



RESEAU PARTENARIAL EN SANTE MENTALE « 1^{er} ARRONDISSEMENT DE MARSEILLE »

DOCUMENT DE REFERENCE

Groupe de travail

Animation : Vincent Baudot, Gres médiation santé

SEPTEMBRE 2008

5 rue Matabiau 31000 Toulouse
Tél : 05 61 63 10 69
Fax : 05 61 99 16 21
Email : secretariat@gresmediationsante.com
SARL au capital de 20 000 Eur.
SIREN : 391 877 545 00015
RCS Toulouse : 391 877 545

L'ORIGINE DU RESEAU

DES DIFFICULTES DE GESTION ET DE PRISE EN CHARGE DES SITUATIONS LIEES A UN PROBLEME DE SANTE MENTALE

La Ville de Marseille, et plus particulièrement sa Direction de la santé publique (Dsp), a engagé depuis plus de deux ans une réflexion et une démarche sur la problématique «Villes et Santé Mentale» (cf annexe 1 : article de Françoise Gaunet-Escarras, adjointe au maire de Marseille, et de Mylène Frappas, chargée de mission à la Dsp dans la revue Rhizome, bulletin national santé mentale et précarité : *Elus des villes et santé mentale* – n°24, octobre 2006).

A l'origine de ce travail, nous trouvons **les difficultés de gestion et de prise en charge de situations liées à un problème de santé mentale rencontrées par les techniciens de la ville lors de leurs interventions sur des problèmes d'hygiène ou de nuisances dans l'habitat.**

De nombreux professionnels de la Ville ou intervenant dans l'espace urbain ont été rencontrés à ce sujet ; tous reconnaissent en effet que leurs actions sont limitées par l'absence de coordination entre les différents services de soins et avec les professionnels confrontés à la gestion de ces situations difficiles. Tous semblent convenir de la nécessité de développer une démarche commune afin :

- d'optimiser la capacité des techniciens à repérer et appréhender les situations liées à un problème de santé mentale et à gérer au mieux le vis à vis, voire la relation, avec une personne qui souffre de troubles psychiques ;
- d'améliorer la gestion et le suivi de ces situations par la construction de modalités de collaboration avec des partenariats pertinents.

LA REPONSE ENVISAGEE : LA CREATION D'UN RESEAU

Ces constats ont abouti à l'idée de la **constitution d'un réseau partenarial en santé mentale** dont la finalité serait d'améliorer la prise en charge de ces situations grâce au décloisonnement.

A l'initiative de la **Direction de la Santé Publique de la ville de Marseille**, un **groupe de travail** a été mis en place de février à septembre 2008. Ses objectifs étaient de définir les missions que devait se fixer le futur réseau partenarial et les modalités de prises en charge coordonnées des situations complexes.

Ce groupe de travail était constitué :

- du secteur « ville » : différentes direction de la ville (Direction de la santé publique, Direction de l'habitat et Maison du logement) ;
- du secteur psychiatrique : Chs Edouard Toulouse secteurs 11 et 12, Cmp Pressensé et Belle de Mai, Equipe mobile de liaison Psychiatrie Précarité ;
- du secteur social : Ccas de Marseille et Samu social ;
- du secteur juridique : Tgi de Marseille, Pôle santé publique ;
- du secteur « politique de la ville » : Atelier santé ville « santé mentale ».

Ce travail ayant une visée expérimentale, a concerné un territoire particulier : celui du **1^{er} arrondissement de Marseille**. Le centre ville marseillais est un espace géographique sur lequel différents diagnostics ont amené à positionner la thématique santé mentale comme prioritaire. Le 1^{er} arrondissement constituera alors le lieu d'une expérience test pour ce réseau, ce dernier ayant pour finalité éventuelle un élargissement sur la ville entière.

Le groupe de travail a été accompagné par *Gres médiation santé*, bureau d'études spécialisé en santé publique.

Ce rapport présente les résultats du travail réalisé par ce groupe. Il constitue le **document de référence** sur lequel ce réseau expérimental pourra se mettre en place.

LA PROBLEMATIQUE DU RESEAU

LE LIEN « SANTE MENTALE » ET « LOGEMENT »

Dans son guide intitulé « santé mentale et logement » (<http://www.millenaire3.com/Guide-pratique-sante-mentale-et-logement.69+M51771fc752a.0.html>), l'agglomération du Grand Lyon met en évidence le lien entre ces deux thématiques :

« Les problèmes de santé mentale ne se limitent pas, bien entendu, au comportement dans le logement, cependant la référence spatiale que marque le logement pour l'homme, lui donne une importance majeure. C'est souvent là que les signes de détresse se manifestent, c'est souvent là que se déclenchent les situations d'urgence, impliquant voisins, gardiens, bailleurs, élus... »

L'habitat constitue le plus souvent le premier cercle des relations sociales.

D'une part, le logement est investi par tout un chacun comme un espace intime, l'espace des relations familiales, l'espace de sa protection par rapport au monde extérieur.

D'autre part, le logement est inscrit dans un immeuble ou un lotissement, une cité, un quartier où l'on va côtoyer «les autres» (les voisins, le gardien, les commerçants, l'école, etc.).

Il n'est donc pas étonnant lorsqu'une personne présente une souffrance psychique quelle qu'elle soit, que cela puisse se traduire par des difficultés dans son logement et l'environnement de celui-ci. Lorsqu'on est en grande difficulté psychique, il est fréquent que l'entretien du logement soit à l'image de ce qui se passe à l'intérieur de soi (désintérêt - incurie - dégradations). Que l'on vive seul ou en famille, on a du mal à tenir compte du bien-être des autres. C'est ainsi qu'on peut écouter très fort de la musique ou la télévision tard le soir, voire la nuit lorsqu'on ne dort pas comme si le monde extérieur n'existait pas.

Les relations familiales peuvent être perturbées avec des conflits fréquents, des cris. Lorsqu'il y a des enfants, il peut y avoir une agitation permanente avec une impossibilité pour les parents de mettre en œuvre une autorité rassurante et apaisante.

Tout cela peut constituer des «nuisances sonores» et entraîner des jugements de valeur qui stigmatisent rapidement le résident et /ou sa famille.

Il y a souvent un cercle vicieux qui s'instaure ainsi entre un résident en difficulté et le voisinage.

Par ailleurs, dans toute souffrance psychique, il y a la plupart du temps une perte d'estime de soi, un sentiment de vulnérabilité qui peut se traduire par un repli social, un évitement des autres. Dans d'autres cas, ce sentiment de vulnérabilité va entraîner la conviction que les autres sont en permanence un danger. La personne va interpréter tous les comportements de l'autre comme hostiles. Cela va conduire à des menaces, des insultes, voire des agressions de la part de celui qui se sent en danger.

Ces comportements peuvent être aggravés par la consommation, régulière ou non, de toxiques tels que alcool, cannabis... Très souvent, l'alcool ou le cannabis sont utilisés au départ, avant que s'installe la dépendance, comme tranquillisants, anesthésiques de la douleur psychique ou comme facilitateurs de la relation lorsqu'on se sent trop inhibé.

Lorsqu'on est dans cette situation, on a beaucoup de mal à accepter d'être aidé. Accepter le fait d'être en difficulté, c'est rajouter de la souffrance (une blessure d'amour-propre insupportable qui se surajoute à la perte d'estime de soi). Seule une relation de confiance avec un ou des professionnels de l'action sociale et/ou de la santé, va permettre d'accepter progressivement d'être aidé et que quelque chose change. Mais pour établir une telle relation de confiance, il faut saisir toutes les opportunités de rencontre et de dialogue, apprivoiser peu à peu la personne dans un cadre acceptable par elle. Elle pourra alors exprimer sa souffrance de manière authentique et prendre le risque de changer. Cela peut prendre beaucoup de temps, mais c'est la seule manière pour qu'à long terme, elle puisse retrouver un certain apaisement avec elle-même et son environnement.

Quelquefois, bien sûr, on n'aura pas le temps d'attendre que ce processus s'enclenche ou porte ses fruits. Une situation d'urgence nécessitera une réponse immédiate. Une situation de crise nécessitera souvent de faire appel à la loi pour mettre une butée à une escalade inévitable.

Mais seul un partenariat effectif entre tous les acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires peut permettre un travail de fond et une prévention possible des crises et des situations d'urgence et améliorer la qualité de vie des personnes en souffrance psychique et de leur entourage. »

LA NECESSITE D'UNE « PRISE EN CHARGE DECLOISONNEE » DU PROBLEME

Le plan national « Psychiatrie et Santé mentale » 2005-2008 met en avant les difficultés de la prise en charge en santé mentale face aux cloisonnements au sein du dispositif de soins mais aussi entre les différents acteurs sanitaires et sociaux, médico-sociaux, éducatifs et judiciaires.

Il positionne alors comme un enjeu important « la prise en charge décloisonnée » par le renforcement de la coordination et de la complémentarité des réponses dans une approche centrée sur les besoins globaux des personnes.

LA PROBLEMATIQUE AU TRAVERS DES SITUATIONS VECUES

■ Les témoignages sur deux villes : Grenoble et Béziers

Sur la ville de **Grenoble** (cf annexe 1 : article de Madame GIROD, Maire-adjointe à la santé de la ville de Grenoble dans la revue *Rhizome, bulletin national santé mentale et précarité : Elus des villes et santé mentale – n°24, octobre 2006*), les problématiques « santé mentale et ville » s'expriment avant tout à travers les plaintes de voisinage. Selon son expérience, de nombreuses interpellations faites à la mairie associent étroitement trouble de voisinage et problèmes de santé mentale. Elle présente quelques exemples :

- Mme A est une personne âgée qui terrorise ses voisins : bruit, insultes, bousculades ; les voisins déposent plainte pour harcèlement ; il n'y a pas de prise en charge ;
- Mme B pose aussi des problèmes de voisinage : dégradation des parties communes, insultes, dégâts des eaux ; elle est suivie par la psychiatrie de secteur ;
- Mme C est une personne très âgée qui harcèle sa famille par courrier et téléphone ; elle a déjà été hospitalisée sous contrainte ; elle est actuellement sans suivi social et médical ;
- M. D est signalé par sa famille pour repli, mutisme et isolement ; il était suivi par la psychiatrie mais ne se rend plus aux consultations.

