



Centre Régional
d'Études et d'Actions
sur les Inadaptations
et les handicaps

A propos de ...

N° 42 – Décembre 2012

Recensement et analyse qualitative des instances de coordination et de concertation autour de situations individuelles de personnes ou de familles en souffrance psychique en Ile et Vilaine

Synthèse d'une étude du CREAi pour le Département d'Ille et Vilaine (Pôle Solidarité – Direction des Personnes Agées / Personnes Handicapées).

I- INTRODUCTION

L'objectif principal de cette étude est le **"Recensement et l'analyse des instances de coordination et de concertation"** mises en place progressivement sur le territoire du département d'Ille-et-Vilaine : ces instances de travail sont des lieux de réflexions collectives sur des situations complexes de personnes, qui concernent à la fois des professionnels de la psychiatrie et des professionnels de l'action sociale du département, et plus largement des professionnels de l'intervention sociale, de l'habitat ou du médico-social.

Les spécificités de ces instances par rapport à d'autres formes d'interventions sont les suivantes :

- il s'agit de lieux réguliers de travail portés par les professionnels de plusieurs institutions et services, notamment des CDAS et de la psychiatrie publique, et qui peuvent être sollicités par d'autres professionnels ; elles diffèrent en ce sens d'une réunion de synthèse au sein d'un service avec participation éventuelle d'un professionnel extérieur ;
- outre le personnel des services sociaux de la psychiatrie, participent à ces instances des professionnels en position thérapeutique, ayant un regard clinique sur les situations : infirmiers et/ou cadres de santé, psychiatres ou psychologues de CMP de l'hôpital ;
- ces instances ont une dimension territoriale ; elles ne concernent pas qu'une institution, tel qu'un établissement pour personnes handicapées ou personnes âgées ;
- de par la présence de professionnels de différents services et établissements, ces instances de travail ne sont pas similaires à des réunions d'Analyse de Pratiques ou de Supervision, réunions cliniques ou institutionnelles, animées en leur sein par des psychologues cliniciens, psychanalystes ou psychothérapeutes ;
- ces instances ont une dimension institutionnelle, puisqu'elles engagent les institutions au-delà des quelques professionnels qui en prennent l'initiative et la responsabilité ;
- ces instances ne concernent pas tous les professionnels des institutions qui s'y sont engagées, puisqu'ils y participent sur la base du volontariat.

L'objectif de l'étude était de bien décrire et analyser leurs modes d'organisation et de fonctionnement, ainsi que leurs effets pour les usagers et les professionnels. Pour ce faire, nous avons interrogé de nombreux acteurs engagés dans le fonctionnement de ces instances (hors Ville de Rennes, 75 personnes). Sur le territoire de Rennes, il était convenu de ne pas faire de nouvelles investigations, étant donné l'investissement de l'APRAS¹ sur ces questions depuis plusieurs années, mais d'intégrer ici, avec l'autorisation de son directeur, des informations issues de missions d'accompagnement de professionnels sur ces questions sur différents quartiers de la ville.

¹ APRAS, 6, cours des Alliés, 35000 Rennes, 02 99 31 52 44
Site : www.apras.org

QUESTION DE METHODE

Rapprochement de la psychiatrie et des acteurs du social et du médico-social, convention, partenariat, réseau de travail... A propos des publics avec des troubles psychiques, les attentes sont nombreuses et les modalités de collaborations sont diverses.

Ce que montrent les dispositifs qui se sont mis en place depuis plus de dix ans sur le département d'Ille-et-Vilaine, c'est que de telles collaborations nécessitent :

- des temps de réflexion entre professionnels de différents services et institutions ;
- la référence à un cadre éthique et aux règles déontologiques des professionnels ;
- un respect de la singularité de la relation clinique qui lie les personnes en souffrance et les professionnels qui les accompagnent ;
- une écoute de chaque personne dans sa singularité, afin de l'aider à trouver ce qui peut l'apaiser ;
- un respect du désir d'apprendre des professionnels à partir des spécificités des problématiques des personnes rencontrées, qui tendent à mettre en cause de façon régulière les cadres des fonctionnements existants.

Jean-Yves Broudic,
CREAI de Bretagne

Ces instances sont des lieux de concertation entre professionnels sur des situations, mais il ne s'agit pas de lieux uniques. Notons en particulier les points suivants :

- **les équipes mobiles Précarité de la psychiatrie** (celles du CHGR sur Rennes et Rennes agglomération, et celle du Centre hospitalier à St Malo) : elles interviennent sur les lieux de fréquentation des publics précaires, pour des entretiens thérapeutiques sur une courte période et pour des réunions de travail avec des professionnels. Il ne s'agit pas en soi d'*Instances de coordination et de concertation*, mais elles peuvent en faire office, quand elles réunissent des professionnels de plusieurs structures autour d'une situation. Etant donné leur diversité d'interventions, nous ne pouvons présenter ici toute la gamme et les lieux de leurs interventions, mais nous les mentionnons à plusieurs reprises ;
- **les dispositifs spécifiques de la psychiatrie infanto-juvénile** : les *Instances* que nous décrivons ici ont été créées entre professionnels de la psychiatrie adulte et d'autres professionnels. Mais nous avons interrogé quelques responsables de la psychiatrie enfant et adolescent, mettant en évidence la grande diversité des modes de collaboration au travers de la présence de professionnels d'autres services à des réunions organisées dans une institution et dans le cadre de prise en charge commune ; mais il n'était pas possible de relater cette collaboration dans cette note de synthèse ;
- les relations de travail entre les **structures d'accueil de personnes âgées** et la psychiatrie ou la gériatrie-psychiatrie : là aussi il s'agit d'un domaine particulier, où les échanges entre professionnels sont très divers et notre étude n'est pas exhaustive sur ce plan ;
- cette remarque vaut aussi pour les liens entre les structures **pour personnes handicapées et la psychiatrie**, le cadre de cette étude ne permettant pas de faire une description de toutes ces collaborations.

II- LES DIFFERENTES FORMES DE CONCERTATION : APERÇU GÉNÉRAL

Les instances créées fonctionnent dans un paysage complexe de services et d'établissements qui ont développé entre eux différentes formes de concertation ; on peut y distinguer quatre niveaux :

- **des échanges généraux** en vue d'une meilleure interconnaissance des professionnels : rencontres favorisant les relations directes entre professionnels en cas de besoin ;
- **des échanges structurés pour des démarches collectives** : journées d'étude, soirées de réflexion et groupes de travail, pour des projets collectifs tels que l'organisation de la Semaine d'Information sur la Santé Mentale (SISM)...;
- **des collaborations ponctuelles autour de situations** de personnes ou de ménages avec l'invitation d'un professionnel extérieur à une réunion interne d'un service ;

- **des collaborations régulières entre structures**, formalisées ou non par des conventions de travail, par exemple entre la psychiatrie et telle structure médico-sociale pour personnes handicapées ou personnes âgées.

