li>- l'orientation vers un service d'accompagnement à domicile sans résidence est faite à défaut de possibilités de construction (enjeux fonciers, financement de la construction). Mais comment concilier,</li> </ul>

	<p>l'accompagnement au quotidien à domicile de 25 personnes ?  Ainsi comment les professionnels sous astreintes peuvent intervenir en cas de problème dans plusieurs logements dispersés sur plusieurs communes situées à l'Ouest de l'agglomération ?  Comment lutter contre l'isolement des personnes le soir dans leur logement individuel ? (Ne devait-on pas s'inspirer du principe des "Familles gouvernantes" avec des logements dans un même quartier ?)</p> <p>Il est certain qu'avec un Centre d'habitat, un hébergement collectif associé à un service d'accompagnement à domicile, le public accueilli aurait pu être plus en difficulté.</p> <p>Enfin un tel projet pourrait sans doute s'insérer dans les profils de services que la promulgation du décret sur les SAMSAH devrait permettre de créer.</p>
--	--

*Source : communication de M. German et Le Goff, de l'association Itinéraires Bis, lors de l'audition et documents transmis.*

### III – ANALYSE TRANSVERSALE

Cette partie est organisée selon quatre rubriques :

- dans un premier temps nous examinons les données recueillies auprès des personnes rencontrées à propos des publics concernés par cette question, données qualitatives ou données quantitatives
- dans un second temps, nous analysons les dispositifs "ordinaires" d'intervention et les adaptations des pratiques professionnelles et des équipes pour répondre aux nouvelles questions posées
- dans une troisième rubrique, nous analysons les dispositifs de partenariat organisé mis en place
- enfin le dernier développement est consacré à l'analyse territoriale, aux conditions d'émergence et de fonctionnement des professionnels en réseaux ; c'est dans cette partie que nous cherchons également à comprendre les facteurs qui peuvent peser la pérennisation de ce type de dispositif.

#### A- LES PUBLICS

La question principale à traiter dans cette partie nous semble relative à la description de la réalité actuelle. Observe-t-on une réalité nouvelle ? quelles sont les catégories utilisées par ces acteurs pour décrire cette réalité ? dispose-t-on de données (quantitatives ou qualitatives) à ce sujet ? A partir des données recueillies nous pouvons apporter quelques réponses.

Préalablement il nous faut rappeler que la notion de "troubles du comportement" renvoie à la question de l'hétérogénéité des modes de vie dans les ensembles d'habitation, hétérogénéité sans doute plus grande dans certains groupes aujourd'hui qu'il y a 20 ou 30 ans, ces phénomènes étant liés également à la paupérisation de franges importantes de certaines populations et de certains quartiers.

Pour intervenir sur cette réalité, les pouvoirs publics ont mis en place divers dispositifs dans le passé tels que les cités d'urgence, les cités de transit (à partir de 1971), des procédures antérieures comme les "Contrats Familiales", la production d'habitat adapté (au travers des PLAI – prêt locatif aidé d'insertion), ou les mesures d'ASLL (accompagnement social lié au logement), ainsi que diverses actions dans le cadre des Politiques de la Ville.

Aux yeux des acteurs professionnels rencontrés, la notion de "troubles du comportement" n'est guère une notion de référence, elle n'est pas toujours utilisée, elle apparaît donc éminemment relative. Les principales catégories (relatives à des publics, des situations ou des problématiques) utilisées par les interlocuteurs rencontrés sont les suivantes :

- **des troubles de voisinage identifiés et décrits en termes sociaux, qui touchent à l'incompatibilité des modes de vie des personnes**, c'est-à-dire au non-respect des règles de bon voisinage, telles qu'écrites dans les règlements d'habitation, ou aux règles tacites de civilités. Les professionnels parlent alors de bruits qui dépassent les limites ordinaires et parfois d'intolérance croissante du voisinage ;
- **la problématique de l'alcoolisme**, qu'il s'agisse d'une consommation individuelle ou qu'il soit plus festif ou collectif ; à cette question s'ajoutent de plus en plus souvent diverses formes de **toxicomanies** ;