Ces situations auxquelles les élus doivent faire face, sont le plus souvent des situations chroniques, anciennes liant **plainte de voisinage, bruit, odeurs, menace d'expulsions, isolement familial, précarité importante et rupture de soins.**

De plus, les élus sont confrontés plus directement à la question des **hospitalisations d'office** (à travers ses pouvoirs de police, l'élu local a aussi le pouvoir d'hospitaliser d'office). Cette lourde responsabilité se situe à la frontière entre la santé, la sécurité et la liberté individuelle. Les éléments de dangerosité avérés sont rares. La contrainte est utilisée pour palier à des ruptures de soins avec une défaillance du suivi des malades. Dans ce contexte, s'il n'a pas suffisamment de formation concernant cette expertise, l'élu local risque de participer à la banalisation de la contrainte, comme mode d'accès à la psychiatrie.

Sur **Béziers**, le réseau de santé Béziers méditerranée a mis en place un outil d'analyse des pratiques professionnelles visant à échanger sur des situations concrètes vécues par les membres du réseau. Ce travail a mis en évidence l'existence de situations complexes auxquelles les actes isolés n'avaient pas pu répondre. Le réseau s'est trouvé face à des professionnels démunis, isolés, découragés et impuissants face à ces situations médico-psycho-sociales insolubles. Malgré la mise en œuvre de tout leur savoir-faire professionnel, ces personnes se sont heurtées aux limites institutionnelles de leurs interventions.

Les premières situations évoquées montraient l'incohérence des trajectoires en matière de réponse et d'orientation. L'outil de démarrage « analyse des pratiques professionnelles » a donc évolué en une « commission des situations complexes » visant avant tout à formaliser les articulations institutionnelles, à mettre en synergie les actions de chacun afin d'apporter une réponse à la situation diagnostiquée.

Parmi ces situations, certaines relevaient de problèmes de « santé mentale », ou tout au moins de « souffrance psychique ».

Les essais de formalisation de la prise en charge par la rédaction de protocole n'ont pas abouti, les situations étant chacune particulière. Les partenaires ont plutôt travaillé sur la formalisation du fonctionnement de la commission.

■ Les situations vécues à Marseille

Françoise GAUNET-ESCARRAS (adjointe au maire de Marseille, déléguée à l'Hygiène, la Santé, le Sida, la Toxicomanie, et la Prévention des Risques Sanitaires chez l'adolescent) et Mylène FRAPPAS (chargée de mission à la Direction de la santé publique de la ville de Marseille) insistent sur la multiplicité des situations que les interpellations recouvrent : **discontinuité entre différents soins psychiatriques, entre la prise en charge médicale et sociale, crises, isolement, rupture sociale, détresse, précarité et souffrance psychique, demande de soutien des proches, des familles, réhabilitation, insertion des personnes, nuisances, danger, plaintes du voisinage, stigmatisation, violence agie/violence subie...**

Cette multiplicité amène à considérer que la notion de « santé mentale » est difficile à cerner, complexe et correspond à un vaste champ d'expériences dont la globalité ne peut être réduite à la maladie mentale.

Il existe deux marqueurs spécifiques de la problématique de santé mentale dans les villes : **les plaintes de voisinage**, et leur corollaire fréquent, **les Hospitalisations d'Office**. Les principaux problèmes sont alors pointés ainsi :

- la difficulté pour les techniciens municipaux interpellés à repérer et appréhender les situations liées à un problème de santé mentale et à gérer au mieux le vis à vis, voire la relation, avec une personne qui souffre de troubles psychiques ;
- une méconnaissance générale du cadre légal d'intervention, tant au niveau des élus que des différentes catégories de professionnels ;
- le recours aux Hospitalisations d'Office comme mesure permettant de rétablir les liens entre des personnes en souffrance et les institutions publiques ;
- la relative absence des instances de régulation du système au niveau local (Préfets et Ddass) ;
- l'absence de coordination entre les différents services de soins et les professionnels confrontés à la gestion de ces situations difficiles ;
- l'inadéquation des dispositifs d'intervention, souvent mal préparés à la contention transitoire des personnes (équipes policières ou sanitaires intervenant dans la ville, mauvaises conditions de contention des personnes agitées au sein des commissariats de police par exemple) ;
- l'inexistence d'un système d'information qui permettrait d'observer de manière systématique et rigoureuse l'ampleur du phénomène et ses évolutions.

Plusieurs situations ont été présentées par le groupe de travail marseillais :

- La première est l'exemple d'une assistante sociale du Ccas effectuant une visite à domicile d'une personne âgée en souffrance. La personne a mal accepté sa venue impromptue (suite à une annonce erronée sur le jour de sa visite) et la vue de l'assistante sociale l'a renvoyée à ses propres difficultés familiales. La personne a alors cherché à empêcher l'assistante sociale de partir de son domicile. Cette dernière est ressortie de l'aventure très choquée. Comment réagir dans de telles situations ? Comment anticiper une réaction surprenante de la part des personnes visitées ? Comment obtenir plus d'informations sur les personnes avant de se rendre à leur domicile ? Telles sont les interrogations que soulève cette mésaventure...
- D'autres cas ont été évoqués par le service d'hygiène de la ville, concernant des situations vécues lors de visites du service à l'improviste chez des personnes signalées. Que faire lorsque la personne refuse d'ouvrir sa porte et que l'on aperçoit l'ampleur de l'état d'insalubrité de son logement (amas de poubelles...) ? Que faire lorsque la personne refuse de vous laisser partir ? Que faire lorsque la personne semble alcoolisée ? Comment prendre en compte à la fois le caractère d'urgence du point de vue de la salubrité et de la sécurité et le besoin de temps pour que le secteur psychiatrique puisse travailler avec la personne ? Telle est la nature des problèmes qui se posent au service d'hygiène.

A l'éclairage de ces situations, **deux constats** ont été posés comme des postulats de la problématique du futur réseau :

- il existe une grande diversité et une grande complexité des situations ;
- les réponses à ces situations dysfonctionnent souvent.

Ces constats amènent **deux questions** :

- comment peut-on apporter une réponse à ces situations complexes sans y voir un relent d'hygiénisme, de contrôle social, de médicalisation du social ou de la lutte contre la délinquance ?
- en quoi le fonctionnement en réseau peut-il être ici cette réponse (ou une partie de la réponse) ?

LES PRINCIPES ET LES OBJECTIFS DU RESEAU

LES PRINCIPES

Il s'agit ici des principes fondamentaux du réseau sur lesquels *la Charte* du réseau pourrait être construite.

- **Le sujet comme centre de préoccupation du réseau**

Le réseau est construit avant tout autour des personnes en souffrance : même s'il concerne les professionnels, le réseau existe avant tout pour les patients, ces derniers étant au cœur du dispositif proposé.

- **Une prise en charge de situations complexes.**

La prise en charge par le réseau concernera toute personne exposée à l'un des trois niveaux de souffrance suivant :

- la souffrance existentielle qui touche tout un chacun ;
- la souffrance psychosociale liée à l'environnement ;
- la souffrance pathologique.

- **Une prise de risque commune et concertée**

La problématique centrale auquel les membres du réseau seront confrontés est la suivante : comment « étirer le temps de l'urgence » afin de permettre une prise en charge des personnes et éviter leur hospitalisation ?

En effet, il est très important pour le secteur psychiatrique de donner du temps au patient, alors que certaines situations nécessitent une intervention rapide (notamment lorsqu'il existe des situations de dangerosité ou d'insalubrité dans le logement) ou que la législation ne prévoit pas forcément ce temps.

Il va donc falloir trouver des marges de manœuvre et partager les prises de risques de façon concertée sans sortir du cadre imposé par la justice.

- **Le principe du « secret professionnel partagé »**

Des interrogations autour du partage de l'information et du secret professionnel ont été soulevées. En effet, pour pouvoir parler autour d'un cas, il y aura la nécessité d'échanger un minimum d'informations sur la personne (antécédents médicaux, criminels... ?). Il sera nécessaire de définir un cadre permettant d'échanger ces informations tout en ne rompant pas la règle des secrets (médical et judiciaire).

L'OBJECTIF GENERAL

L'objectif général du réseau est de **mieux organiser la prise en charge et l'accompagnement des personnes en souffrance afin d'anticiper et éviter les passages à l'acte pouvant conduire à une hospitalisation d'office ou une intervention policière.**

Le réseau prendra pour base de son intervention **les plaintes et signalements de personnes à l'origine de troubles du voisinage ou de l'ordre public.**

Le réseau aura à se pencher sur des situations jugées complexes. Nous entendons par « **situations complexes** » les cas sur lesquels les premières tentatives « isolées » de réponses ont échoué et où les acteurs confrontés à cette situation se retrouvent face à un blocage pouvant entraîner une crise. Ces situations seront proposées par les membres du réseau eux-mêmes, et plus particulièrement par les services de la ville.

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS

Il faut ici distinguer les objectifs principaux, en lien direct avec l'objectif général, des objectifs secondaires qui ont pour but de renforcer le réseau.

■ Les objectifs opérationnels principaux

Détecter les situations complexes : il s'agit d'identifier, suite à des plaintes ou à des signalements, des personnes en souffrance pour lesquels les premières tentatives de réponses ont abouti à une situation de blocage et/ou de complexité ayant entraîné (ou pouvant entraîner) une situation de crise.

Présenter une situation complexe aux membres du réseau : il s'agit de mobiliser les partenaires du réseau lors de « commissions d'étude des cas complexes » dans lesquels les personnes à l'origine de la détection auront à présenter la situation.

