

Journée d'étude

**Les RESAD et autres démarches de concertation professionnelle
autour des situations psychosociales complexes :
vers un nouveau paradigme ?**

15 novembre 2012

Bourse départementale du travail de Bobigny



Tous nos remerciements aux différents professionnels qui ont accepté de préparer cette journée :

Pilar Arcella-Giroux, médecin référent santé mentale et addictions à la Délégation Territoriale 93 de l'ARS,
Françoise Archer, conseillère technique chargée des actions liées à la santé au Service Social Départemental, Conseil Général,
Christelle Berthon, coordinatrice de l'Atelier Santé Ville d'Epinay-sur-Seine,
Marie Chupin, documentaliste au Conseil Général,
Martine Dalet, inspectrice au pôle promotion de la santé de la Délégation Territoriale 93 de l'ARS,
Sylvie Daugreilh, responsable de la circonscription de service social de Montreuil, Conseil général,
Thierry Lacombe, médecin au Service des Personnes Handicapées, Conseil général,
Muriel Laffaille, coordinatrice de l'action sociale à l'EPS de Ville Evrard,
Agnès Lefort, médecin psychiatre responsable du CMP d'Epinay,
Corinne Obritin, documentaliste au Conseil général,
Fabrice Pecot, médecin psychiatre chef du pôle psychiatrie du CHI Robert Ballanger,
Annie Rafenaud, responsable de la circonscription de service social de Stains, Conseil général.

Tous nos remerciements également à Sandy Ekou et Delphine Di Silvestro pour leur aide précieuse dans l'élaboration de ce document.

Journée d'étude

Les RESAD et autres démarches de concertation professionnelle autour des situations psychosociales complexes : vers un nouveau paradigme ?

PROGRAMME

Ouverture de la journée par Francine Bentley,
Directrice de la DPAS, Direction de la Prévention et de l'Action Sociale, Conseil
Général de Seine Saint-DenisP. 6

Le matin : **Dynamique départementale et initiatives locales**

- ❖ Le groupe d'appui action sociale santé mentale : Docteur Pilar Arcella-Giroux, médecin chargée du pôle santé mentale à la Délégation Territoriale 93 de l'ARS, Agence Régionale de Santé.....P. 9
- ❖ Le groupe Interface de Bondy : Docteur Chaltiel, psychiatre chef de Pôle CMP de Bondy (EPS de Ville Evrard)P. 13
- ❖ L'évaluation de la RESAD d'Aubervilliers : Marie Perrier, responsable adjointe service social municipal et le Docteur Abaoub-Germain, médecin responsable du CMP d'Aubervilliers (EPS de Ville Evrard)P. 23
- ❖ La RESAD intercommunale d'Epinay/Pierrefitte/Villetaneuse : Chrystelle Berthon, coordinatrice ASV d'Epinay et Sabine Millet coordinatrice ASV de Pierrefitte.....P. 35
- ❖ Les résultats de l'étude sur les instances de type RESAD menées par les circonscriptions de service social : Françoise Archer, conseillère technique santé au Service social départementalP. 43

L'après-midi : *Les problématiques techniques*

- ❖ Le secret professionnel et le partage de l'information : Jean-Paul Le Bronnec, Président de l'UNAFAM 93 et Muriel Laffaille, coordinatrice de l'action sociale à l'Etablissement Public de Santé de Ville Evrard.....P. 61
- ❖ Les apports et interactions des RESAD :
 - Dr Fabrice Giraux, Directeur de la santé à Aulnay,P. 73
 - Katia Levy, assistante sociale à la circonscription de service social de Noisy-le-GrandP. 77
 - Brigitte Bureau, assistante sociale de l'association ATD (Aide à Toute Détresse) Quard Monde, Noisy-le-GrandP. 81
- ❖ Les cadres de travail mis en place localement :
 - Déborah Martin, responsable de la coordination gériatrique à la Ville du Pré-Saint-Gervais et Loïc Scordia, assistant de service social au CMP du Pré-Saint-Gervais ;P. 85
 - Docteur Fabrice Pecot, psychiatre chef de pôle au CHI R. Ballanger, pour le RESAD de SevrantP. 91
- ❖ La place de l'usager : Emmanuelle De Kayser, présidente de l'AFCC association française pour la clinique de concertation et Doctoresse Sophie Baudry, psychiatre et thérapeute familiale à RoyanP. 95
- ❖ Clôture de la journée : Riad Bouhafs, responsable du pôle offre de soins et médico-social à la Délégation Territoriale 93 de l'ARS, Agence Régionale de Santé P. 120