Dans le cadre de la mission d'étude, nous avons recueilli des informations sur ces quatre niveaux de collaboration, sans prétendre à l'exhaustivité. Il s'avère alors qu'il **existe une grande hétérogénéité et richesse des pratiques d'interrelations entre professionnels** de différents services publics, et notamment entre CDAS et psychiatrie publique. **Il existe une vraie dynamique territoriale de déclioisonnement** et elle est jugée positive par la totalité des acteurs. Les collaborations paraissent plus anciennes et plus construites pour la psychiatrie infanto-juvénile que pour la psychiatrie adulte, du fait des interventions conjointes nécessaires en cas de carences éducatives des parents ou de mise en danger des enfants ou du fait des pathologies des enfants qui parfois ne peuvent plus vivre dans leurs familles.

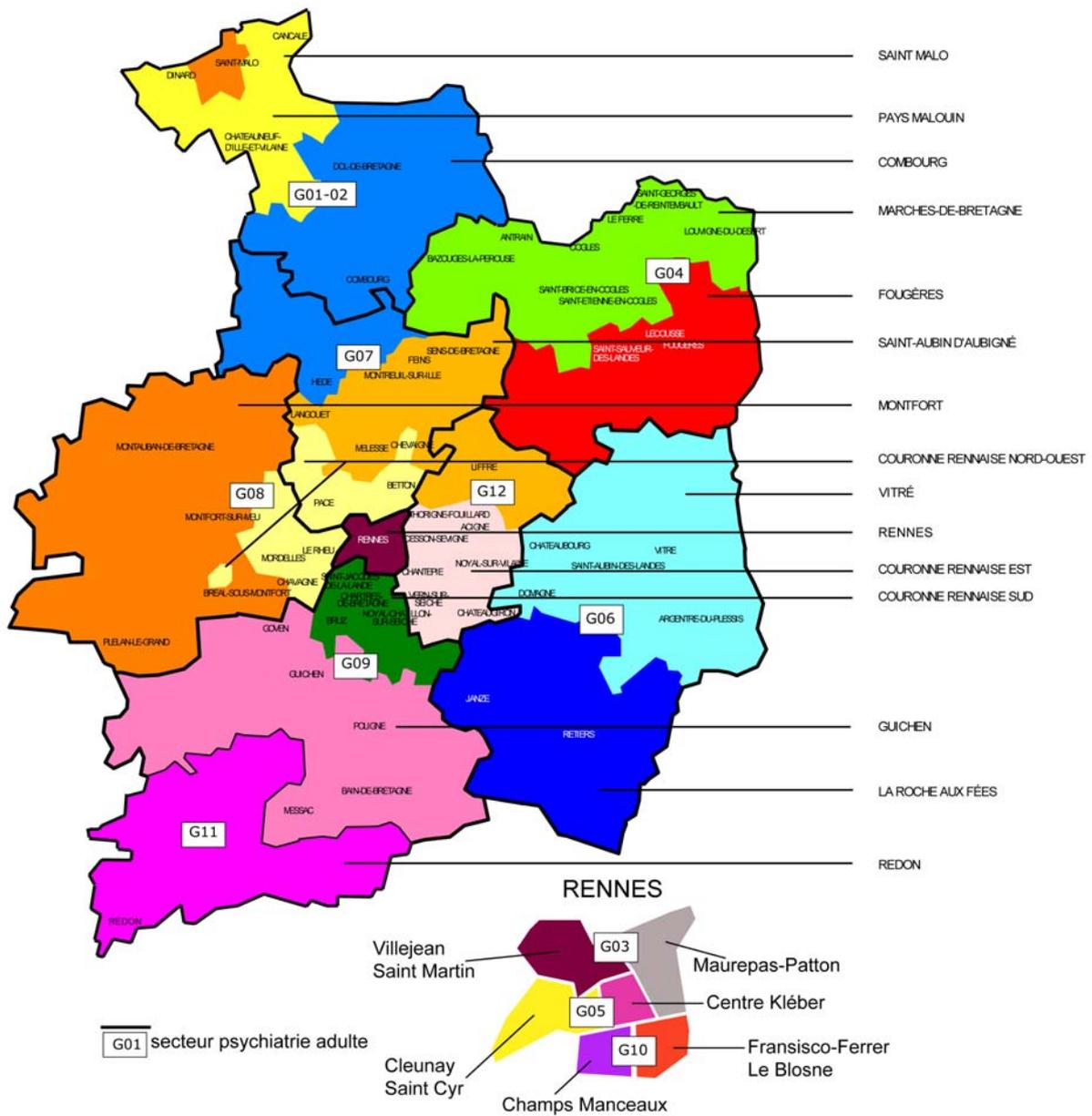
La dynamique observée peut être mise en rapport avec la généralisation de la couverture du département par des CMP dans les vingt dernières années. La restructuration récente (2009-2010) du découpage des secteurs de psychiatrie adulte au CHGR contribue à cette dynamique : là où les territoires sont en correspondance, les collaborations sont plus faciles, puisque les interlocuteurs sont identifiés et connus. C'est le cas maintenant sur la plus grande partie du département, puisque nous avons souvent la **configuration de deux territoires CDAS pour un secteur de psychiatrie**. Mais dans le Pays de Rennes, dans la couronne rennaise, les cartes ne correspondent pas : certains CDAS peuvent encore avoir affaire à 2 secteurs de psychiatrie (CDAS couronne rennaise Nord-Ouest et CDAS de St Aubin d'Aubigné), et certains secteurs de psychiatrie (G07) à 3 CDAS. Ces éléments sont un handicap pour la concertation générale et pour la concertation spécifique autour de situations complexes d'usagers.

Mentionnons le rôle-clef de certains professionnels dans la mise en œuvre de ces collaborations : les assistantes sociales de psychiatrie, dont une partie du travail porte justement sur le partenariat, et les infirmières et psychologues des CDAS qui font le lien dans l'autre sens. Il a été souligné que dans les inter secteurs de psychiatrie infanto-juvénile qui ne disposent pas de postes d'assistantes sociales, les collaborations sont plus difficiles à mettre en place.

Se rencontrer, se connaître est un préalable incontournable à la mise en place de collaborations plus suivies et cette interconnaissance doit être activée en permanence. *Il manque des réunions régulières*, nous ont exprimé les responsables qui sont sur des territoires où ces échanges entre professionnels sont considérés comme insuffisants.