Effectuer une évaluation collective de la situation individuelle problématique : la commission est un espace de travail inter-institutionnel et pluridisciplinaire. Sa composition doit permettre :

- d'élaborer une analyse précise de la situation à travers ses différentes dimensions : technique (liées à l'habitat) ; médicale, psychologique, sociale (liées à la personne) ; et juridique (liées aux deux). Toutefois, il ne s'agit en aucun cas de poser un diagnostic médical de la santé mentale de l'individu en réunion ;
- et d'identifier les éventuelles sources de clivage pouvant expliquer les dysfonctionnements lors des premières tentatives de réponse.

Définir un protocole de prise en charge de la situation complexe : il s'agit pour la commission de proposer pour chaque situation présentée un protocole d'intervention basé sur l'articulation des différents partenaires à mobiliser sur les plans techniques, administratifs, juridiques, sociales et médicales.

Effectuer un suivi de cette prise en charge : il s'agit pour le réseau (et plus particulièrement son coordinateur) de faciliter les coopérations entre les différents partenaires en proposant une coordination des interventions.

Réaliser un bilan de cette prise en charge : il s'agit de réaliser un bilan et une évaluation de la prise en charge collective de la situation complexe, sur deux aspects :

- résultat : réponse apportée à la personne ;
- processus : éléments facilitateurs, dysfonctionnements humains et organisationnels, et obstacles matériels et techniques de la coopération.

■ Les objectifs opérationnels secondaires

Améliorer la connaissance de chacun : il s'agit de développer la connaissance concernant l'ensemble des services existants et leurs modes de fonctionnement, ainsi que les cadres légaux (ex : quelle procédure pour faire intervenir le service d'hygiène ?), notamment en produisant un « fichier ressources ».

Développer une culture commune : il s'agit pour le réseau d'organiser des temps de formations et d'échanges sur les pratiques professionnelles. L'échange sur des situations fictives est un levier intéressant de cette construction d'une culture commune. Des formations internes au réseau peuvent être aussi organisées :

- sensibilisation à la psychopathologie, alcoolisme et autres addictions, les troubles graves du comportement (ce qui donne l'occasion de parler à la fois des hospitalisations sous contrainte et des questions de crise et d'urgence) ;
- organisation et fonctionnement de la psychiatrie publique, législation des hospitalisations sous contrainte ;
- techniques de gestion des situations de crise...

Créer du lien avec les autres réseaux : il s'agit d'établir des passerelles avec d'autres réseaux présents sur le territoire d'intervention, tel que le réseau « santé mentale et précarité » ou l'Atelier santé ville « santé mentale ».

LES ACTEURS DU RESEAU

LE « NOYAU DUR » DU RESEAU

Pour faciliter le repérage des acteurs du réseau, nous proposons de les organiser en cinq groupes thématiques d'interventions :

- Interventions techniques et administratives « Hygiène et Habitat »
- Interventions médicales et psychologiques
- Interventions sociales
- Interventions juridiques
- Interventions « politique de la ville et santé publique »

Les détails concernant ces partenaires sont consultables en annexe.

■ **Interventions techniques et administratives « Hygiène et Habitat »**

▪ **Le bureau d'hygiène de la Direction de la santé publique de la ville de Marseille**

Sa mission est d'assurer une veille et régler les problématiques d'insalubrité de l'habitat et d'habitat indigne. Pour cela, les techniciens mettent en application une procédure précise du code de santé publique. En ce qui concerne les problèmes d'insalubrité et d'habitat indigne, le Service intervient sur plainte du locataire. Une fois l'appartement visité, et si l'insalubrité ou l'habitat indigne est bien constaté, la procédure correspondante est lancée.

En ce qui concerne les problèmes de dangerosité, la plainte provient en général des voisins ou des bailleurs sociaux. Après être passés voir le plaignant afin de mieux cerner le problème, les techniciens se rendent directement chez la personne pour évaluer avec elle sa situation et l'aide à lui apporter.

▪ **Le Service logement et habitat de la Direction de l'Habitat de la ville de Marseille**

Ce service est en charge de la lutte contre l'habitat indigne. Il établit les interdictions d'habiter et est en charge du relogement des résidents. Sur mandat du Bureau d'hygiène, les techniciens réalisent des enquêtes d'occupation, qui peuvent aboutir à l'interdiction d'habiter. Le relogement des résidents est alors débattu avec les bailleurs sociaux lors de commissions d'attribution. Le service peut également proposer un relogement sur le contingent municipal de logements temporaires ou dans un hôtel meublé.

■ **Interventions médicales et psychologiques**

▪ **L'Hôpital psychiatrique Edouard Toulouse**

L'hôpital propose des Soins et un encadrement des personnes ayant de grosses difficultés psychiatriques. Les patients se rendent à l'hôpital volontairement ou sous contrainte (Ho et Hdt). La proportion d'hospitalisation sous contrainte est de 50% à Edouard Toulouse.

- **Les Consultations médico-psychologiques (Cmp) Pressensé et Belle de Mai de l'hôpital Edouard Toulouse**

Les Cmp assurent des consultations de proximité par un psychiatre ou un psychologue. En règle générale, les personnes se rendent volontairement à la consultation, sur orientation d'autres professionnels de santé. Lorsque le Cmp est destinataire d'une plainte, il convie par courrier la personne concernée à prendre rendez-vous. Le plus souvent, il n'y a pas de réponse de la personne et les infirmiers psychiatriques du Cmp doivent se rendre à domicile (avec un référent social).

- **L'équipe mobile de liaison psychiatrie précarité**

En créant une articulation entre travailleurs sociaux et psychiatrie, l'équipe agit à l'interface entre le social et les soins. Elle propose un soin ou un accompagnement, sans forcément orienter les personnes vers l'hôpital psychiatrique ou le Cmp. De plus, par sa mobilité, elle assure la continuité des soins de l'intrahospitalier vers l'extrahospitalier. Ce réseau est financé par le pôle d'insertion du dispositif Rmi. Ce réseau intervient lorsqu'un problème social bloque l'accès aux soins. Les travailleurs vont à la rencontre des Sdf (70 à 80 % des cas), mais aussi parfois des personnes ayant un domicile.

■ Interventions sociales

- **Le Centre communal d'action sociale (Ccas) :**

Le Ccas comporte deux secteurs : la branche Rmi, qui concerne uniquement les personnes seules, et l'Espace service aînés (Esa), qui concerne les plus de 60 ans. Des assistantes sociales (As) et conseillères en économie sociale et familiale (Cesf) règlent les ouvertures de droits, les demandes de protection juridique, et réalisent des visites à domicile des personnes âgées. Les visites à domicile des personnes âgées sont réalisées à la demande des personnes ou sur signalement. Avant toute visite, les As adressent un courrier aux personnes les informant du moment exact de leur venue. Lorsqu'une situation problématique est détectée, les As proposent systématiquement un deuxième entretien. Elles cherchent alors à obtenir les coordonnées du médecin traitant de la personne et de ses proches.

Dans certains cas, les As du Ccas sont contactées par le Bureau d'hygiène qui a rencontré une personne en difficulté lors d'une première visite et leur demande de leur venir en aide en assistant à la seconde visite.

■ Interventions juridiques

- **Le pôle santé publique du Tribunal de grande instance de Marseille**

Le pôle santé publique constitué au sein du tribunal de grande instance de Marseille a été créé par la loi, dite « loi Kouchner », du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Il couvre 7 cours d'appel, 33 TGI sur 22 départements métropolitains. Il a pour compétence, entre autres, les délits et infractions aux codes de la santé publique, notamment les atteintes à la personne humaine qui intéressent directement la santé publique : Atteintes à la vie de la personne, Atteintes à l'intégrité physique ou psychique de la personne et mise en danger de la personne.

Il est saisi sur des situations jugées « de grande complexité » nécessitant l'aide d'assistants spécialisés.

C'est pourquoi le pôle santé publique dispose d'un médecin inspecteur de santé publique qui a pour missions de participer aux procédures (sous la responsabilité d'un magistrat) notamment en assistant les magistrats du parquet et les juges d'instruction.

■ Interventions « politique de la ville et santé publique »

■ La coordination « santé mentale » de l'Atelier santé ville

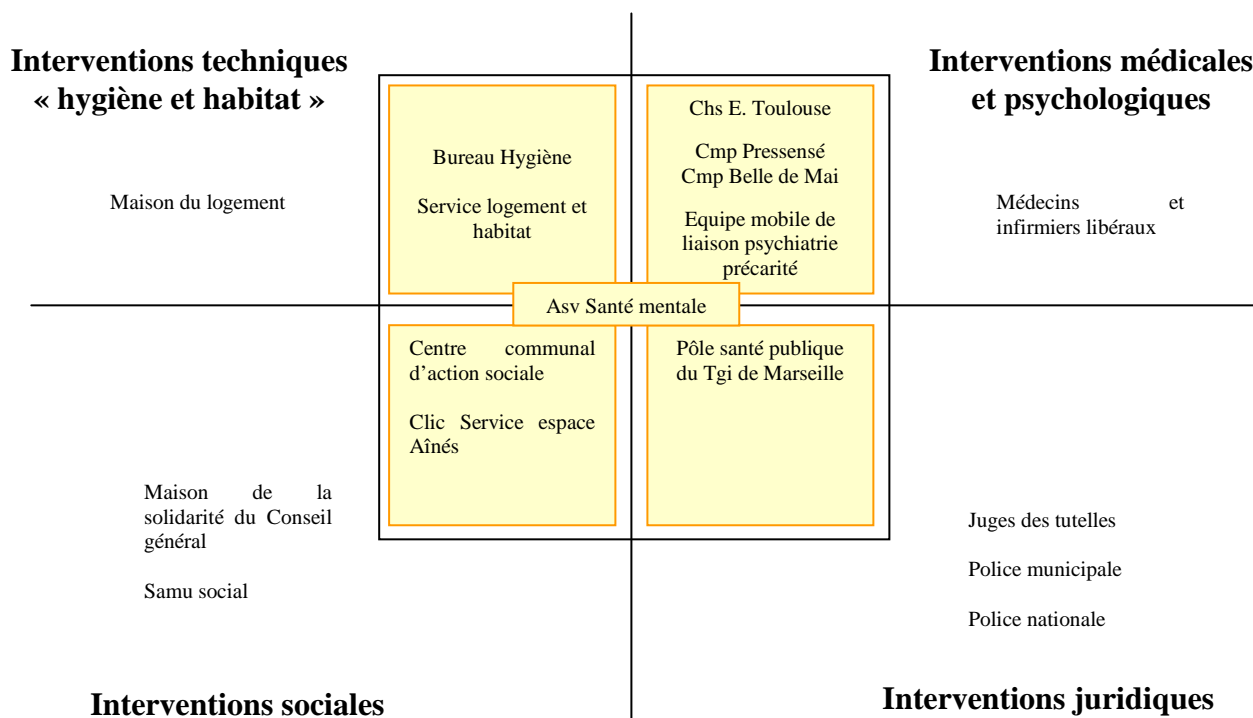
Les objectifs des Asv peuvent être déclinés ainsi :