OUVERTURE DE LA JOURNEE PAR FRANCINE BENTLEY, Directrice de la DPAS

Bonjour à toutes et tous,

Bienvenue à cette journée d'étude qui a été mise en œuvre par le Conseil Général, plus particulièrement par le Service Social Départemental et le Service des Personnes Handicapées, ainsi que par la Délégation Territoriale de l'ARS, grâce à l'implication du Docteur Pilar Arcella-Giroux et de Madame Martine Dalet que je remercie tout particulièrement pour ce co-pilotage.

Je suis ravie de constater, à regarder la salle, l'audience nombreuse qui nous montre si besoin en était l'intérêt d'avoir conçu cette journée ! Et la diversité des participants fait parfaitement écho à notre propos du jour qui vise une pratique par définition transversale, inter institutionnelle, qui décroïsonne, et ce, si j'ose dire, grâce à l'usager... ! La place de celui-ci sera d'ailleurs interrogée cet après-midi.

C'est en effet la question de la concertation qui sera au cœur de nos débats aujourd'hui, concertation qui réunit des professionnels et quelquefois des bénévoles, d'horizons divers, psychiatres, travailleurs sociaux, coordonateurs d'ateliers santé ville, etc...à propos de situations particulièrement complexes de personnes en grande difficulté et en souffrance psycho sociale.

On sait bien que ces situations où les personnes cumulent problèmes de santé, difficultés sociales, isolement, peuvent quelquefois mettre à mal l'action des professionnels quels qu'ils soient et qui, isolément, n'ont pas forcément les outils, les ressources, les dispositifs pour répondre et proposer un accompagnement adapté.

Cette intrication des problématiques sanitaires et sociales engendre souvent une complexification des situations qui nécessite d'autant plus que l'on ne reste pas seul pour tenter d'y apporter des réponses et que l'on travaille en réseau.

Mais je laisse le soin aux différents intervenants qui vont me succéder de revenir plus techniquement sur ces aspects tout au long de la journée!

Je veux toutefois souligner l'engagement du Département dans ce domaine, en premier lieu bien sûr par l'activité quotidienne de ses services d'action sociale,

sanitaire et médico-sociale auprès de la population, mais aussi par des actions plus spécifiques, comme par exemple :

./ la participation du Service Social Départemental, du Service des Personnes Handicapées, et de la Mission Prévention des Conduites à Risque à l'instance de pilotage très importante qu'est le groupe d'appui action sociale santé mentale fondé en 2005 par l'ancienne DDASS et dont le Docteur Pilar Arcella-Giroux, qui la pilote maintenant, va nous parler,

. / ou encore la mise en œuvre par le Service des Personnes Handicapées, dans le cadre de son 2^{ème} schéma départemental, d'un groupe pluri partenarial de suivi sur le handicap psychique. Ce groupe a produit la charte santé mentale/action médico-sociale ainsi que le recueil des « 29 clés pour faire avancer la réflexion sur les réponses aux besoins des personnes handicapées psychiques en Seine Saint-Denis », outils que certains parmi vous connaissent certainement.

Pour terminer je voudrais dire quelques mots des objectifs de cette journée technique qui a été construite par un petit groupe pluri professionnel et pluri partenarial que je remercie ici.

Il a en effet été souhaité :

- d'essayer d'être au plus près des attentes et des problématiques rencontrées par les acteurs de terrain,
- de mettre en valeur les instances de concertation, souvent appelées RESAD, qui existent dans notre département quelquefois depuis fort longtemps et qui continuent de se développer,
- de favoriser ainsi le partage d'expérience, la mise en commun, le débat sur l'évolution de ces pratiques professionnelles,
- de susciter, modestement !, la réflexion auprès des acteurs locaux intervenant sur des territoires n'ayant pas encore mis en place ce type de travail en réseau,
- de ne pas cibler une catégorie de population au niveau des situations complexes, comme par exemple celle des personnes âgées, mais de rester dans une approche plus « généraliste ».