Les instances existantes, que nous allons présenter, ne sont que la partie visible de l'iceberg, un important travail préalable de relations entre acteurs locaux est nécessaire pour que ces instances se créent et perdurent.

Territoires des CDAS et des secteurs psychiatriques adultes



REAL de Bretagne – 2 B rue du Pâtis Tatelin – 35700 RENNES – creabretagne@cegetel.net – www.creai-bretagne.org

III- LES INSTANCES : RECENSEMENT

Le tableau suivant rassemble quelques données recueillies sur les instances existantes (cf. aussi la carte p. 5) :

Nom	Territoire	Date de création	Activité
Lampadaire	Quartiers Nord de Rennes : Maurepas –Patton - Villejean-Beauregard et secteur G03	2003	De 2004 à 2011, c'est environ 150 situations qui ont été étudiées
Cerise	Pays de Fougères, territoire du CDAS de Fougères et du Coglès	2010	En 2011, 4 instances CERISE ont eu lieu. 10 situations ont été étudiées
Point d'Interrogation	Quartiers Cleunay- St Cyr – Bourg l'Evêque – La Touche, Rennes et secteur G	2006	Une réunion tous les deux mois, 2 ou 3 situations présentées par réunion
Ressort	Territoire du CDAS de Rennes – Centre Kléber	2010	
Rampes	Territoire du CDAS du Pays de la Roche-aux-Fées, CDAS de Janzé et secteur G06	1998	Une situation une fois par trimestre.
Mots croisés	CDAS de St Aubin d'Aubigné et de Pacé et Secteur CG07	2006	Sur 2010, 17 situations ont été présentées par des professionnels de CDAS, PAE, chantiers d'insertion, et élus.
Rem'aides	CDAS centre de Bain de Bretagne, secteur G09	2000	Une réunion par trimestre, et trois situations par réunion. Sur près de 12 ans, le nombre de situations serait au-delà de 100.
Etincelles	CDAS de Guichen, secteur G09	2008	Réunion une fois par trimestre, possibilité de travail sur 2 ou 3 situations
Sans nom	Territoire du CDAS de la Couronne Rennaise Sud (Chartres de Bretagne), secteur G09	2010	Une réunion de travail par trimestre, 2 ou 3 situations par réunion. Mais sur l'année 2011, une réunion sur deux a été annulée. L'équipe mobile de psychiatrie – précarité intervient aussi au sein du CDAS.
Regards croisés	Quartiers Sud Est de Rennes (Fransciso-Ferrer- Le Blossne), territoire de CDAS, ESC Le Blossne, - secteur G10	2002	Trois réunions d'analyse de situations se sont déroulées sur l'année 2010
Ressources	Pays de Redon- secteur G11	2011	Sur 2011 une réunion par trimestre, le nombre de situations présentées par des professionnels a été de 7 ou 8.
Hylo 35	Département, pour les bailleurs sociaux	2009	Deux situations travaillées par séance ; depuis 2009, une trentaine de situations ont été étudiées dans cette instance mobile.

On constate la couverture progressive du département au cours des dernières années, ce qui veut dire qu'il s'agit d'un dispositif correspondant à des besoins profonds et sérieux. **Les parties du département qui en sont dépourvues sont maintenant peu nombreuses** : sur la ville de Rennes, le quartier Sud – Ouest Champ Manceaux¹ ; sur l'Est et l'Ouest de l'agglomération de Rennes : les territoires des secteurs de psychiatrie G12 et G08 ; sur le nord ; le secteur G01 et G02.

Sur la carte, nous avons indiqué comme **autre modalité de travail** ce qui est en place sur la Ville et le Pays de St Malo, ainsi que sur la couronne rennaise : il s'agit des lieux de travail entre les acteurs sociaux et **les équipes mobiles de psychiatrie – précarité**, même si les interventions de ces équipes sont bien plus diverses que sur les communes désignées sur la carte. De même nous avons indiqué comme **autre modalité** les collaborations existantes sur Fougères, St Etienne-en-Coglès et Vitré, où la collaboration se fait avec du côté de la psychiatrie avec le CSAPA², mais où les professionnels des CMP ne sont pas engagés.

Trois territoire seulement - le Pays de Brocéliande (CDAS de Monfort - secteur G08), la partie Nord du Pays de Vitré (secteur G06) et Saint-Etienne en Coglès (secteur G04 – CDAS de Fougères) - **sont donc dépourvus de l'intervention d'une équipe mobile précarité – psychiatrie et de ce type d'instances**

¹ Sous l'égide de l'APRASE, des réunions de travail se déroulent en 2011-2012 sur cette perspective

² Centre de soins en addictologie et de prévention des addictions

avec le CMP, puisque c'est le CSAPA qui est partenaire sur Vitré et Fougères.

On soulignera également des différences quant à leur mode d'organisation. Si l'on retrouve à une ou deux exceptions près la même configuration (avec les trois caractéristiques suivantes : un lieu régulier et légitime de rencontres de travail ; une représentation de différentes institutions, dont les CDAS et les CMP ; et l'ouverture à des professionnels aux compétences différentes, dont des personnels en position thérapeutique...), on y observe également des variantes :

- quant à la composition du groupe permanent : pour Rem'aides, on a affaire essentiellement à un binôme CMP – CDAS ; ailleurs, d'autres structures et d'autres professionnels sont dans le groupe permanent ;
- quant au lien avec le médico-social : Ressource sur Redon présente la particularité de comprendre des structures du médico-social (ESAT et SAVS) dans le groupe permanent ; dans les autres instances les professionnels du médico-social ne sont pas impliqués régulièrement ;
- quant au lien avec les services mandataires judiciaires APASE, ATI, présents seulement sur certains territoires ou ponctuellement sur certaines situations ;
- quant aux liens avec les CCAS et particulièrement leurs services RSA : sur Rennes les CCAS et les ALI sont très présents dans les instances, sur Fougères aussi. Mais ailleurs ce sont des acteurs peu présents. Certains CCAS interrogés ne connaissant pas l'existence de ces groupes de travail ;