- **les processus de dégradation – déchéance chez des personnes qui n'entretiennent pas leurs logements**, le laisser – faire pouvant se traduire par des problèmes de malnutrition, d'hygiène ou d'insalubrité, comportements qui peuvent avoir des conséquences sur le voisinage et sur la santé des occupants du logement, pouvant conduire à des interventions extérieures pour le nettoyage et l'évacuation des déchets ;
- **la désocialisation ou la réduction des liens sociaux** : les personnes vivent de manière recluse, dans l'isolement, souvent sans demande auprès des professionnels des services et institutions. Sont mentionnées parmi elles, des personnes avec un "handicap psychique" en même temps que des difficultés sur le plan social ; ainsi que des personnes présentes dans certains dispositifs depuis assez longtemps, et sans projet et dont la construction d'un projet est très difficile ou problématique ;
- **le public "jeune" désigne souvent de jeunes adultes, plus ou moins en errance**, sans liens familiaux, sans logements personnels officiels, mais qui peuvent vivre dans des logements ou autres lieux "squattés" ou être hébergés ponctuellement par les occupants en titre de logements ordinaires ;
- **les personnes avec des pathologies mentales**, qui ont été prises en charge de façon ponctuelle ou plus longue en psychiatrie, mais qui aussi parfois refusent ce type de soins de façon ponctuelle ou pérenne.

Bien entendu, ces catégories ne sont pas exclusives l'une de l'autre, et dans certaines situations, il y a cumul de difficultés, l'ensemble de ces thématiques étant en général liées à des difficultés sur le plan social, de l'insertion, de santé, etc. Il s'agit là des catégories ordinaires de référence des professionnels, qui combinent plusieurs dimensions :

- **des éléments relatifs aux caractéristiques des personnes : données sociales, lieu de résidence, environnement, type d'habitat, etc.**
- **des éléments relatifs à leurs problématiques,**
- **des éléments relatifs au dispositif d'accompagnement ou de prise en charge.**

**D'une manière générale, tous les interlocuteurs mentionnent un accroissement des situations difficiles pour lesquelles les travailleurs sociaux, les responsables administratifs et les élus sont interpellés. Les données quantitatives indiquées à l'appui de ces avis sont :**

- la réduction du nombre de lits et places en psychiatrie
- l'augmentation importante du nombre de majeurs protégés
- les saisines de l'Etat sur des situations particulières par des élus, des citoyens, des associations, des institutions, notamment dans le cas de lancement de procédures d'expulsions du logement.

Les dispositifs d'observation restent cependant lacunaires sur ce plan, ce que l'on peut imputer, il nous semble, à un déficit méthodologique (réflexion sur les catégories utilisées par les équipes de différents champs professionnels et sur les outils techniques nécessaires), et des raisons déontologiques (effet réducteur et stigmatisant de la catégorisation).

On observe cependant une tendance à formaliser l'observation, chez certains organismes HLM notamment, aboutissant à un classement des divers types de "troubles de voisinage" selon leur gravité, leur fréquence, leur mode de traitement et leur logique propre. Sur ce plan, il nous paraît significatif de lire dans la grille d'évaluation d'un organisme HLM (Brest) les mentions suivantes : *"Des difficultés sous-jacentes (d'ordre psychologique par exemple) nous démontrent que l'expulsion n'est pas la solution"*. Et plus loin : *"Dans ce cas de figure, le ménage à l'origine des troubles souffre de graves problèmes psychologiques ou psychiatriques relativisant sa responsabilité"*.

## **B- LES DISPOSITIFS ORDINAIRES D'INTERVENTION**

Nous ne pouvons traiter ici des pratiques de tous les champs professionnels de tous les sites visités. Nous voulons seulement attirer l'attention sur quelques tendances observées.