- accroître la cohérence et l'efficacité de l'action locale en matière de santé, par la mise en place d'une coordination des acteurs présents sur le territoire ;
- éclairer les acteurs et les décideurs sur la forme prise localement par les inégalités sociales de santé et définir de façon concertée les réponses à apporter, ceci par la réalisation de diagnostics partagés et la programmation d'actions prioritaires ;
- insérer la thématique santé dans le processus global de développement social local mis en œuvre sur le territoire du Contrat de ville, en veillant aux articulations nécessaires avec les autres composantes (l'économique, le social, l'habitat, le culturel...) ;
- initier et développer la participation des habitants sur l'identification des problèmes, la détermination des réponses, la mise en œuvre des actions et leur évaluation, ceci au titre de la démocratie sanitaire.

L'originalité sur Marseille en matière d'Atelier santé ville est de posséder une coordination thématique sur une problématique particulière, celle de la santé mentale. Le coordinateur « santé mentale » est chargé de la rédaction d'un Plan local de santé sur le thème de la santé mentale, en synthétisant les priorités d'action ressortant des différents diagnostics sanitaires effectués sur la Ville. Il sera chargé ensuite de coordonner les actions définies en adoptant une démarche participative (valorisant la participation de la population et des professionnels des champs sanitaire et social).

LE PARTENARIAT DU RESEAU

Autour d'un « noyau central » du réseau s'élaborent d'ores et déjà des partenariats privilégiés. Toutefois, les espaces sont perméables, et certains acteurs aujourd'hui repérés comme partenaire du réseau auront tout à fait la possibilité de s'associer plus fortement en rejoignant ce noyau dur. Le schéma suivant présente l'état actuel du partenariat :



D'autres partenariats ont été évoqués : médecins et infirmiers libéraux, associations d'aide et de soins à domicile...

LA DEMARCHE A SUIVRE POUR FINALISER LE RESEAU

Après avoir précisé l'ensemble des points préalables à la constitution d'un réseau, présenté ci-dessus (problématique – objectifs – acteurs), la création du réseau passe concrètement par plusieurs étapes :

- créer un document de référence présentant le réseau, et faisant apparaître, entre autres, le nom et les coordonnées des personnes faisant partie du réseau et des partenaires ;
- précisez le rôle des différents acteurs dans ce réseau et leur niveau d'adhésion. La relation entre les acteurs doit être complémentaire et non hiérarchique ;
- définir les « critères d'inclusion » des personnes, les modalités de saisine du réseau et de fonctionnement des « commissions » ;
- produire une Charte du réseau et la faire signer aux structures et aux membres du réseau ;
- mettre en place une coordination du réseau et les modalités de la prise en charge financière de celle-ci : coordonnateur, fonction tournante au sein du noyau dur... ? ;
- trouver un nom au réseau et mettre en place un plan de communication.

Voici quelques éléments pour la réalisation de ces différentes étapes :

UNE EBAUCHE DE DOCUMENT DE REFERENCE

Ce document et ses annexes peuvent être considérés comme la « version 1 » du document de référence du réseau.

L'ADHESION DES ACTEURS AU RESEAU

L'engagement des professionnels au sein du réseau est formalisé par :

- la signature de la charte du réseau ;
- éventuellement, la signature d'une convention de partenariat pour les partenaires du « premier cercle ».

L'adhésion permet :

- de figurer dans le fichier ressources du réseau ;
- de saisir la commission sur une situation complexe ;
- de participer aux commissions ;
- de bénéficier des formations et de participer aux temps d'échanges de pratiques organisées par le réseau ;

LA QUESTION DE L'ADHESION DE LA PERSONNE A LA DEMARCHE

La question de l'adhésion à la prise en charge et l'implication active du bénéficiaire et de son entourage dans le cadre particulier de ce réseau (qui reste informel, donc sans identité formelle) est complexe, mais elle doit être posée par le réseau.

La procédure, simplifiée en comparaison avec ce qui se pratique dans les réseaux de soins, pourrait être proche de celle-ci :

- informer la personne (et ses proches) de la démarche collective mise en œuvre à son sujet ;
- veiller à obtenir la collaboration de l'utilisateur et de ses proches ;
- interpellier le médecin référent de la personne.

LA DEFINITION DES « CRITERES D'INCLUSION » DES PERSONNES

Même si il ne s'agit pas là d'un « réseau de soins » au sens strict du terme, il est important de préciser « les critères d'inclusion » des bénéficiaires du réseau, ou plus précisément les types de situations qui pourront faire l'objet d'une saisine.

Trois critères d'inclusion sont retenus :

CRITERE PRINCIPAL :

- **le niveau de complexité de la situation vécu par le ou les acteurs** : les cas sur lesquels les premières tentatives « isolées » de réponses ont échoué et où les acteurs confrontés à cette situation se retrouvent face à un blocage pouvant entraîner une crise ;

CRITERES SECONDAIRES :

- **l'origine de la demande** : les plaintes et signalements de personnes à l'origine de troubles du voisinage ou de l'ordre public ;
- **le type de problèmes pré-diagnostiqués** : personnes en situation de souffrance sur au moins un des trois niveaux définis : la souffrance existentielle qui touche tout un chacun ; la souffrance psychosociale liée à l'environnement ; la souffrance pathologique ;

LES MODALITES DE SAISINE DU RESEAU

Lorsqu'une « situation complexe » se présente :

- le réseau est sollicité par un de ces membres par l'intermédiaire du coordinateur ;
- celui-ci organise une première réunion en présence de la personne qui sollicite le réseau ;
- lors de cette première rencontre, la situation est présentée par la personne à l'origine de la saisine ;
- suite à l'évaluation de la situation, une commission est organisée. Il sera précisé en fin de rencontre QUI solliciter du noyau central et des partenaires pour cette commission, ceci au regard de la situation à aborder ;
- un référent unique pour la personne est alors désigné (sauf exception, où il est jugé nécessaire qu'il y ait une équipe référente) ;
- le coordinateur organise une séance de la commission.

LE FONCTIONNEMENT DES « COMMISSIONS »

Après information de la personne (et de ses proches, familles et médecin référent) sur la démarche proposée, et la recherche de leur collaboration :

- le référent, en relation avec les membres du réseau concernés, rassemble les éléments et élabore une fiche « évaluation de la situation » ;
- les travaux de la commission (au maximum 4 séances par situation, sur 6 mois) font l'objet de « relevés d'orientations » (à chaque séance). La commission doit aboutir à des décisions communes (engagement moral commun) concernant la prise en charge adéquate. Ces orientations doivent prendre en compte non seulement l'évaluation de la situation, mais aussi les missions et contraintes des différents acteurs mobilisables (chacun précisant les limites de son intervention) ;
- à la fin des 4 séances, un « relevé de conclusions » est établi ;
- ces documents sont diffusés uniquement auprès des personnes et structures ayant fait acte d'adhésion au réseau (signature de la charte ou d'une convention de partenariat) ;
- les restitutions à l'utilisateur seront faites par le référent et le ou les services qui assureront la prise en charge.

DES ELEMENTS POUR UNE CHARTE DU RESEAU

La Charte se conçoit comme la référence éthique et déontologique du réseau, garantissant des pratiques de qualité au service de l'utilisateur.

Plusieurs points doivent être précisés :

■ L'engagement des acteurs du réseau vis-à-vis de l'utilisateur du réseau

Tout partenaire du réseau de santé s'engage à :

- garantir la confidentialité des informations recueillies et le respect des règles de déontologie propres aux différentes professions représentées ;
- informer de manière claire, loyale et appropriée l'utilisateur sur sa prise en charge et les actions effectuées dans le cadre du réseau ;
- rechercher systématiquement la collaboration du bénéficiaire du réseau de santé et celui de ses représentants pour les personnes sous tutelle ;
- assurer des prestations de qualité par du personnel formé aux tâches et missions leur incombant ;
- apporter la prestation la mieux adaptée à la situation personnelle de l'utilisateur.

■ L'engagement des acteurs vis-à-vis des partenaires du réseau

Les partenaires adhérents au réseau s'engagent à :

- être solidaires des décisions collectives prises dans le réseau ;
- mettre en œuvre auprès de l'utilisateur du réseau une intervention dans les meilleurs délais, et à veiller à son suivi ;
- participer aux concertations (commissions) entre les différents intervenants pour rechercher ensemble les prises en charge les mieux adaptées ;
- partager à l'intérieur du réseau les informations recueillies et les mettre à jour tout en garantissant leur confidentialité ;
- participer aux actions de formation proposées dans le cadre du réseau ;
- participer à la démarche d'évaluation interne.

■ Le partage de l'information et le secret professionnel

Le réseau développe un système d'information afin d'assurer le suivi de l'utilisateur et d'optimiser les services proposés : fiche « évaluation de la situation », relevés d'orientations et relevés de conclusion. Toutefois :

- le réseau veille à la sécurisation de la transmission et à la restriction de l'usage des données et des informations (pas de nom, d'adresse... Classement par initial) ;
- l'échange d'information est mis en œuvre de façon très stricte, dans l'intérêt de la personne.

LA COORDINATION DU RESEAU

Pour mener à bien les actions du réseau, il est nécessaire de prévoir les modalités concrètes de la coordination de celui-ci, en désignant *un coordinateur* ou *une équipe de coordination*.