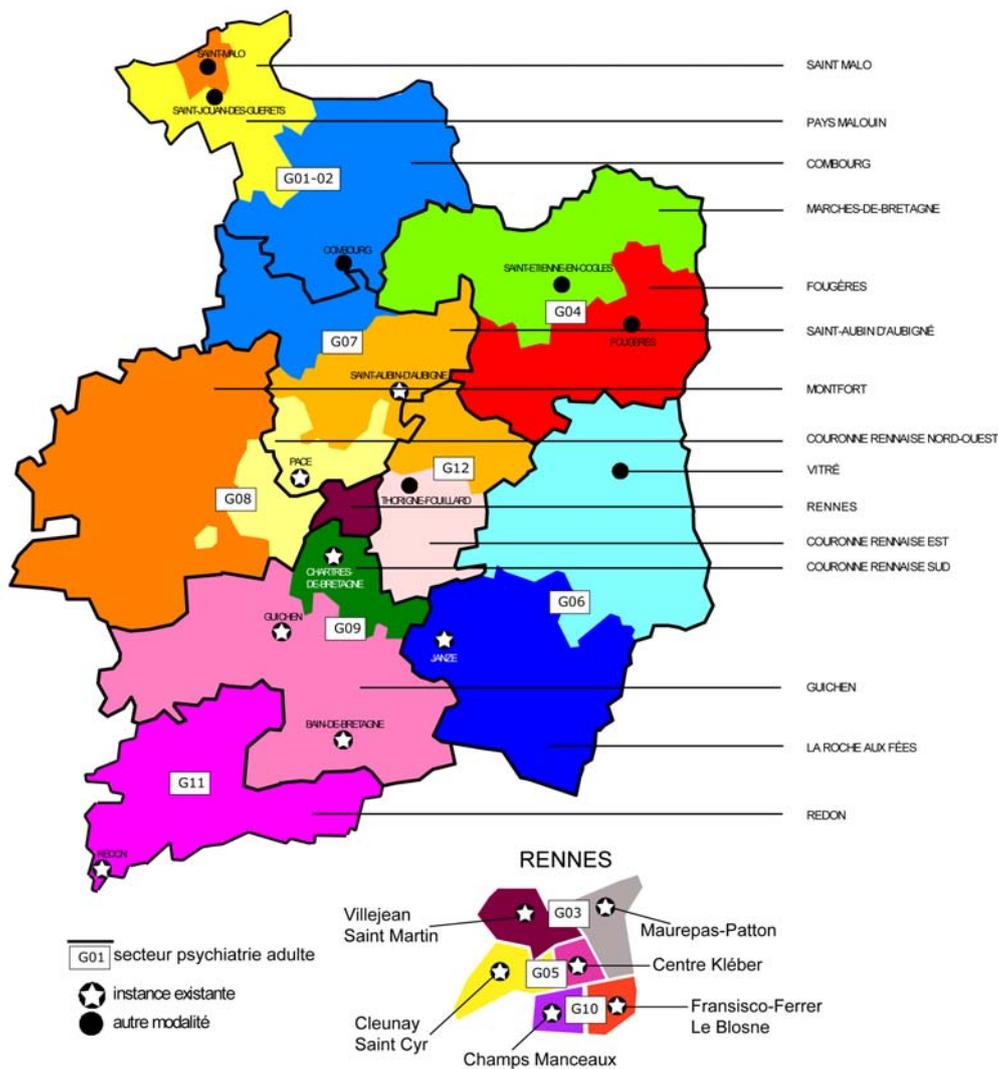
- quant aux liens avec les organismes HLM : les professionnels de ces services ne sont pas toujours impliqués dans les instances existantes, sauf à Rennes sur certains quartiers et pour certains organismes. Mais par ailleurs, ces structures ont créé leur propre outil de travail inter-partenarial, avec notamment la psychiatrie, HYLO 35 pouvant être considérée comme une instance mobile de concertation sur le département, pour des situations dans le parc social ;
- quant aux liens avec d'autres partenaires comme les élus, la gendarmerie et la police ; ponctuellement, on peut entendre que, dans certaines réunions, ces acteurs peuvent être présents ou représentés dans telle instance, tandis que cela n'est pas d'actualité dans d'autres instances.

De plus, au-delà du groupe permanent, ces instances fonctionnent de façon plus ou moins ouverte : à Rem'aides, peu de professionnels extérieurs sollicitent l'instance, à Lampadaires, on constate une grande diversité des participations hors CDAS et CHGR (près de 150 professionnels ont participé en deux ans). Cette large ouverture et cette dimension inter-

institutionnelle constituent un des axes généraux du fonctionnement de ces instances, et font que ces réunions sont différentes de réunions C.A.E. (commission d'aide à l'évaluation) et C.A.D. (commission d'aide à la décision) en CDAS, des réunions de synthèse dans tel service, des réunions d'Analyse de pratiques ou de supervision animées au sein d'un service ou établissement par un clinicien. En milieu rural également, des élus ont pu participer à des réunions de travail.

Là où ces dispositifs n'existent pas, les professionnels entendus disent qu'ils sont demandeurs et qu'ils ont engagé des démarches à ce sujet. L'enjeu pour eux est de dépasser les relations duelles entre professionnels et faire en sorte que la demande de tel professionnel vers un autre ne soit pas un désengagement du premier service demandeur. Il s'agit de passer à une autre vision des choses : la conviction de l'intérêt du travail en commun ; de l'importance du lien entre le professionnel et l'usager en difficulté comme soutien ; de l'importance du lien social comme élément déterminant pour la personne qui a des troubles mentaux.

Localisation des instances et autres modalités



REAI de Bretagne – 2 B rue du Pâtis Tatelin – 35700 RENNES – creaibretagne@ceqetel.net – www.creaibretagne.org

IV- LES INSTANCES : ANALYSE QUALITATIVE

Cette partie est consacrée à une analyse du travail réalisé dans ces instances et des effets qu'il produit pour les professionnels, dans les institutions et pour les usagers des services publics.

A - Objectifs des instances

Chaque professionnel ou chaque document relatif à l'instance (projet ou charte, quand ils existent) dit à sa manière les raisons de la construction de ce dispositif : l'intrication des difficultés des professionnels et celles des usagers qui présentent des signes de souffrance psychique ou de pathologie mentale. Certains mettent plus l'accent sur les difficultés des professionnels et affichent alors l'objectif de re-professionnalisation ; d'autres mettent plus l'accent sur les difficultés des usagers et la recherche de pistes de réflexion et d'intervention pour eux.

Ainsi le document qui présente RAMPES comprend : « RAMPES est une instance à disposition des professionnels et des partenaires de l'action sociale, qui a pour but de :

- Mettre un lieu à disposition pour exposer des difficultés rencontrées dans le cadre de nos missions d'aide à la population ;
- Ecouter, échanger, élaborer collectivement
- Contribuer, en croisant nos regards, à l'ouverture de situations de blocage ;
- Proposer des pistes de réflexion dans le respect des rôles et places des intervenants ;
- Rechercher de modalités concrètes d'intervention. »

R.A.M.P.E.S. fonctionne sur le principe de l'inter-vision sans jugement des membres participants.