C'est pourquoi le parti a été pris de solliciter un maximum de témoignages d'acteurs de terrain que vous allez entendre tout au long de la journée, donnant ainsi à voir un panel le plus représentatif possible de l'existant.

Ces illustrations ne seront surtout pas présentées comme un modèle qu'il faudrait dupliquer, mais bien comme des dynamiques locales qui ont été construites et développées sur la base de la volonté, de la réflexion et des ressources mises en commun par des acteurs locaux.

Je vous souhaite une très bonne journée.



Transition faite par Thierry Lacombe, Médecin du Service Personnes Handicapées (Conseil général).

Merci Madame Bentley.

Je vais animer les tables rondes du matin et vous expliquer comment se passe la journée, prévue en deux temps:

- la matinée sera consacrée à la présentation du panorama départemental en matière de maillage action sociale/santé mentale, puis un focus sera fait sur des expériences départementales en matière de RESAD, réunion ou réseau d'évaluation des situations d'adultes en difficulté.

- l'après-midi sera plutôt dédié à des thématiques, des problématiques qui ont été identifiées comme prioritaires, ou qui posent question.

C'est le Docteur Pilar Arcella-Giroux, ex Coordinatrice de l'Atelier Santé Ville d'Aubervilliers, qui est maintenant psychiatre médecin référent santé mentale et addictions à la Délégation Territoriale 93 de l'ARS, qui va nous présenter le groupe d'appui action sociale santé mentale.



Intervention du Docteur Pilar Arcella-Giroux, médecin référent santé mentale et addictions à la Délégation Territoriale 93 de l'ARS.

**L'EXPERIENCE DU GROUPE D'APPUI
PSYCHIATRIE ET ACTION SOCIALE
EN SEINE-SAINT-DENIS :
UNE STRATEGIE POUR IMPULSER LE
TRAVAIL EN RESEAU AUTOUR DE LA
SOUFFRANCE PSYCHIQUE**

En 2004¹, la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales, DDASS, de Seine Saint Denis lançait un « processus de concertation santé mentale et action sociale » auprès des acteurs sanitaires et sociaux du département. Cette initiative était motivée par des constats partagés autour d'une augmentation notable du nombre des personnes en grande souffrance psychique par l'accroissement des inégalités sociales (chômage, nouvelles formes de management, précarité au travail, problèmes de logement, pressions accrues à la performance et à la réussite scolaire et au travail...).

L'impact de cette souffrance était identifié d'un côté, sur l'accompagnement de ces publics, devenu plus difficile pour des travailleurs sociaux peu formés aux questions afférentes à la souffrance et aux troubles psychiques, et d'un autre côté sur les files actives de la psychiatrie avec une augmentation des mêmes.

Par ailleurs, concernant les personnes confrontées à des pathologies ou en souffrance psychique et en situation de grande précarité², si certaines pouvaient bénéficier d'un soutien thérapeutique régulier, d'autres en revanche n'étaient pas suivies par les services de santé mentale.

Du point de vue des réponses, dans les modalités de collaboration entre les services de santé mentale et les dispositifs d'action sociale, très inégales dans le

¹ Depuis la Délégation Territoriale de la Seine Saint Denis de l'Agence Régionale de Santé a repris le pilotage

² Un tiers des personnes sans abri souffre de troubles psychiques graves (Enquête Samenta, Observatoire du Samu social 2011)

département, apparaissait comme nécessaire tant une sensibilisation des travailleurs sociaux à leur rôle dans le champ de la santé mentale qu'une amélioration de la disponibilité et de la mobilité des secteurs psychiatriques.

Les objectifs donnés à la démarche visaient à consolider le partenariat entre les établissements de psychiatrie et les structures d'action sociale en développant les réponses en réseau aux besoins des personnes en situation de fragilité psychosociale.