Le coordinateur doit en permanence être en lien avec les différents acteurs du réseau. Ce positionnement de « pivot » du réseau nécessite une implication personnelle forte. Cette fonction nécessite une organisation du travail rigoureuse tant les volets de l'action en réseau sont exigeants en temps et disponibilité. Il demande des compétences en communication et en Conduite de groupe : organisation des réunions, capacité à aplanir les antagonismes corporatistes et à susciter un sentiment d'appartenance à un groupe...

La question de la coordination du réseau renvoi à deux autres questions :

- jusqu'ou va-t-on dans la formalisation du réseau ?
- Comment finance-t-on cette coordination (la réponse à cette question dépendant de la réponse à la première question ?

Plusieurs possibilités s'offrent au réseau en fonction des réponses apportées aux deux questions ci-dessus :

- le financement d'un poste de coordinateur, celui-ci étant rattaché soit au réseau si celui-ci a un statut, soit à une des structures adhérente au réseau ;
- la fonction de coordination intégrée dans l'Etp d'un des membres du réseau, fonction pouvant être tournante pour que le poids de cette fonction soit partagé dans le temps ;
- la fonction de coordination assurée par une personne, une structure ou un dispositif ayant déjà pour mission de coordination des acteurs sur un territoire (ex : atelier santé ville, réseau déjà existant) ;
- une fonction gérée par « plusieurs têtes » (un collectif de structures).

LA PROGRAMMATION

Suite au travail préparatoire, une première programmation a été décidée :

- la Direction de la santé publique (Dsp) de la ville de Marseille assure la coordination en attendant la formalisation de cette dernière (travail à mener en parallèle des autres points programmés) ;
- une première commission est programmée. Des « situations complexes » peuvent être d'ores et déjà soumises à la Dsp (Mylène Frappas) ;
- le Docteur Baucheron (Cmp Pressensé) proposera un temps de formation (contenu à affiner) ;
- de nouveaux contacts institutionnels seront pris avec les partenaires pressentis et/ou déjà sollicités (police, Maison de la solidarité du Conseil général, médecins et infirmiers libéraux, associations d'aide et de soins à domiciles ...)

ANNEXES

- Liste des participants au réseau : ébauche du « fichier ressources » du réseau
- Texte théorique sur les réseaux
- Interventions et débats sur les rôles des tutelles et curatelles et sur les hospitalisations sous contraintes
- Fiche synthétique de présentation du réseau

ANNEXES SUR CD ROM

- « Rhizome : bulletin national santé mentale et précarité : Elus des villes et santé mentale »
– n°24 - Octobre 2006
- « Guide santé mentale et logement » - Atelier Grand Lyon – PLH – 2006
- « Les élus face à la souffrance psychosociale : de la sollicitude au politique » - Acte du séminaire Div/Onsmp-Orspere – Les éditions de la Div – Novembre 2005

Liste et coordonnées des participants
--

NOM Prénom	Fonction	Structure	Téléphone	Courriel
ALLAMAN Michèle	Psychologue	Equipe mobile de liaison Psychiatrie Précarité	06 30 38 56 09	mallaman@free.fr
AUGUSTE Christine	Cadre de santé	Cmp Pressensé		ch.auguste@ch-edouard-toulouse.fr
BARRALLIE Caroline	Assistante sociale	CCAS 1 ^{er} et 2 ^{ème} arrdt	04 91 90 02 25	cbarrallie@ccas-marseille.fr
BAUCHERON Jean Pierre	Psychiatre	CMP Pressensé - CHS Edouard Toulouse, secteur 11, 1 ^{er} et 2 ^{ème} arrdt	04 91 96 98 90	Jp.baucheron@ch-edouard-toulouse.fr
CERINO Joseph	Inspecteur salubrité	Direction santé publique – Ville de Marseille	04 91 55 32 66	jcerino@mairie-marseille.fr
COUTURE Jean-François	Cadre de santé	CHS Edouard Toulouse, secteur 12, 2 ^{ème} et 3 ^{ème} arrdt	06 28 58 58 37	Jeanfrancois.couture@club-internet.fr
DOLLE Michèle	Technicien	Direction de la santé publique – Ville de Marseille	04 91 55 31 27	mdolle@mairie-marseille.fr
DUFAU ENRICO Agnès	Assistante sociale	Direction de l'Habitat – Mission logement et urbanisme – Ville de Marseille	04 91 55 44 16	adufauenrico@mairie-marseille.fr
DURAND MABIRE Francine	Coordinatrice du Clic	Ccas ville de Marseille	04 91 91 03 03	f.durand-mabire@ccas-marseille.fr
FILIPPI Bernard	Inspecteur salubrité	Direction santé publique – Ville de Marseille	04 91 55 32 78	bfilippi@mairie-marseille.fr
Mylène Frappas		Direction santé publique – Ville de Marseille	04 91 14 56 21	mfrappas@mairie-marseille.fr
GAVA Monique	Infirmière psychiatrie	Equipe mobile de liaison Psychiatrie Précarité	06 25 47 88 76	mgava@free.fr sophie.martini@ch-edouard-toulouse.fr
GUILLEMIN Marie-Aleth	Médecin santé publique	TGI Marseille Pôle Santé publique	04 91 15 53 20	marie-aleth.guillemin@justice.fr
KARAKOGLOU Nicolas	Technicien	Direction santé publique – Ville de Marseille	04 91 55 32 74	nkarakoglou@mairie-marseille.fr
LE GUYADER Murielle	Assistante sociale	CMP Belle de Mai - CHS Edouard Toulouse	04 96 13 06 62	m.leguyader@ch-edouard-toulouse.fr
LESCROEL Franck	coordinateur	ASV Santé Mentale	06 87 89 54 40	francklescroel-asv@hotmail.fr
LEZER Anne	Vice Procureur	TGI	04 91 15 51 50	anne.lezer@justice.fr
MORCELLET Pierre	Psychiatre	CMP Belle de Mai - CHS Edouard Toulouse, Equipe mobile de liaison Psychiatrie Précarité	06 25 47 88 70	Pierre.morcellet@ch-edouard-toulouse.fr
POTHIER Aline	Inspecteur salubrité	Direction santé publique – Ville de Marseille	04 91 55 32 71	apothier@mairie-marseille.fr
RICHELET Marjorie	Rédacteur	Maison du logement DHL DGUH – Ville de Marseille	06 15 41 56 41	mrichelet@mairie-marseille.fr

Le Réseau

■ Le réseau : quelques repères théoriques

■ *Le réseau se positionne en modèle alternatif*

Le réseau¹ est une forme d'organisation ou de coordination relationnelle **souple et ouverte**, que l'on oppose souvent aux structures organisationnelles classiques de type pyramidale, jugées trop rigides et statiques par certains.

C'est une façon de fédérer autrement, en réponse à la crise que traverse notre société (crise des représentations et des valeurs, des modèles régissant les pratiques professionnelles, des notions d'efficacité et de performance et des méga-structures).

Il s'agit d'un mode de raisonnement plus systémique, qui n'a pas été acquis à la base et qui apportent aux acteurs, en même temps qu'un surcroît de sens, de nouvelles responsabilités : **un devoir de pertinence à la place d'un devoir de conformité** ; une nouvelle relation politique et technique.

De manière plus pragmatique, le réseau est considéré comme :

- une réponse à la crise des modèles organisationnels classiques,
- une nécessité pour accéder à la complexité des demandes,
- une obligation pour survivre, pour ne pas succomber sous le morcellement sociétal (combler le vide social, créer du lien...),
- un passage obligé pour rester actif devant la paralysie ou les dysfonctionnements institutionnels,
- une obligation pour lutter contre l'individualisme,
- une réponse à l'inquisition technocratique en lui opposant l'informel, le non institué,
- une voie incontournable pour se sentir solidaire dans un monde dominé par la compétition,
- un moyen de fédérer les énergies à moyens constants sans pour autant remettre en question l'organisation générale du système.

Le réseau répond donc à de nouveaux besoins et de nouveaux enjeux révélés massivement par cette crise des modèles organisationnels dominants. Il tente d'apporter **une réponse non instituée** dotée d'une dimension humaine forte.

Un des exemples souvent cités pour illustrer les valeurs que portent ce modèle organisationnel est celui du partage de l'information (dont on sait qu'elle est ressource du pouvoir). Le fonctionnement en réseau est à l'opposé de la culture du secret, centralisatrice par essence, du modèle pyramidale classique. C'est la façon dont est gérée l'information qui fait en partie la spécificité du réseau. Le système d'information doit être rapide, efficace, accessible et ouvert ; l'information ne doit plus avoir besoin de « remonter » ou « redescendre » selon une conception pyramidale.

¹ Quelques définitions tirées d'un document pédagogique sur les réseaux produit par Confluences, bureau d'étude en ingénierie sociale :

« Une coopération, une coordination d'intervenants divers et variés »

« Un assemblage non structuré d'acteurs libres, entretenant entre eux une communication forte »

« Une méta-entreprise » constituée autour d'un projet qui n'est pas sa propre pérennité et dont les agents conservent leur indépendance de décision dans leurs domaines de compétence »

« Un mode d'organisation qui n'a pas de centre, ou qui accepte l'existence de centres partiels, variables selon la décision en cause, plus à même de capter la diversité des points de vue, c'est à dire des attentes de la collectivité dans son ensemble, et non celles d'une élite »

« Des initiatives en marche qui s'inscrivent dans les marges, les espaces de liberté laissés par le système »

■ **Le réseau est conceptuellement proche des modèles communautaires anciens et des modèles d'entreprise citoyenne et démocratique plus récents**

Le réseau est un autre mode de participation qui rompt avec la démarche individuelle et qui est porté par la relationalité des acteurs (proche des valeurs portées par les démarches communautaires).

Le travail en réseau implique alors des changements de comportement qui ne peuvent être imposés artificiellement ; le réseau engendre l'apprentissage d'une nouvelle citoyenneté et d'une nouvelle démocratie.