La possibilité ainsi donnée à l'intervenant d'exposer son "embarras" professionnel dans un climat de confiance, permet d'ouvrir de nouveaux horizons. »

« Un ordre du jour est établi mentionnant uniquement, dans le souci de l'anonymat des personnes, les coordonnées du professionnel qui saisit la commission. »

Se présente toujours, d'une manière ou d'une autre, la double finalité d'un meilleur positionnement professionnel (lien à des collègues, lien aux usagers) et d'un meilleur service aux personnes, les deux étant liés. Ce qui veut dire que c'est aussi le lien entre le professionnel et l'usager qui est analysé et travaillé dans ces instances.

B – Situations étudiées

Sur le plan quantitatif, la plupart des instances fonctionnent selon un rythme d'une réunion bi- ou trimestrielle avec 2 ou 3 situations présentées, soit de 10 à 12 situations par an. Au bout d'une dizaine d'années, la **centaine de situations travaillées à plusieurs** est atteinte, c'est le cas notamment sur les territoires des instances Rem'aides, Rampes et Lampadaire. On observe que :

- la majorité des personnes dont parlent les travailleurs sociaux sont des personnes sans un suivi en psychiatrie, ce qui met l'accent sur la dimension de la prévention et de l'accès au soin ;
- certaines situations impliquent des professionnels libéraux, comme à Rampes en décembre 2011 : un médecin généraliste dépassé par une patiente

âgée, délirante ; une concertation a eu lieu pour organiser une HDT ;

- la question de la reconnaissance du handicap psychique se pose pour une partie du public de ces instances. Dans plusieurs situations, cette demande a été travaillée avec la personne, mais cela ne veut pas dire que cette question est abordée directement dans ces réunions ;
- **la plupart des instances excluent de travailler sur des situations d'urgence ou de crise, mais cela arrive de temps en temps** ; ainsi pour Rem'aides, 2 ou 3 fois en 13 ans, avec des dénouements tels que la visite d'une AS et d'un infirmier de psychiatrie ensemble au domicile de la personne ; ou une concertation pour organiser une hospitalisation libre. A Lampadaire, ces situations d'urgence ont été un objet de débat en 2011.

Globalement ces instances participent à la prévention de crises, donc contribuent fortement au bien-vivre ensemble. L'un de leurs effets est de rompre avec la logique de la "patate chaude", où tel acteur rejette à tel autre la responsabilité de la dégradation d'une situation, générant des tensions. Un bon échange de travail peut transformer une situation préoccupante en situation de non urgence (décision collective d'attente, au lieu d'une responsabilité individuelle) ; une instance peut aussi conduire à changer l'optique initiale de demande d'hospitalisation.

C – Des exemples de situations et de pistes d'actions

Les situations présentées permettent de se rendre compte des questions qui sont en jeu dans ces échanges, de la gravité des situations, des difficultés ou impasses dans lesquelles se trouvent les professionnels. Les situations mentionnées ici sont volontairement anonymes, y compris en termes de lieu et d'instances de travail. Bien entendu, un écrit est toujours réducteur par rapport à ce qui en a été mentionné en entretien et par rapport à la grande complexité sociale et psychique de la situation ; il faut lire ces moments comme des illustrations du travail accompli dans ces échanges.

- Une femme enceinte est en lien avec les travailleurs sociaux d'un CDAS et la PMI, car elle présente des signes manifestes de troubles psychiatriques. Elle a un traitement médicamenteux assez important pour sa maladie ; les professionnels sont inquiets de cette grossesse et des suites de l'accouchement : sera-t-elle en mesure d'assumer son rôle de mère ? faut-il faire un signalement avant la naissance ? L'échange au sein de l'instance (...) permet le regard croisé de la puéricultrice et de l'infirmier du CMP qui ont fait une visite à domicile, ainsi que celui des personnes du groupe permanent. La femme est actuellement bien investie auprès de son enfant.
- Un père de famille qui présente des signes de troubles psychotiques de l'ordre de la paranoïa a des comportements inquiétants avec ses enfants, à la limite de la loi. Il a cependant le souci d'être un bon père de famille. Il a une situation sociale difficile (pas de travail et difficultés financières). Parce qu'elle n'est pas une instance de décision (ce n'est pas là que se pose la question : faut-il faire un signalement ?), l'échange entre les participants dans l'instance (...) permet de soutenir l'intervention auprès de cet homme : maintien de la relation d'aide, accompagnement

vers des entretiens thérapeutiques au CMP, ce qu'il réalisera.

- Un homme a un grand délire de persécution. Il rencontre régulièrement l'AS de secteur. Sa situation est présentée dans l'instance (...) après qu'il ait été arrêté sur la voie publique pour des troubles du comportement. L'échange dans l'instance (...) permet de faire le constat que l'intervention de la loi au sens juridique produit un effet d'apaisement, et que à la place de la demande spontanée initiale à la psychiatrie (« *maintenant vous le prenez en charge* »), il est possible au travailleur social qui le connaît de longue date de continuer à le rencontrer en gardant une bonne distance.
- C'est une personne qui vit la nuit et n'ouvre pas sa porte le jour ; il ne répond pas plus aux écrits du bailleur social ; il a été suivi en CMP mais n'a plus de lien. Devant les nombreux problèmes posés, le maire de cette commune propose de l'expulser. L'échange au sein de l'instance (...) a permis de trouver le moyen de le convoquer au CCAS, de rétablir le lien et d'éviter l'expulsion.
- Situation vécue en août 2011 dans un CCAS : un homme violent lors de sa venue pour sa carte de transport, du fait de demande de papiers qu'il n'a pas ; il donne un coup de poing à l'ordinateur, est agressif avec la professionnelle qui est choquée et prend 10 jours d'arrêt. Cet homme a l'AAH, a été parfois hospitalisé au CHGR, et est en suivi au CMP et à une mesure de protection.
- Situation sur un chantier d'insertion, où le responsable et l'accompagnatrice sont débordés et se demandent s'ils vont renouveler le contrat pour un homme, en raison notamment de ses arrêts de travail nombreux. L'échange dans l'instance (...) a permis à ces professionnels d'apprendre que cette personne était suivie par le CMP, et que ses arrêts n'étaient pas à mettre sur le compte de la fainéantise, mais sur le compte de la maladie psychiatrique. Ils ont aussi été rassurés de ne pas être seuls comme intervenants auprès de cette personne, un autre contrat a été signé, avec un accompagnement un peu différent.
- Situation d'un jeune d'un service de logement, qui présente des manifestations de troubles psychiques, ce qui fait que le référent social du service insistait auprès de lui pour qu'il aille consulter au CMP, alors qu'il le refusait. L'échange dans l'instance (...) a permis de souligner une autre perspective de soins, avec son médecin traitant. Le réflexe du recours à la psychiatrie (« *allez consultez !* ») est relativisé.
- Situation présentée deux fois : un homme très virulent et très agressif en parole et en acte, avec voisins et dans l'agence HLM ; souvent alcoolisé ; il exprimait le souhait de changer de logement, mais il refuse à plusieurs reprises en dernière minute les logements qui lui sont proposés ; il était impossible de contractualiser avec lui. Cet homme, père de famille, se suicide.
- Un père de 74 ans et son fils de 40 ans, avec une relation pathologique sur fond d'alcool et problème d'hygiène ; risque et menace de passage à l'acte meurtrier ; en un an, intervention de la police une vingtaine de fois ; père refusant l'intervention dans son logement insalubre, et ayant peur de son fils. L'échange dans l'instance a permis notamment l'hospitalisation du fils, l'obtention de l'AAH, un signalement au Procureur, le lien avec le bailleur et le service Hygiène de la ville, ainsi qu'avec le médecin traitant ; le changement de référente au CDAS, la demande

de mesure de protection....