L'ensemble des dispositifs d'intervention existants, qui sont des dispositifs d'accompagnement et d'aides aux personnes en difficulté, sont par définition des formes de prévention des "troubles du comportement" dans l'habitat. Ce que notre enquête révèle c'est que les équipes s'organisent, en interne, pour mieux répondre à des problématiques nouvelles, ou que des actions nouvelles, spécifiques à un champ professionnel et référées à un public cible bien identifié, sont mises en œuvre par ces professionnels. On peut citer sur ce plan :

- la mise en place par différents organismes HLM d'agents de médiation sur des quartiers, chargés d'intervenir à un premier niveau, sur le repérage des situations les plus difficiles, l'aide aux personnes en difficulté rencontrées et la négociation éventuelle entre les parties en présence ;
- la sollicitation directe par des intervenants sociaux de l'intervention des professionnels des services d'une autre institution. On pense au déclenchement de la procédure d'HDT (hospitalisation à la demande d'un tiers) par des professionnels d'organismes HLM (cf. Brest) ou par d'autres intervenants sociaux (cf. Rennes), le nombre d'HDT étant nationalement et localement en forte croissance au cours des dernières années ;
- la production d'un nouvel habitat pour ces publics : il s'agit de ce que les organismes HLM désignent sous le terme "**d'habitat adapté**" produit en construction neuve (cf. Quimper) ou en acquisition – réhabilitation (cas de l'agglomération de Rennes). Des logements produits dans le cas de PST (Programmes sociaux thématiques), comme sur Brest peuvent servir également pour ces publics. Une partie du parc important parc HLM communal des Côtes d'Armor (1 800 logements) peut aussi avoir cette fonction, mais les données font défaut sur ce plan. Bien entendu, la réalisation de ce type d'habitat (où sont logés des ménages dont la vie dans le parc ordinaire est difficile) nécessite une collaboration inter – institutionnelle, et peuvent donner lieu à des mesures d'accompagnement social, mais nous la mentionnons ici dans la mesure où la production et la gestion du parc sont du ressort seul des organismes HLM ou des collectivités locales ;
- l'évolution des pratiques professionnelles au travers de la formation des personnels : ainsi nous avons observé en psychiatrie (cf. fiche Plouguernevel) la formation d'une équipe de TISF pour le suivi à domicile après hospitalisation ; nous avons mentionné la formation de personnel de CCAS (Pontivy) à l'accueil de public en difficulté et aux situations d'agressivité ; il y a aussi le cas de la formation d'une partie des intervenants à domicile d'un service personnes âgées d'un CCAS (Lorient) à l'intervention auprès des personnes avec des troubles psychiques ;
- enfin, les équipes de professionnels sont amenées à faire appel à de nouvelles compétences : recrutement d'un AMP dans un service d'aide à domicile (et d'un homme dans un autre service), prestations de psychologues ou d'infirmières dans tel ou tel CHRS (Lorient, Guingamp), ou également présence dans le service social d'un organisme HLM d'un chargé d'étude avec une formation de psychologue.

Il s'agit donc là d'indicateurs d'une évolution et d'une adaptation des services, des pratiques au sein des institutions.

## **C- L'ORGANISATION DE NOUVEAUX DISPOSITIFS DE PARTENARIAT**

C'est cette dimension qui apparaît, à notre sens, la plus novatrice. Certes, les professionnels des divers champs concernés travaillent toujours et depuis longtemps de concert avec d'autres services et institutions. De nombreuses interventions sociales nécessitent au quotidien une articulation et une collaboration entre acteurs sociaux. Mais le lien entre les professionnels repose le plus souvent sur des collaborations informelles, en raison surtout des missions propres de chaque service et institutions.

**Ce que révèle cette enquête, c'est le dépassement de ces relations de travail informelles et irrégulières et la construction progressive de relations de travail plus organisées et durables, et non pas dans des relations institutionnelles uniquement, mais dans le service à des usagers, dans l'accompagnement direct des personnes en difficultés.** Ce constat se réfère aux observations suivantes :