La stratégie retenue a été la mise en œuvre d'un processus de concertation sur l'échelon du secteur de psychiatrie adultes. Pour soutenir ce processus, a été organisé un « Groupe d'appui » intégrant deux représentants de la DDASS 93, quatre représentants des deux établissements de psychiatrie présents sur le département, deux représentants de la Direction de la prévention et de l'action sociale du Conseil général, la responsable du Comité de liaison et de coordination des services sociaux Clicoss 93³, un représentant de la Mission de prévention des conduites à risques du Conseil général, un représentant d'Interlogement 93 (en charge de la coordination de l'hébergement d'urgence), un représentant de la FNARS 93 et deux personnes qualifiées dans le département.

L'action s'est organisée autour de quatre axes de travail : le soutien à la mise en place des équipes mobiles psychiatrie précarité ; la création de la « Formation santé mentale et action sociale » à l'EPS Ville Evrard et à l'intention de tous les acteurs sociaux du département ; l'organisation d'activités de communication sur l'articulation psychiatrie et action sociale (déjeuner débat, journée d'étude) ; l'impulsion d'une démarche de concertation locale dans des territoires relevant de la compétence des secteurs du CHI Robert Ballanger d'Aulnay-sous-Bois et du secteur 93 G 18 de l'EPS Ville-Evrard de Neuilly-sur-Marne.

Un binôme DDASS et un des membres du groupe d'appui animaient les démarches de concertation locale dans les secteurs volontaires. Ces réunions concernaient les secteurs de psychiatrie adulte, les services et établissements sociaux implantés dans le territoire considéré et des structures médico-sociales composant un groupe de 15 à 20 professionnels par territoire. Le but était de soutenir le démarrage de projets locaux tendant à améliorer les partenariats autour de la question de la souffrance psychique.

Au fil des années, l'instauration des concertations locales a en particulier impulsé le développement des réunions pluri-professionnelles de type RESAD (Réunions ou réseaux d'évaluation des situations d'adultes en difficulté) et, sur l'un des

³ A l'époque active sur le département

secteurs, la mise en place d'une instance de concertation plus pérenne, « Concerto », se proposant d'assurer une veille sanitaire, d'organiser des rencontres sur des thèmes fédérateurs et de monter d'autres projets de soins.

Le travail autour des Equipes mobiles psychiatrie précarité⁴ (EMPP) a facilité la création de 3 EMPP et d'une Permanence d'Accès aux Soins de Santé (Pass Psy à Ville Evrard) avec le projet de deux autres équipes mobiles pour couvrir tout le territoire. La première unité mobile de la Seine-Saint-Denis, l'EMPP du nord-est du département rattachée à l'Hôpital Robert Ballanger, a été créée en octobre 2006. Un second projet sur le sud-est du département, l'EMPP « La Cordée », a suivi à l'Hôpital Ville-Evrard en septembre 2008. Enfin, l'EMPP « La Boussole », rattachée à Ville-Evrard, démarrée en septembre 2010. Deux autres EMPP devraient être créées dans les années à venir.

Ces EMPP s'adressent essentiellement aux personnes en difficulté sociale, souffrant de troubles psychiatriques et ne sollicitant habituellement pas la psychiatrie mais qui sont signalées par les partenaires sociaux et sanitaires et nécessitent des modes d'intervention ajustés. Les équipes travaillent, d'un côté, auprès des professionnels pour leur fournir une aide à l'évaluation et du conseil sur les pratiques et, d'un autre côté auprès des usagers eux-mêmes, souvent non demandeurs d'emblée, afin d'aller vers eux et leur proposer, le cas échéant, une prise en charge adaptée. Par ailleurs, avec les professionnels et autres aidants les EMPP établissent un fonctionnement en réseau impliquant les services de soins du secteur psychiatrique, les structures d'hébergement, les services socio-éducatifs, le SAMU Social, la PASS psy, entre autres.

Quant à la formation au repérage de la souffrance psychique appelée « Action Sociale/Santé Mentale » et destinée aux professionnels de l'action sociale, elle a touché près de 460 professionnels ces dernières six années. Cette formation, d'une durée de 6 jours, peut être qualifiée de formation-action dans le sens où elle vient en appui à la démarche globale d'amélioration des partenariats entre l'action sociale et la psychiatrie de Seine Saint Denis. Les éléments d'évaluation recueillis mettent en évidence notamment une évolution des représentations concernant les soins psychiatriques et la maladie mentale ainsi qu'une ouverture vers les occasions d'évoquer des situations ou des expériences communes avec les partenaires.