- Situations rencontrées par les bailleurs sociaux mais qui concernent aussi le parc privé locatif ou de propriétaire : des situations d'insalubrité extrême du logement, avec parfois la présence d'animaux³.

Certains participants indiquent que les situations présentées sont « *très très lourdes* ». Cela veut dire que les professionnels attendent longtemps parfois avant de solliciter l'instance. Ce constat va de pair avec celui sur les délais d'attente, deux mois, qui est par ailleurs une garantie quant à la volonté de privilégier la réflexion partagée. Ce constat met aussi en avant que le temps de l'action sociale (où des résultats à court terme sont de plus en plus attendus) n'est pas celui du thérapeutique, au sens de changements ou d'apaisement, surtout avec des personnes avec des troubles psychiatriques.

Parmi les pistes d'actions qui se dégagent des échanges dans ces instances, on peut citer :

- *l'accès aux soins, avec un accompagnement par un travailleur social : entretiens infirmiers, psychologues et suivi par un psychiatre ;*
- *l'accompagnement par un infirmier pour une démarche vers un travailleur social du CDAS ;*
- *l'organisation d'accompagnements concertés et conjoints (CMP de psychiatrie, CDAS et / ou autre intervenant) ; par exemple, l'organisation de visites à domicile en binôme : un travailleur social du CDAS et un infirmier du CMP de psychiatrie ;*
- *un entretien commun avec le médecin psychiatre du CMP et l'infirmière et l'AS du CDAS ;*
- *le déménagement d'un locataire dans le quartier, suite à une hospitalisation, quand le retour dans le domicile précédent était difficile du fait des troubles de voisinage créés ; le maintien dans le quartier permet le maintien des relations de soins établies au CMP ;*
- *la coordination des interventions de professionnels de plusieurs services et institutions différents, pouvant conduire en particulier à donner la même réponse à la personne ;*
- *le contact ou le recours à une personne tierce de l'entourage familial, du voisinage ou du réseau social pour rétablir un lien avec les personnes qui s'isolent.*

D'une manière générale, il est souligné que ce sont des situations de personnes isolées qui sont plus souvent présentées dans ces instances.

D - Apports aux professionnels

Les exemples de situations présentées ci-dessus montrent bien comment ces échanges conduisent à des réajustements de pratiques professionnelles. Les propos suivants donnent une autre idée de la "plus value" apportée par ces instances par rapport à d'autres réunions :

- *ces réunions apprennent à se connaître, on est encore sur des représentations les uns des autres*

³ Sur le département, Habitat 35 rencontre 3 ou 4 situations de ce type par an. Sur le territoire de l'agence d'Archipel Habitat de Rennes Maurepas, pour 3700 logements, une dizaine de situations de ce type par an.

et on ne sait pas toujours comment se parler ;

- avec ces échanges, on a un meilleur repérage des signes de maladie mentale, après on est plus attentif à certains clignotants, ce qui veut dire apport de connaissances sur les différentes pathologies ;
- on a appris au fil des ans à mieux lire les signes de détresse des personnes fragiles, à leur proposer et à les accompagner vers la psychiatrie ; ça évite des situations extrêmes ;
- parfois, il y a une attente d'un diagnostic psychiatrique par les travailleurs sociaux qui présentent une situation et la réunion permet au personnel de se placer sur le terrain de l'attitude professionnelle, la manière de mener l'entretien ;
- déjà la préparation d'une présentation d'une situation est bénéfique, ensuite cette présentation produit aussi un effet de recul par rapport à ses affects dans la relation avec un usager ; c'est différent d'une Analyse de Pratique en interne avec ses seuls collègues du service ;
- Il n'y a aucun autre lieu de travail pérenne inter-institutionnel à l'échelle des territoires : "C'est un lieu unique, on ne se croise pas autrement, même en tant que membre permanent, on ne se connaît pas, on n'a pas d'occasion de travailler ensemble en dehors de l'instance (...)".

Certains professionnels insistent sur le caractère informel des réunions de travail, sur le fait qu'il ne s'agit pas d'une instance décisionnelle ; « c'est un lieu où on peut parler librement des choses difficiles en restant le plus clinique possible ». Le professionnel peut y trouver un second souffle pour travailler avec les usagers avec qui il était dans l'embarras ; ce soulagement du professionnel n'est pas exclusif de la proposition de nouvelles pistes de travail concrètes pour la personne.

Les échanges dans l'instance peuvent produire un **effet d'apaisement**, pour le professionnel qui présente une situation : il se produit une **mise à distance**, une modification des représentations et des positionnements. La relation duelle, imaginaire, en miroir, potentiellement agressive, avec un usager est rompue du fait de l'échange. L'instance occupe alors une place de tiers dans les relations professionnel – personne, il vient rompre l'isolement professionnel face à des situations où "on est arrivé au bout". Cet échange peut aussi avoir pour effet une prise de conscience chez le professionnel concerné qu'il est peut-être trop « scotché » à la personne et qu'un peu de distance peut être bénéfique (*le trop étant souvent l'ennemi du bien*). La **redéfinition de la posture professionnelle** permet de lutter contre la banalisation de situations difficiles, de mieux supporter des situations lourdes et récurrentes, de remettre des limites dans l'intervention, de réduire la peur face à certaines situations : « *Que des collègues de la psychiatrie nous légitiment dans le fait que l'on ne peut pas faire plus, nous permet de nous rassurer sur une posture professionnelle, qui consiste déjà à être là en accompagnement de la personne...* ». Il est arrivé que la réunion dans une instance aboutisse à proposer de mettre un terme à une relation du professionnel avec une personne trop envahissante. L'effet peut être aussi une **déculpabilisation** : le professionnel n'est **pas responsable de la situation** ni de l'impasse dans laquelle il peut se trouver.