- la mise en œuvre de mesures ASLL qui sont par définition des démarches qui croisent les dimensions habitat / gestion budgétaire / insertion sociale / travail sur la santé (cf. fiche Brest et St Briec), et l'évolution de ces mesures sur le Finistère (mesure plus longue), leur spécificité sur St Briec (pour des personnes avec une maladie mentale ou des troubles psychiques), ainsi que sur Rennes (mesures intensives par une équipe pluri – professionnelles : Alfadi)
- la collaboration régulière entre professionnels de CHRS et de la psychiatrie pour l'accompagnement de personnes qui passent du temps tantôt dans une structure, tantôt dans l'autre (cf. Guingamp, Lannion, Lorient)
- le partenariat entre un CHS, des communes et l'Etat, et éventuellement des organismes HLM pour la réhabilitation et la gestion de logements locatifs sociaux occupés par d'anciens patients de la psychiatrie. Plusieurs actions décrites se rapportent à ce cadre : CHS Bégard, EPSM St Ave, Familles gouvernantes (Lorient), tandis que des réflexions en cours peuvent déboucher sur ce type de dispositif (Rennes) ;
- l'articulation des interventions techniques et des interventions sociales (et éventuellement sanitaires), dans le cadre de la prévention de l'insalubrité, au travers d'une collaboration entre services Hygiène et Santé des villes et de divers services sociaux ;
- la création d'instances de travail régulières entre professionnels de plusieurs services et institutions, non pas pour articuler d'une manière générale leurs interventions, mais pour s'interroger mutuellement sur la compréhension des problématiques des personnes, pour rechercher de nouvelles pistes de travail et pour organiser éventuellement le cadre quotidien des interventions des divers professionnels. Cette concertation entre professionnels peut conduire en effet à la coordination des différentes interventions, constituant une sorte de veille ou de réseau de vigilance autour d'une même situation.

Ce type de dispositif diffère donc des traditionnelles réunions de synthèse, qui peuvent ponctuellement assurer telle ou telle des fonctions précédentes, mais qui ont pour fondement une logique institutionnelle propre : il en est ainsi des CAE (commission d'aide à l'évaluation) et CA.D. (commission d'aide à la décision) organisées au sein des CDAS d'Ille et Vilaine. Les instances de travail que nous évoquons cherchent à dépasser telle logique institutionnelle propre pour les situations les plus complexes, qui remettent en cause et dépassent le cadre des missions de tel service et de tel professionnel.

Ce type d'instances existe sur le secteur rural d'Ille et Vilaine<sup>8</sup>, il est en gestation sur deux secteurs et quartiers de Rennes Métropole (cf. fiche Rennes), tandis qu'il peut être considéré comme en recherche ou expérimentation sur des villes telles que Brest, Quimper, Pontivy, Lannion ou Guingamp.

Au travers de cette analyse des formes de partenariat, nous débouchons sur la notion de territoire.

#### **D- TERRITOIRES ET RESEAUX**

Si l'on reprend chacun des points présentés dans les deux parties précédentes (point B : évolution des dispositifs ordinaires ; point C- Partenariat, ci - dessus)<sup>9</sup>, il serait théoriquement possible de classer les sites et territoires observés selon la présence ou non de tel ou tel dispositif d'accompagnement, ou d'hébergement ou de partenariat. Cependant une telle lecture territoriale devrait reposer sur des données plus complètes, alors que l'exhaustivité était impossible dans le cadre de ce travail. Pour éviter les risques d'erreurs, il nous faut donc renoncer à une telle lecture globale et comparative des territoires.

**La lecture territoriale n'en constitue pas moins une clef d'entrée décisive. En effet, c'est à l'échelle des territoires de Pays, d'agglomérations ou de Communautés de communes, ainsi qu'à celles des quartiers dans les grandes villes, que le partenariat se construit, que les intervenants se rencontrent, que des solutions concrètes sont mises en œuvre par les professionnels.**

Notre étude met bien en évidence cette logique territoriale : ainsi sur des territoires ruraux ou sur des petites villes (Pontivy, Le Faouët, Lannion, Guingamp), on voit que **la coordination informelle** des professionnels est plus facile (ce qui rend peut-être moins nécessaire aux yeux des acteurs la coordination plus formelle), tandis que sur des agglomérations et territoires plus grands, elle prend la forme d'un dispositif institutionnel plus conséquent (Brest, Rennes). **Mais au-delà de ce constat général, on peut dire que l'on assiste aujourd'hui à la mise en place progressive d'une nouvelle configuration de la place des professionnels des divers champs sur les territoires.**