Le développement d'une vision partagée entre les membres du Groupe d'appui fait évoluer autrement les modes de collaboration. Ainsi, rapidement, les 3 EMPP et la Pass Psy se sont constitués en groupe de coordination psy-précarité 93. Ils se

⁴ La première unité mobile française a été créée en 97 à Rouen

réunissent à rythme régulier et travaillent sur le recueil de données et les rapports faisant le bilan de leurs activités mais aussi sur des aspects plus techniques des interventions.

Le travail du Groupe d'appui a continué malgré les transformations intervenues au niveau de la DDASS avec le passage à l'Agence Régionale de Santé et le départ du médecin et de l'inspectrice à l'origine de l'initiative⁵ ; au niveau des deux hôpitaux avec des changements de direction et de présidents des CME ; et, enfin, au niveau du Conseil général avec l'arrêt du Clicoss 93. Si le Groupe a ainsi réussi à se maintenir mobilisé est, sans doute, grâce à l'engagement de chacun de ses membres mais aussi fort probablement à la cohérence des actions entreprises et à la forte stratégie de coordination entre les acteurs utilisée par lui depuis ses débuts.



- Transition faite par Thierry Lacombe :

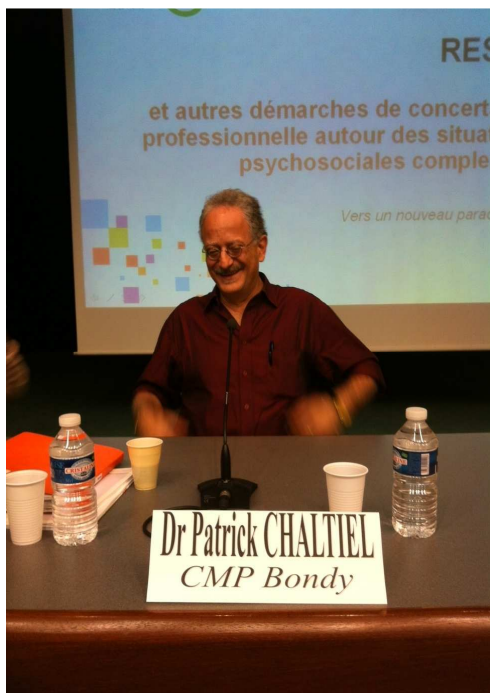
Merci Docteur Arcella-Giroux, je crois qu'on a bien compris l'importance de ce groupe et de la nécessité d'une concertation institutionnelle au niveau départemental pour faciliter celle qui doit prévaloir au niveau local.

A souligner également l'impact de ce processus sur le développement de deux outils majeurs que sont les équipes mobiles psychiatrie précarité, et la formation action sociale santé mentale, portée entre autres par Madame Laffaille coordinatrice de l'action sociale à l'EPS de Ville Evrard. Cette action de formation doit perdurer.

*Je vais passer ou plutôt prêter tout de suite la parole... au Docteur Chaltiel !
Le Docteur Patrick Chaltiel est Chef de service de la Clinique du Bois de Bondy, donc sur le secteur 14, établissement de Ville Evrard, et va nous présenter INTERFACE, un dispositif qui n'est pas tout à fait un RESAD, ça date peut-être de l'ère proto RESAD c'est à dire juste avant - je vois que le Docteur Chaltiel acquiesce !*



⁵ Le Dr Philippe Leborgne et Mme Clothilde Calvier



Intervention du Docteur Chaltiel - Psychiatre Chef de Pole CMP de Bondy (Secteur 14 - Etablissement de Ville Evrard)

Donc le paléolithique de la concertation... Oui je suis un peu bavard, donc effectivement Thierry, une fois mon temps de parole écoulé, tu me coupes et je m'arrête là où j'en suis, ce n'est pas grave hein, on peut continuer des heures... !