Les participants constatent aussi les limites du pouvoir de la psychiatrie et l'intérêt de rechercher en commun des solutions de bon sens, ce qui aboutit à une **démystification de la psychiatrie**, au sens de : "ils

savent, ils ont une solution" ou "il faut hospitaliser cette personne"; ils constatent aussi la diversité du soin en psychiatrie : certes, parfois quand c'est nécessaire une hospitalisation, mais aussi les soins en ambulatoire, les traitements médicamenteux tout comme les entretiens et suivis thérapeutiques par les infirmiers et les psychologues.

Ces échanges constituent un **apport de connaissances au travers d'une meilleure distinction entre pathologie psychiatrique et troubles** ou difficultés qui ne relèvent pas de la psychiatrie : incivilités, agressivité, détresse, fragilités diverses... « j'ai mis un certain temps à faire cette différence... » ; « dans un cas, l'échange a apporté un sens nouveau, alors qu'on était tous en panne » ; « Ce qu'on a appris sur les troubles psychiques ? Tout ! C'était une page blanche à écrire ; on apprend à observer comment est la personne, à écouter les professionnels collègues en parler, à accompagner sans être intrusif... ». **Cet effet d'acculturation** dépasse largement les membres permanents du groupe ; il concerne peu ou prou tous les professionnels qui y participent ponctuellement.

Les instances redonnent souvent une légitimité à une intervention d'un professionnel et plus largement à son service ou son institution ; elles contribuent alors à réduire des tensions entre professionnels au sein des services et entre services. Et un autre effet institutionnel se produit quand ce qui y est dit dans une instance est répercuté dans un autre lieu de travail, par exemple en cellule d'appui pour le RMI-RSA ; le professionnel peut s'en réclamer pour appuyer une demande de souplesse dans l'application des règles du RSA, s'il est difficile de contractualiser.

E - Limites rencontrées

La grande majorité des acteurs sont satisfaits du contenu des réunions, mais quelques-uns le sont moins et ne reviennent pas dans les réunions des instances. Des professionnels peuvent avoir une difficulté à exposer une situation ; certains attendent une expertise et des solutions rapides. Certains n'y vont pas du fait de la difficulté à savoir ce qu'on peut y amener et en retirer. Et certains professionnels de services disent aussi qu'ils rencontrent de plus en plus de situations complexes, mais on fait le constat qu'ils ne sollicitent pas l'instance qui existe sur leur territoire.

Mais, il est arrivé aussi que quelques situations viennent perturber le cadre de travail établi et notamment la frontière entre travail de prévention et situations d'urgence. La réunion peut alors laisser certains avec un sentiment de frustration. Toute personne avec des troubles psychiques graves est une personne en rupture de liens, générant également des ruptures de liens entre les acteurs qui l'entourent. Une instance peut aussi devenir la caisse de résonance de ces différentes logiques.

Les professionnels les plus impliqués répondent que l'intérêt de cette instance est précisément que, contrairement à d'autres commissions où il doit y avoir une réponse et souvent des décisions, les instances proposent une réflexion partagée à partir d'un regard croisé et que des pistes de travail peuvent en résulter mais pas automatiquement.

Il y a aussi une **méconnaissance des instances** par de nombreux professionnels qui y sont périphériques sur les territoires (ainsi par exemple en CCAS hors



Rennes). La forte grande taille des institutions et la rotation des personnels l'expliquent en partie : sur les ESC de Rennes, il peut y avoir plus de 200 professionnels ; dans les CDAS de territoire, il y a souvent une cinquantaine de professionnels, en y incluant la PMI et l'ASE.

F - Enjeux éthiques

L'engagement des professionnels dans ces instances se fait avec le souci d'une aide ou d'une présence auprès des personnes les plus fragiles. Il repose sur une référence éthique et des valeurs fortes, parfois écrites. La concertation préalable à la mise en place de ces groupes de travail permet parfois de l'explicitier. Les professionnels qui s'inscrivent dans ces démarches le font dans le cadre des missions de service public qui leurs sont confiées, dans le respect du cadre déontologique propre à chaque intervention professionnelle. Ils y participent en s'engageant à respecter les règles de confidentialité et de secret professionnel propres à leurs missions et fonctions.

La question de l'anonymat a été débattue dans plusieurs instances : elle est affichée dans la plupart des dispositifs ; elle n'est pas toujours appliquée. Cette question a un impact sur la forme des réunions et le nombre de participants : à Rem'aides, l'anonymat peut être levé le plus souvent parce que les personnes qui se rencontrent sont presque exclusivement des professionnels de CDAS et de CMP qui se connaissent. A Regards Croisés de Rennes – Sud Le Blosne, la présence de personnes bénévoles d'associations a rencontré la question de l'anonymat.

L'une des valeurs implicites de ce travail interpartenarial repose aussi sur la conviction de maintenir vivants les liens sociaux pour des personnes qui précisément sont en grande difficulté pour rester insérées dans la société : les personnes avec des troubles psychiques et une maladie mentale ont beaucoup de mal à respecter les cadres sociaux, qui reposent sur une certaine réciprocité (don / contre-don⁴) et une même temporalité. Ils mettent donc à mal très souvent leurs liens sociaux environnants, dont ceux avec des professionnels. Toutes ces personnes vivent des moments d'angoisse insupportables et elles distribuent généreusement leur angoisse autour d'elles. L'enjeu pour les professionnels est alors de réussir à l'accueillir et à la transformer.

Avant d'être en rupture de soins, toute personne avec des troubles psychiques graves est en rupture de liens⁵ ; d'où l'importance du lien avec la personne. Ce que permettent ces instances, c'est de chercher à maintenir ou rétablir un lien avec elles, parce que c'est dans les situations où une personne n'a plus aucun lien et ne croit plus à rien que peuvent survenir des passages à l'acte dramatiques. Ces instances permettent aussi de maintenir et restaurer le lien social entre les différents intervenants, en évitant son délitement.

⁴ En référence à *L'essai sur le don* de Marcel Mauss (éditions PUF), à l'origine du concept de Symbolique.

⁵ Dans leur livre « *Histoire et trauma. La folie des guerres* » (Stock 2011), Françoise Davoine et Jean-Max Gaudillière développent cette idée, mais surtout ils la mettent en relation avec l'histoire traumatique de certaines familles et l'histoire tragique du siècle dernier.



V- CONCLUSION

Les données rassemblées dans cette étude mettent en évidence l'extension progressive de formes de coopération structurées, pérennes et légitimes entre la psychiatrie publique et les CDAS et d'autres acteurs sociaux sur différents territoires du département.