Ce paysage nouveau se met en place progressivement, à notre avis, sous l'effet des impulsions par l'Etat de dispositifs nationaux (tels que la mise en œuvre locale du PRAPS) et des initiatives prises par des services locaux de collectivités locales. Le tableau ci-dessous rappelle l'organisation territoriale de certains dispositifs et est donc une photographie de cette situation (décrite seulement à partir du prisme des actions observées, et par conséquent sous réserves des résultats d'autres investigations).

Département des Côtes d'Armor	<ul style="list-style-type: none"> <li>- déclinaison locale du PRAPS, à l'échelle des Pays</li> <li>- réunions d'arrondissement pour les ménages en difficulté de logement dans le cadre du PDALPD (deux par an, à partir de 2004)</li> <li>- existence de Points Santé du département avec infirmières et psychologues</li> </ul>
-------------------------------	--

<sup>8</sup> Dispositif Rampes et Rem'aides de Janzé et Bain de Bretagne, hors du champ de notre intervention, que nous avons cependant visité dans le cadre de la première étude APRAS en fin 2003. Cf. en annexe notre note produite dans le cadre de la démarche sur l'agglomération de Rennes

<sup>9</sup> p. 81 à 83

Département du Finistère	<ul style="list-style-type: none"> <li>- fonctionnement des CLLE (commissions locales de lutte contre l'exclusion) à l'échelle des circonscriptions, à partir de 2004</li> <li>- mise en place des CPLCE (commissions de Pays de LCE) à l'échelle des Pays, en 2004</li> <li>- projet de formation inter – institutionnelle à l'échelle des territoires sur ces problématiques</li> </ul>
--------------------------	---

Département du Morbihan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- fonctionnement des groupes locaux PRAPS, à l'échelle des Pays, avec des actions sur "la souffrance psychique". Constitution progressive de réseaux locaux de professionnels, ou réseaux médico- sociaux</li> <li>- formation de professionnels sur ces questions (notamment en CCAS)</li> </ul>
-------------------------	--

Département d'Ille et Vilaine	<ul style="list-style-type: none"> <li>- depuis plusieurs années, articulation territoriale des dispositifs d'interventions des CDAS, du PDLPD et du RMI, dans le cadre des CLI et des CLH (commission locale de l'habitat) et sur l'agglomération de Rennes des CDAS et des quartiers ;</li> <li>- réflexion en cours sur des hypothèses d'harmonisation de certains découpages territoriaux (secteurs de psychiatrie / Pays ou quartiers de Rennes) dans le cadre de la démarche APRAS et en interne au CHGR ;</li> </ul>
-------------------------------	---

Au travers de nos observations nous constatons sur les territoires (qui peuvent être à des échelles variables) une organisation des professionnels selon trois niveaux ou cercles :

- **le premier cercle large de tous les professionnels et acteurs sociaux présents sur tel territoire** ; c'est l'ensemble de ces acteurs qui peuvent participer à une réflexion générale ou thématique sur des questions touchant à telle ou telle problématique, au travers notamment de journées de formation, de semaine d'information, etc. **Ce cercle peut correspondre à un territoire de projet tel que le Pays.**
- **le second cercle est constitué de tous les professionnels travaillant régulièrement en réseau informel**, et participant **ponctuellement** à une instance d'analyses de situations en vue de confronter les approches, d'interroger les limites des interventions cloisonnées et de rechercher éventuellement des dispositifs d'interventions plus adaptées.
- **le troisième cercle restreint (qui n'existe pas sur tous les territoires) est constitué des membres permanents composant une instance d'analyse de situations**, membres permanents qui doivent représenter les principales institutions des territoires. **Ce cercle correspond à un territoire d'action, tel que la Communauté de communes sur un secteur rural, le quartier sur une grande agglomération urbaine.**