Au delà de ces fondements, le réseau n'est pas toutefois un rassemblement pêle – mêle d'acteurs réunis par le hasard de l'histoire autour d'une idéologie commune, mais implique des directives organisationnelles et programmatiques souvent particulières à chaque réseau.

■ **Le réseau : savoir communiquer**

Ethymologiquement, communiquer, c'est "mettre en commun". Le réseau exige pour se maintenir un intérêt commun, une certaine compréhension et crédibilité réciproque.

■ **Les avantages du réseau**

L'économie de moyens : le réseau correspond bien à cette attente de solidarité – coopération, dans un partage des efforts et des ressources et n'entraîne qu'un coût minimal pour les structures y participant.

Un « plus » pour chacun : c'est l'un des avantages majeurs du réseau, celui-ci pouvant faire bénéficier chaque structure adhérente du « plus » que représente la totalité des membres du réseau ou du « plus » que constitue la production globale spécifique du réseau.

Le développement des compétences : le réseau permet de faire passer rapidement aux partenaires des savoirs ou des savoirs faire spécifiques. Il permet la démultiplication des connaissances et des compétences de cultures spécifiques. Le dispositif commun de formation et les collaborations étroites sur des dossiers communs sont les supports de ce développement des compétences.

De nouvelles réponses : à conditions que le principe fondamental d'ouverture soit respecté (il faut éviter que le réseau ne s'enferme dans des logiques d'auto-défense ou de reproduction de normes stérilisantes), le réseau permet d'apporter des réponses à des manques ou à des dysfonctionnements. En jouant sur les compétences spécifiques et complémentaires de chaque acteur présent dans le réseau, celui-ci peut se positionner sur des réponses complexes nécessitant des approches pluridisciplinaires.

Une présence et un repérage plus fort par les partenaires : le réseau est producteur d'effets médiatiques du fait de sa taille (principe de ramification) et du repérage d'une identité propre et originale. Une stratégie de communication commune doit être alors élaborée.

Un gain de temps : l'usage efficace d'un réseau accélère le processus de recherche et d'obtention des informations, ainsi que celui de création et diffusion de sa propre information.

Une plus grande rapidité de réaction : l'absence de problèmes de hiérarchie (la structure s'efface derrière les acteurs) et de nécessité d'une pérennisation (ce n'est pas l'objet d'un réseau) permet une vitesse d'exécution plus rapide.

La mise en place de négociations structurantes : dans les réseaux, les notions de réciprocité et de bénéfices mutuels sont centrales. Les négociations de gains de pouvoirs ou de notoriétés sont des transactions qui s'effectuent dans un contexte d'interdépendance.

■ Les points sur lesquels il faut rester vigilants

Bien définir l'objet de la coopération : il doit répondre à plusieurs exigences :

- Réunir des structures ayant des moyens d'action et des compétences complémentaires.
- Définir un objet de coopération à l'intersection des domaines d'action des différents partenaires. Eviter par conséquent qu'il corresponde à ce qui fonde la légitimité d'un des partenaires. Celui-ci pourrait alors se sentir menacé de voir les autres lui subtiliser ce qui est au centre de son action, ce dont dépend son existence même.
- Vérifier que l'objet proposé suscite un vif intérêt chez les partenaires susceptibles de se mobiliser. L'objet de la coopération ne doit être en aucun cas source de conflits.
- L'objet de la coopération doit être défini comme un projet stratégique commun.

Bien estimer le temps et l'énergie dépensés : souvent sous-estimés en première analyse. Il ne s'agit pas non seulement du temps nécessaire à la réalisation des tâches imparties au réseau, mais aussi des temps de coordination, de construction et d'apprentissage des protocoles de travail ou d'échange, et de contrôle de conformité des productions aux normes fixées par le réseau.

Bien définir les responsabilités dans le réseau : absence de hiérarchie ne veut pas dire inexistence de responsabilités. Des responsables (et leurs équipes) doivent être désignés et des cahiers des charges doivent être rédigés en fonction de l'objet.

Ne pas résumer le réseau à l'utilisation de vecteurs technologiques de communication : c'est un constat fait depuis près de 20 ans. Les réseaux ont une tendance naturelle à raisonner à partir du seul facteur que constitue l'outil de communication et d'échange. Internet a renforcé cela.

Définir des protocoles d'action et de fonctionnement : l'aspect informel des réseaux

Attention à l'attrait du « gigantisme ! » : alors que la demande s'exprime en terme de qualité, de ciblage et de pertinence, la réponse du réseau ne doit pas être purement quantitative, productiviste et universaliste. Tout en respectant le principe fondamental d'ouverture, l'objectif ne doit pas être « toujours plus, toujours plus gros ». Beaucoup de réseaux ont disparu du fait d'un excès dans ce sens.

**Intervention et débat sur le rôle des tutelles et curatelles
et sur les hospitalisations sous contraintes**

■ Les régimes de protection juridique²

Les régimes de protection juridiques permettent, lorsqu'une personne éprouve des difficultés ou est en incapacité de gérer son patrimoine, de désigner une personne ayant la responsabilité partielle ou totale de la protection de ses biens. Cette protection n'implique pas d'autres responsabilités vis à vis de la personne que cet encadrement financier. Il existe trois régimes de protection juridique, qui correspondent à des degrés d'encadrement différents. Ce sont, dans l'ordre croissant de dépendance : la sauvegarde de justice, la curatelle, puis la tutelle³.

- **la sauvegarde de justice** : c'est une protection provisoire. Elle a une durée de deux mois, renouvelable pour six mois, avec une durée maximale d'un an. Elle peut être demandée par le médecin au procureur de la République. A l'ouverture de la protection, la personne concernée peut être entendue par le juge des tutelles.
- **la curatelle** : c'est une mesure d'assistance à la personne. Il existe deux formes de curatelle : la curatelle simple et la curatelle renforcée. Cette dernière est plus efficace car elle permet une protection du patrimoine et un contrôle des actions du curateur par le juge.
- **La tutelle** : dans ce cas, la personne est représentée totalement par un tiers et dépossédée de toutes ses signatures.

Les deux derniers régimes de protection peuvent être demandés par la personne elle-même, sa famille, ou les services sociaux. Le juge peut également se saisir d'office.

Le dossier doit contenir une requête, un certificat médical d'un médecin généraliste précisant le régime souhaitable, et un certificat médical d'un médecin agréé.

En général, le tuteur ou curateur est un membre de la famille de la personne mise sous protection. Il n'est pas rémunéré, mais il existe des indemnités de déplacement lorsque les lieux de résidence du protecteur et du protégé sont différents⁴.

En cas de conflit familial, le juge des tutelles peut avoir recours à un organisme privé gérant les tutelles. C'est le juge qui leur distribue les dossiers en fonction de l'adéquation des profils protecteur/protégé. Un même tuteur peut avoir au maximum 35 personnes sous sa protection. Les gérants de tutelle privés reçoivent un pourcentage du patrimoine de la personne sous protection, plafonné à 3%, et reçoivent également un pourcentage à la vente d'un bien de la personne.

Si la protection ne se passe pas bien, le juge des tutelles peut décider d'un changement de tuteur.

Le greffier en chef est celui qui contrôle et approuve les comptes. A part les opérations sur le compte courant, le tuteur doit toujours demander l'accord du juge pour effectuer des opérations financières (vente d'appartement, résiliation de bail...).

Il n'y a pas de durée fixe pour les tutelles et curatelles : à tout instant les personnes sous tutelle ou curatelle peuvent demander la main levée. Cette dernière requière la même procédure qu'à la mise sous protection (expertise des deux médecins). Un passage de la tutelle à la curatelle est possible si la situation de la personne s'est améliorée.

² Les différents régimes de protection juridique des majeurs sont définis par la loi du 3 janvier 1948.

³ La réforme du 3 mars 2007, qui entrera en application au 1^{er} janvier 2009, va modifier certaines choses dans ces régimes de protection des majeurs. Il semble que tutelle et curatelle impliqueront, au delà des aspects financiers, une protection de la personne (rôle éducatif). Cette réforme fixera comme durée maximale à la tutelle et curatelle 5 ans, sauf cas exceptionnels.

⁴ Pour la tutelle le dossier est au tribunal relevant du domicile du tuteur, mais pour la curatelle il est au tribunal relevant du domicile de la personne sous protection.

■ Les HO et HDT

Le malade mental présente un handicap mental et à ce titre bénéficie des droits des personnes handicapées.

« Toute personne handicapée a droit à la solidarité de l'ensemble de la collectivité nationale, qui lui garantit, en vertu de cette obligation, l'accès aux droits fondamentaux reconnus à tous les citoyens ainsi que le plein exercice de sa citoyenneté (article L114-1 Code de l'Action sociale et des familles - Casf) ».

Ceci vise à notamment assurer aux personnes handicapées toute l'autonomie dont elles sont capables et leur maintien dans un cadre ordinaire de vie (article L114-2 du Casf).

Le droit commun pour les modalités d'hospitalisation de la personne présentant des troubles mentaux est l'hospitalisation libre. C'est-à-dire l'hospitalisation effectuée avec le consentement de la personne ou de son représentant légal (article L. 3211-1 du Code de la santé publique – Csp).

La mesure de contrainte, qui représente une atteinte sévère à la liberté individuelle, doit donc être nécessaire, proportionnelle au danger encouru et non susceptible d'être remplacée par une mesure moins radicale.

Avec la loi fondatrice du 30 juin 1838, la personne atteinte de troubles mentaux est considérée comme un malade nécessitant des soins. La loi du 27 juin 1990 cherche également à satisfaire ce triple objectif de santé, de garantie des libertés et de sécurité. Elle a été légèrement modifiée par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

La législation relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation a été codifiée sous les articles L. 3211-1 à L. 3223-3 du Code de la Santé publique.

Les restrictions apportées à l'exercice des libertés individuelles du malade hospitalisé sans son consentement devront être limitées à celles nécessitées par son état de santé et la mise en oeuvre de son traitement.

En toutes circonstances, la dignité de la personne hospitalisée doit être respectée et sa réinsertion recherchée (Art L3211-3 du Csp).

L'article L.1110-2 du Csp rappelle également que « le malade a droit au respect de sa dignité ».