Le point de départ de ces instances aura été, il y a plus de 20 ans, la proximité des lieux de travail des professionnels de CMP et de CDAS sur plusieurs secteurs ruraux du département à Janzé, Retiers, Guichen, Bain de Bretagne. Notons que sur la ville de Rennes, cette proximité géographique a été également un facteur favorable depuis 10 ans, puisque c'est sur la base des dynamiques engendrées par la création des ESC (Espaces Sociaux Communs regroupant notamment CDAS et antenne de quartier du CCAS) que la demande d'un partenariat avec la psychiatrie s'est construite. De plus, avec le redécoupage des territoires des secteurs de psychiatrie du CHGR en 2009, on voit encore que la dimension spatiale est un facteur déterminant, puisque là où les territoires de CDAS et de secteurs de psychiatrie correspondent, les coopérations se développent.

Le stade expérimental de ces dispositifs est donc maintenant largement dépassé. Ils ont fait la preuve de leur utilité, de leur intérêt. De tels lieux de travail en effet :

- offrent un meilleur service au public et permettent à certains usagers qui en étaient éloignés un accès à des soins en psychiatrie ;
- offrent aux professionnels un lieu de réflexion et d'échanges sur leurs difficultés à travailler avec certaines personnes ;
- contribuent au décloisonnement des services et créent les conditions pour d'autres échanges de travail au-delà des situations travaillées collectivement ;
- constituent un élément d'un dispositif de prévention et de santé publique, qui contribue au bien-vivre ensemble, puisque l'on sait que les fragilités psychologiques et les pathologies mentales peuvent être à l'origine de troubles divers (de voisinage, à l'ordre public, et de dysfonctionnements institutionnels...).

Nous avons souligné aussi que ces instances ne peuvent naître et perdurer que sur ***un terreau fertile, c'est-à-dire une concertation préalable et durable entre les acteurs de terrain***, au contact direct avec les publics concernés, et entre les institutions interpellées. Sur les territoires ruraux, on voit que la concertation régulière y contribue, en lien avec les acteurs du développement local. Sur la ville de Rennes, c'est une dynamique de concertation à l'échelle des quartiers qui en constitue le fondement. Cette concertation est une condition nécessaire mais pas suffisante. Elle doit aboutir aussi à définir des règles et des modalités de travail, et en particulier définir qui peut être présent quand on travaille sur des situations et à quelles règles s'engagent les professionnels. Cela explique que la mise en place de telles instances de travail nécessite toujours une assez longue période de travail préalable, aboutissant parfois à la rédaction d'une charte de fonctionnement de l'instance.

Sur la base d'une mouture de base (un lieu régulier et légitime de rencontres, une représentation de différentes institutions et la présence de professionnels aux compétences différentes, dont des professionnels de la psychiatrie en position thérapeutique), se sont



construites des configurations différentes selon les territoires : l'ouverture à tout acteur social est plus ou moins grande. La participation de professionnels des organismes HLM (en dehors d'Hylo 35), de CCAS, de services à domicile ou de structures du médico-social, tels que des SAVS, mais aussi de professionnels libéraux (médecins ou autres), y est très variable. Il nous semble que **cette ouverture est une question qui peut être renvoyée à tous les acteurs engagés dans ces dispositifs.**

Le lien entre ces instances et les professionnels du médico-social est assez ténu : dans une instance seulement (Ressources à Redon), des acteurs de ce secteur sont présents dans la concertation préalable et dans le premier cercle des professionnels. Le lien entre la psychiatrie adulte et la pédopsychiatrie n'est pas non plus particulièrement développé dans ces instances.

Les instances de coordination et de concertation du département ne peuvent pas être décrites en termes de **réseau**, qui est souvent équivalent à un partenariat acté par une convention, et dont la finalité est d'orienter les personnes vers les structures adéquates. Ici, dans les instances existantes, rien de tout ça ! Les modalités de fonctionnement de ces instances, leur souplesse, apparaissent alors bien adaptées aux logiques irrationnelles à l'œuvre fréquemment chez les personnes avec des maladies mentales et plus spécifiquement la psychose. La remise en cause des cadres sociaux existants, et l'impossibilité de se référer aux cadres spatio-temporels ordinaires, constituent en effet une des caractéristiques fréquentes des troubles psychiques, ce qui se peut se traduire, à certains moments, par l'angoisse devant tout ce qui est nouveau, le commandement par un autre persécuteur, l'impossibilité d'un face-à-face pour une simple demande ou un entretien ordinaire, etc.

Les instances créées apparaissent comme une réponse adéquate dans la mesure où la configuration de travail autour d'une personne y est à géométrie variable, toujours construite en fonction de la singularité de la situation. Cette plasticité des interventions autour d'une personne permet de tenir compte à la fois des réalités sociales, des règles juridiques et administratives des interventions et du cadre de vie en

société, mais aussi de la dimension psychique qu'il est plus difficile de saisir mais qui pèse fortement.

On a observé également que les professionnels qui s'engagent à travailler dans ces instances de façon ponctuelle ou permanente le font sur la base d'un désir personnel, en acceptant de venir exposer des difficultés devant d'autres professionnels. Ceux qui y viennent acceptent de mettre leur savoir et leur manière de faire en jeu, de présenter aux collègues leurs limites et leur incompréhension, en considérant qu'il est possible d'apprendre à partir des situations présentées. Tous les professionnels des équipes ne sont pas dans ce positionnement.

A l'heure où le travail administratif prend plus de place dans le quotidien des professionnels, ces instances sont donc pour les intervenants un lieu de ressourcement. Elles présentent une double caractéristique : elles sont à la fois institutionnelles, puisqu'elles ne sont créées qu'avec l'aval des directions des services concernés ; mais leur fonctionnement et leur pérennité ne reposent pas sur un protocole ou une procédure, mais sur un engagement personnel des intervenants.

Les dispositifs mis en place sur le département sont en correspondance avec les orientations du PRS, Programme Régional de Santé, défini par l'ARS en début 2012. Ce plan préconise en effet l'amélioration de la qualité d'amélioration et de la coordination des soins. Les instances au département contribuent à la coordination des soins et apportent un meilleur service aux usagers ainsi qu'une plus-value aux professionnels qui s'y engagent.

Ces dispositifs, qui articulent des interventions d'institutions différentes, esquissent donc **une politique locale et citoyenne de santé mentale**, mise en œuvre dans le respect des droits des personnes, puisque les collectivités territoriales sont présentes et actives, au travers d'investissements matériels (locaux) et immatériels (temps et compétences de professionnels des CDAS, CCAS, CLIC, animateurs territoriaux de santé...).



CREAI de Bretagne – 2 B, rue du Pâtis Tatelin - 35700 Rennes
Tél : 02.99.38.04.14 – Fax : 02.99.63.41.87 - Mail : creaibretagne@cegetel.net
Et retrouvez les informations du CREAI de Bretagne sur son site : www.creai-bretagne.org