## **IV- CONCLUSION ET PISTES DE TRAVAIL**

Les pistes de travail que nous pouvons esquisser maintenant découlent naturellement de ce que nous avons appris au cours de cette étude et des limites de ce travail. Trois logiques peuvent en effet être développées pour approfondir les questions travaillées :

- A- **une logique territoriale** : il s'agit d'aller observer sur d'autres territoires que ceux observés ce qui se passe sur ces questions ; et la diversité et richesse de nos observations sur quelques territoires dans le cadre de cette mission nous font penser que la future moisson peut être également abondante ;
- B- **une logique thématique** : il s'agit de creuser, d'analyser de manière plus approfondie, et d'évaluer qualitativement tel ou tel dispositif ou axe de travail observé. Tous les axes mentionnés dans l'analyse transversale peuvent donner lieu à ce type d'approfondissement. Nous en rappelons les principaux :

- ***la question de l'observation des publics*** : analyse des problématiques des personnes, des représentations relatives aux diverses catégories de publics, et réflexion sur les méthodologies utilisées ;

Sur ce point, une réflexion serait à mener sur la place si importante de **l'alcoolisme** dans les quatre départements bretons, sur les formes qu'il prend dans tel ou tel type de logement ou d'hébergement, sur les pratiques actuelles des professionnels devant ces situations.

**De même, alors que le projet individuel devient si prégnant dans les pratiques sociales, il serait intéressant d'analyser comment les professionnels travaillent avec les personnes, de plus en plus nombreuses selon leurs dires, qui n'entrent pas dans cette logique de projet, qui ne demandent rien ou qui contournent ou évitent même les dispositifs qui leur demandent de se positionner selon ce modèle.**

- ***sur les dispositifs d'accompagnement***. Les dispositifs suivants peuvent donner lieu, chacun, à une analyse et une évaluation approfondies :
  - les dispositifs de médiation mis en place au sein des organismes HLM
  - l'évolution des pratiques d'accompagnement social lié au logement, ainsi que l'évolution des pratiques des services de tutelle
  - l'intervention des aides à domicile (des CCAS et des associations) pour les publics de moins de 65 ans, avec ou sans reconnaissance "Handicapés"
  - la mise en place de coordinations entre professionnels intervenants à domicile autour de certaines situations
  - l'évolution de la pratique des réunions de synthèse intersectorielle et interprofessionnelle et le fonctionnement des instances permanentes d'analyse des situations les plus complexes ;
  - les actions de formation des travailleurs sociaux aux problématiques des maladies mentales et les groupes d'analyse de pratique sur ces questions
  - les modalités de mise en oeuvre des mesures de prévention et de traitement des situations d'insalubrité pour des motifs sociaux et / des troubles psychiques par les services Hygiène et Santé des villes, en lien les organismes HLM et les intervenants sociaux



## **ANNEXES :**

- 1- Index des sigles
- 2- Les dispositifs RAMPES ET REM'AIDES
- 3- L'Echo des Forums de l'APRAS n° 3 (novembre 2003)



## **ANNEXE 1 : Index des principaux sigles**

- ADIL : agence départementale pour l'information sur le logement
- ACTP : allocation compensatrice pour tierce personne
- ASLL : accompagnement social lié au logement
- ANAH : agence nationale d'amélioration de l'habitat
- ALT : aide au logement temporaire
- CLIC : comité local d'information et de coordination (en gérontologie)
- CHGR : centre hospitalier Guillaume Régnier
- DIHAP : dispositif d'insertion par l'habitat avec accompagnement de proximité
- OPAC : office public d'aménagement et de construction
- PDALPD : plan départemental pour l'accès au logement des personnes en difficulté
- PST : plan social thématique
- FOFV : foyer occupationnel – foyer de vie
- FAM : foyer d'accueil médicalisé
- PLAI : prêt locatif aidé d'intégration
- PLATS, prêt locatif aidé très sociaux
- EPSM : établissement public de santé mentale
- HDT : hospitalisation à la demande d'un tiers
- SAMSAH : service d'accompagnement médico-social pour personnes adultes handicapées











**ANNEXE 3 : L'ECHO DE L'APRAS N° 4**