■ Dissociation des mesures d'hospitalisation sous contrainte du régime de protection des droits et des personnes

Une mesure d'hospitalisation sous contrainte n'emporte pas, privation ou suppression des droits reconnus à tout malade.

Les deux modes d'hospitalisation sous contrainte : l'hospitalisation à la demande d'un tiers et l'hospitalisation d'office

Le cadre juridique actuel de l'hospitalisation psychiatrique sous contrainte se caractérise par l'existence de deux procédures distinctes répondant à des priorités différentes, la santé du patient dans le cadre de l'Hdt, et la sûreté des personnes, dans le cadre de l'Ho.

L'hospitalisation à la demande d'un tiers (Hdt)

Elle est mise en œuvre lorsque les troubles rendent impossible le consentement du malade et que son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier (article L3212-1 du Csp).

La demande est présentée soit par un membre de la famille soit par un tiers susceptible d'agir dans l'intérêt du patient. La demande du tiers doit être manuscrite et signée mais elle n'a pas à être motivée.

Elle doit être accompagnée de deux certificats médicaux datant de moins de quinze jours. L'admission est prononcée par le directeur de l'établissement (article L3212-2 du Csp).

Les deux certificats médicaux qui accompagnent la demande du tiers doivent être concordants et circonstanciés, constater l'état mental de la personne à soigner, indiquer les particularités de la maladie et la nécessité de la faire hospitaliser. Le premier certificat « ne peut être établi que par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement accueillant le malade ». Il n'y a pas d'obligation pour que les certificats soient rédigés par un psychiatre (article L3212-1 du Csp).

A titre exceptionnel et en cas de péril imminent pour la santé du malade constaté par le médecin qui peut être celui exerçant dans l'établissement d'accueil, le directeur peut prononcer l'admission au vu d'un seul certificat médical émanant éventuellement d'un médecin exerçant dans l'établissement d'accueil (article L 3212-3 du Csp).

Ultérieurement, la nécessité de l'hospitalisation doit être confirmée par un psychiatre de l'établissement d'accueil, d'abord dans les 24 heures de l'admission. Le directeur adresse le certificat des 24 heures au représentant de l'Etat et à la Commission départementale des hospitalisations psychiatriques (article L3212-4 du Csp).

Le Préfet doit alors notifier les qualités de la personne hospitalisée et de l'auteur de la demande au Procureur de la République dans les trois jours de l'hospitalisation (article L. 3212-5 du Csp) puis dans les trois jours précédant l'expiration des quinze premiers jours de l'hospitalisation et enfin chaque mois (article L3212-7 du Csp).

La sortie immédiate du malade peut à tout moment être ordonnée par le juge des libertés et de détention saisi à la demande du patient ou d'un proche.

L'hospitalisation d'office (Ho)

Cette Ho concerne les personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public.

L'hospitalisation est prononcée par arrêté du préfet pris au vu d'un certificat médical circonstancié qui ne peut pas émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil (article L3213-1 du Csp).

L'arrêté préfectoral pris doit être motivé et énoncer avec précision les circonstances qui ont rendu la mesure de contrainte nécessaire. C'est le degré de précision de la motivation et du certificat médical qui détermine la satisfaction des exigences posées par la Convention européenne des droits de l'homme (Cedh) et donc la légalité de l'arrêté préfectoral, ainsi qu'il résulte de l'arrêt de la Cour administrative de Marseille du 6 juin 2000 (Caa Marseille, 6 juill. 2000, M. et Mme S., Ajda, p. 958 et 897).

Là aussi, une procédure d'urgence existe (article L. 3213-2 du Csp)

Elle permet au maire en cas de danger imminent pour la sûreté des personnes attesté par un avis médical ou à défaut par la notoriété publique⁵, de prendre toutes les mesures provisoires nécessaires à l'égard des personnes dont le comportement révèle des troubles manifestes. Le maire doit en référer dans les vingt quatre heures au préfet qui statue sans délai et prononce, s'il y a lieu, un arrêté d'hospitalisation d'office. Faute d'une décision du représentant de l'Etat, ces mesures provisoires sont caduques au terme d'une durée de 48 heures.

Le Préfet peut prononcer le maintien de l'hospitalisation d'office au vu d'un certificat médical rédigé par le psychiatre de l'établissement dans les 24 heures de l'admission puis au vu de certificats renouvelés dans les quinze jours, puis un mois après l'hospitalisation et ensuite au moins tous les mois (article L3213-1 et L3213-3 du Csp).

Le préfet peut mettre un terme à l'hospitalisation au vu d'un certificat d'un psychiatre ou sur demande de la commission départementale (article L3213-4 du Csp).

Des peines d'emprisonnement sont prévues à l'égard d'un directeur d'établissement qui n'observerait pas ces dispositions légales (articles L. 3215 -1 à 3 du Csp).

Le médecin peut également être sanctionné s'il ne rédige pas les certificats prescrits ou ne transmet pas une requête formulée par le patient à l'autorité judiciaire ou administrative (article L3215-4 du Csp).

Largement inspiré du souci de faciliter l'accès aux soins, le législateur a aussi cherché à favoriser la réadaptation des patients, notamment en légalisant la pratique des sorties d'essai, Qu'ils soient hospitalisés à la demande d'un tiers ou d'office.

Le majeur protégé est susceptible d'être hospitalisé à la demande d'un tiers : celui-ci peut être son tuteur ou son curateur. Il peut également faire l'objet d'une hospitalisation d'office.

■ Dispositif de contrôle

Par les autorités administratives et judiciaires

Les mesures d'hospitalisation à la demande d'un tiers, de renouvellement, de main-levées, de sorties sont portées à la connaissance du **Préfet** et du **Procureur de la république**.

En matière d'hospitalisation d'office, il appartient au préfet d'aviser « dans les vingt-quatre heures » le procureur de la République ainsi que le **maire du domicile** du malade de toute mesure, renouvellement ou sortie.

Les articles L 3212-11 et 3213-1 du Csp prévoient en outre la tenue dans chaque établissement d'un registre (communément appelé « **registre de la loi** ») sur lequel doivent être transcrits l'ensemble des renseignements et pièces administratives relatifs à chaque malade. La lecture de ce registre rend possible un contrôle rapide de chaque situation individuelle par les autorités administratives et judiciaires chargées de visiter à échéance régulière (article L 3222-4 du Csp) les établissements accueillant des malades mentaux.

⁵ Dans la pratique, le plus souvent, il s'agit d'un rapport de police ou de gendarmerie
Constitution d'un réseau partenarial en santé mentale sur le centre ville de Marseille
Ville de Marseille

Ces déplacements obligatoires doivent notamment permettre aux autorités judiciaires et administratives de recevoir « les réclamations des personnes hospitalisées ou de leur conseil », de rencontrer celles qui ont pu les alerter sur leur situation par écrit.

Par la commission départementale des hospitalisations psychiatriques (Cdhp)

Cette commission, informée de toute hospitalisation sans le consentement du malade, de tout renouvellement et de toute levée d'hospitalisation, est chargée d'examiner la situation des personnes hospitalisées pour troubles mentaux au regard du respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes (article L. 3222-5 du Csp).

Parmi ces fonctions (article R 3223-1 et suivants du Csp) figure un droit de visite des établissements psychiatriques, un rôle d'information et d'alerte à l'égard des autorités judiciaires et du préfet. La commission peut saisir le président du Tribunal de grande instance afin qu'il ordonne la sortie immédiate de la personne hospitalisée sous contrainte.

Cette commission est composée de deux psychiatres, d'un magistrat désigné par le premier président de la cour d'appel, de deux représentants d'associations agréées de personnes malades et de familles de personnes atteintes de troubles mentaux et d'un médecin généraliste.

■ ***Dispositif de recours***

Recours devant le juge administratif

Le juge administratif est compétent pour examiner **la régularité de la procédure** et la motivation des arrêtés préfectoraux mais une fois l'illégalité constatée, il n'appartient qu'au juge judiciaire de statuer sur les conséquences dommageables et de se prononcer sur l'indemnisation du préjudice.

Ainsi, du fait des **difficultés à trouver un tiers** qui accepte de signer une demande formelle d'hospitalisation du patient, les demandes étaient de plus en plus souvent rédigées par l'administrateur de garde celui-ci ne faisant pas partie du personnel soignant de l'hôpital d'accueil.

Le Conseil d'Etat dans son arrêt du 3 décembre 2003, confirmant différentes décisions de tribunaux administratifs, a confirmé que : « la décision d'hospitalisation sans son consentement d'une personne atteinte de troubles mentaux ne peut être prise sur demande d'un tiers que si celui-ci, à défaut de pouvoir faire état d'un lien de parenté avec le malade, est en mesure de justifier de l'existence de relations antérieures à la demande lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celui-ci. »

Cette jurisprudence, en fait, ne fait qu'appeler les établissements hospitaliers à une attitude active de recherche de tiers qualifiés, et dans le cas d'un défaut réel de tiers plus qualifiés disponibles, à établir un lien personnel avec le sujet.

Recours devant le juge judiciaire

Les recours qui visent à **obtenir la sortie immédiate de l'établissement ou la réparation du préjudice subi**, en contestant le motif de l'Ho ou de l'Hdt sur le fond, relèvent de la compétence du juge judiciaire.

Saisi par simple requête, le juge de la liberté et de la détention du Tgi du lieu de situation de l'établissement peut ordonner s'il y a lieu la sortie immédiate (article L 3211-12 du Csp) après débat contradictoire et après avoir ordonné les vérifications nécessaires. Ce magistrat dispose en outre de la faculté de se saisir d'office → voir intervention de Mme LEZER.

Ce recours peut être exercé par le patient et également par le conjoint, le concubin, le tuteur, le curateur, par un parent ou une personne susceptible d'intervenir dans l'intérêt du malade ou bien encore la personne ayant demandé l'hospitalisation et enfin par le procureur de la République.

Par ailleurs, le juge des tutelles, au titre des dispositions générales du Code civil, est concerné par l'application de la loi lorsqu'un malade hospitalisé sous contrainte bénéficiait avant son admission d'une mesure de tutelle ou de curatelle.

Contacts

Ddass :

- M. IMPAGLIAZZO, inspecteur principal des affaires sanitaires et sociales 04.91.00.59.42
- Mme Marie-Martine MESLIERE, assistante sociale, 04.91.00.57.31

Cdhp :

- Dr ARMOGATHE, président, psychiatre libéral
- Dr GUIDUCCI, médecin de l'Ordre
- Mme MEYER Marie-Odile, représentante des familles de patients
- Mme PAUL représentante des familles de patients
- Mme COLOMBANI Paule, magistrate, tribunal d'instance de Marseille
- Manque un psychiatre hospitalier

TGI (en cas de recours pour hospitalisation sous contrainte)

- M. MARTORANO et M. CARRUE, juges de la détention et de la liberté
- Mme LEZER, vice-procureur

■ Les questions liées aux cadres juridiques concernant les interventions dans les logements

La justice ne peut intervenir en ce qui concerne le logement, à moins qu'il y ait eu une infraction pénale (tapage nocturne, menace de mort...).

En cas d'urgence, un expert judiciaire peut venir faire une action référée, mais c'est très rare.

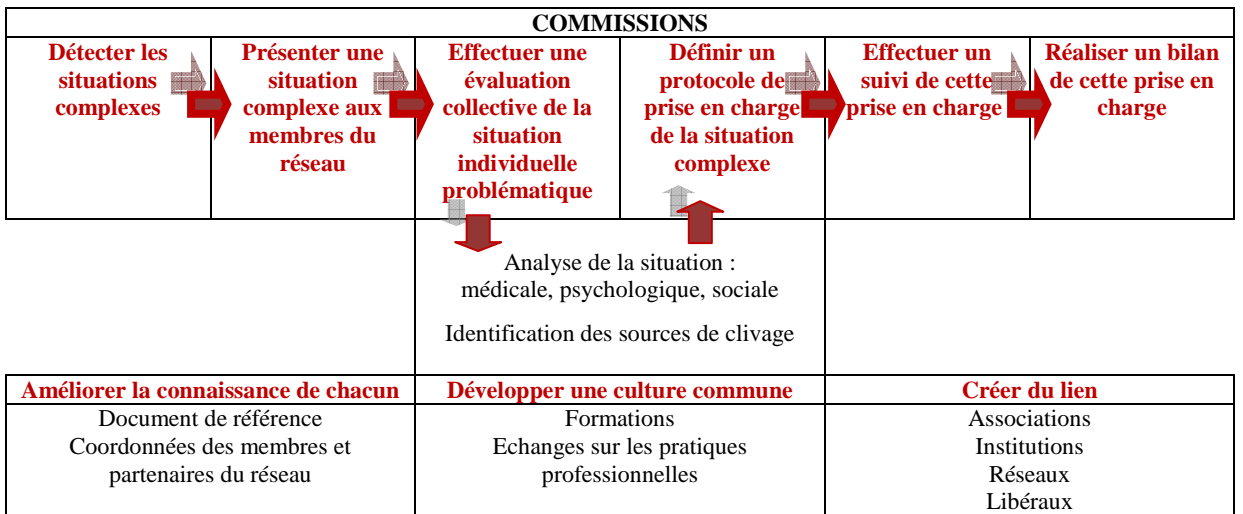
**PRESENTATION DU RESEAU «SANTÉ MENTALE ET LOGEMENT »
DU 1^{ER} ARRONDISSEMENT DE MARSEILLE**

La problématique du réseau
Les difficultés de gestion et de prise en charge de situations liées à un problème de santé mentale rencontrées par les techniciens de la ville lors de leurs interventions sur des problèmes d'hygiène ou de nuisances dans l'habitat

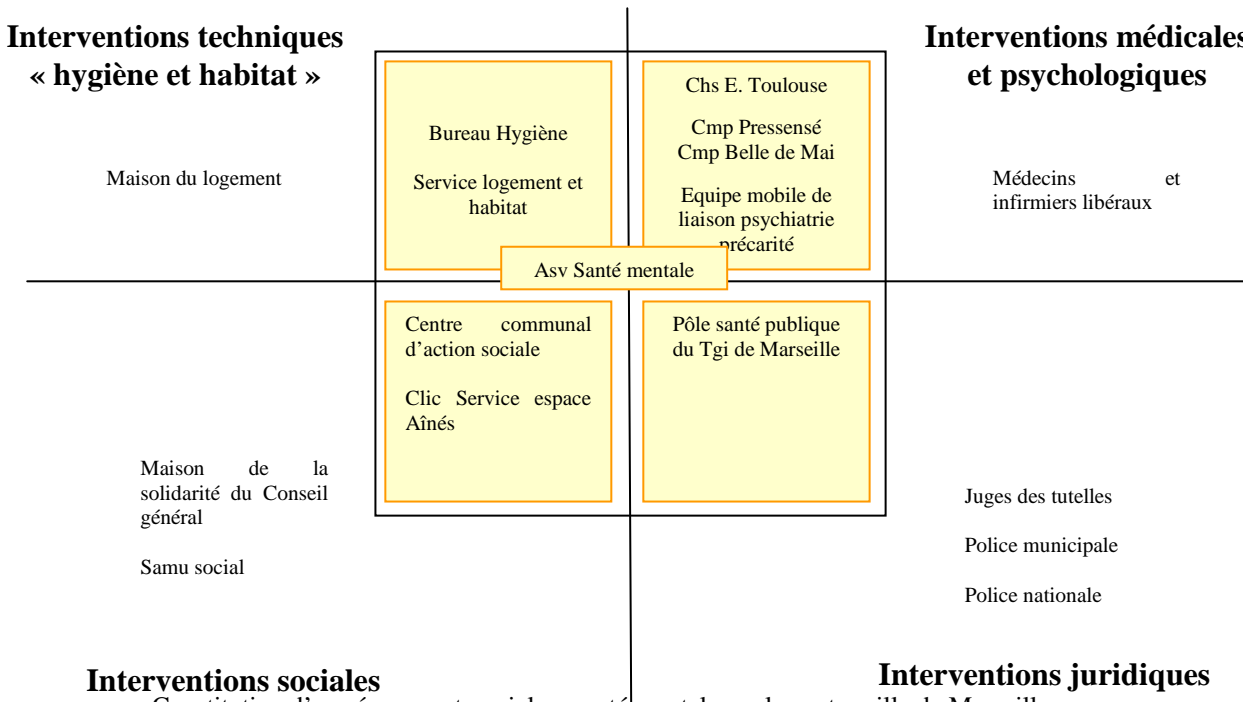
Les objectifs du réseau

L'objectif général
L'organisation d'une prise en charge « décroisée » des personnes en souffrance afin d'anticiper et éviter les passages à l'acte pouvant conduire à une hospitalisation d'office ou une intervention policière

Les objectifs opérationnels



Le partenariat du réseau



Constitution d'un réseau partenarial en santé mentale sur le centre ville de Marseille

Ville de Marseille

Document de référence - Gres médiation santé – juillet 2008

LES PRINCIPAUX ELEMENTS DE LA CHARTE DU RESEAU

- Garanti de la confidentialité des informations recueillies et du respect des règles de déontologie propres aux différentes professions représentées.
- Information de manière claire, loyale et appropriée de l'utilisateur sur sa prise en charge et les actions effectuées dans le cadre du réseau.
- Prestation la mieux adaptée à la situation personnelle de l'utilisateur ; prestation de qualité effectuée par du personnel formé aux tâches et missions leur incombant.

LES CRITERES D'INCLUSION AU RESEAU

CRITERE PRINCIPAL :

- **le niveau de complexité de la situation vécu par le ou les acteurs** : les cas sur lesquels les premières tentatives « isolées » de réponses ont échoué et où les acteurs confrontés à cette situation se retrouvent face à un blocage pouvant entraîner une crise.

CRITERES SECONDAIRES :

- **l'origine de la demande** : les plaintes et signalements de personnes à l'origine de troubles du voisinage ou de l'ordre public.
- **le type de problèmes pré-diagnostiqués** : personnes en situation de souffrance sur au moins un des trois niveaux définis : la souffrance existentielle qui touche tout un chacun ; la souffrance psychosociale liée à l'environnement ; la souffrance pathologique.

LES MODALITES DE SAISINE DU RESAU

Lorsqu'une « situation complexe » se présente :

- le réseau est sollicité par un de ces membres par l'intermédiaire du coordinateur ;
 - celui-ci organise une première réunion en présence de la personne qui sollicite le réseau ;
- lors de cette première rencontre, la situation est présentée par la personne à l'origine de la saisine ;
 - suite à l'évaluation de la situation, une commission est organisée. Il sera précisé en fin de rencontre QUI solliciter du noyau central et des partenaires pour cette commission, ceci au regard de la situation à aborder ;
- un référent unique pour la personne est alors désigné (sauf exception, où il est jugé nécessaire qu'il y ait une équipe référente) ;
 - le coordinateur organise une séance de la commission.

LE FONCTIONNEMENT DES COMMISSIONS

Après information de la personne (et de ses proches, familles et médecin référent) sur la démarche proposée, et la recherche de leur collaboration :

- le référent, en relation avec les membres du réseau concernés, rassemble les éléments et élabore une fiche « évaluation de la situation » ;
- les travaux des commissions font l'objet de « relevés d'orientations ». La commission aboutie à des décisions communes (engagement moral commun) concernant la prise en charge adéquate. Ces orientations prennent en compte non seulement l'évaluation de la situation, mais aussi les missions et contraintes des différents acteurs mobilisables ;
 - au bout de 4 séances maximum, un « relevé de conclusions » est établi ;
 - ces documents sont diffusés uniquement auprès des personnes et structures ayant fait acte d'adhésion au réseau ;
- les restitutions à l'utilisateur seront faites par le référent et le ou les services qui assureront la prise en charge

CONTACTS (COORDINATION)

Direction de la santé publique, ville de Marseille
Mylène Frappas (mfrappas@mairie-marseille.fr)