Alors qu'est-ce que je vais vous dire... parce que je connais déjà à peu près 10 à 15 ou 20 % des gens dans cette salle donc je ne voudrais pas répéter toujours les mêmes

choses, en même temps il y a des choses sur lesquelles j'aime bien insister car je pense qu'elles sont nécessaires à répéter: par exemple, que la philosophie de la concertation est l'essence même de la "Santé Mentale".

Vous savez qu'à Lyon a eu lieu un grand colloque international sur la question de l'influence de la mondialisation sur la santé psychique, événement qui a donné lieu à une déclaration, rédigée par Jean Furtos, entre autres, dite "déclaration de Lyon". Je pense que c'est un texte très important, parce qu'il met l'accent sur "le lien", et c'est ça que je voudrais développer surtout aujourd'hui: les couplages inter humains et ce qu'ils produisent dans les psychismes. Par exemple: la mondialisation, qui est un couplage macroscopique et général produit des effets dans la psyché de chacun de nous. Pourtant, on pourrait se dire que la mondialisation, c'est assez éloigné de l'intrapsychique...mais au contraire, il y a un lien très direct entre la mondialisation et l'intrapsychique.

Mais je voudrais vous parler d'abord de ce qu'on est en train d'essayer de mettre en place dans notre département, en termes de concertation, d'échanges, de couplages, d'interprofessionnalité...:

Interface, c'est déjà une histoire qui date de 1998, je pense que c'est un peu avant ou en même temps que le RESAD d'Aubervilliers. En fait, Montreuil peut-être avait déjà commencé...

En tout cas, c'est un mouvement qui à mon avis est dicté par la nécessité. C'est-à-dire qu'à un moment donné, les travailleurs sociaux sont confrontés de plus en plus à la souffrance psychique, du fait que la psychiatrie enferme moins, et traite de plus en plus en ambulatoire. Il y a finalement deux interlocuteurs

privilegiés aux malades mentaux (en dehors des soins effectués par les équipes de psychiatrie), c'est leur famille d'un côté et les travailleurs sociaux de l'autre. Et vous savez que l'une des caractéristiques de nos chers patients, c'est justement d'essayer d'éviter de s'adresser à la personne qui serait la plus concernée par leurs difficultés. Ils ont plutôt tendance à passer par le détour d'une demande qui est masquée ou qui s'adresse à différents interlocuteurs de façon plus ou moins adaptée.

Donc c'est une nécessité de terrain: l'interlocution et la concertation.

Mais on n'est pas encore dans une "culture" d'interlocution et de concertation en Santé Mentale en France. La culture du territoire, du pré carré, du cloisonnement, de l'Hybris professionnel, de l'Institution, se pare souvent des atours du Secret (dit professionnel) et de la méfiance.

En Seine-Saint-Denis, néanmoins, je pense que les choses avancent, suivent leur petit bonhomme de chemin: les "interfaces", les RESAD et autres lieux d'échanges se sont développés et actuellement à mon avis on en est arrivés à un nouveau stade de l'interlocution, qui est l'interface entre Troubles Psychosociaux et Politiques de la Ville, c'est-à-dire l'avancée des Elus Locaux en direction de la prise en compte de ces problématiques de santé publique au sein de Conseils Locaux de Santé Mentale.

Pour moi, en effet, il y a trois étages nécessaires de concertation en santé mentale qui, à mon avis, conditionnent les "bonnes pratiques"... (comme dit notre Haute Autorité de Santé, qui s'est missionnée d'édicter ces "bonnes pratiques" sur des bases prétendues prouvées...)

Pour moi, il n'est de "bonnes pratiques" en Santé Mentale que des pratiques "dialectiques". En santé mentale, il n'y a pas de codes de bonnes pratiques, hors l'interlocution, le dialogue, la concertation et parfois le conflit.

Donc je vous disais il y a trois étages, pour moi, qui sont absolument indispensables et qui doivent être réfléchis, à la fois de façon distincte et de façon interconnectée, c'est :

L'interlocution avec les usagers :

J'englobe dans les usagers, les personnes touchées par les troubles psychiques ET leur entourage humain, leur entourage proximal qui est leur famille, leur entourage un peu plus éloigné, leur groupe d'appartenance, leur voisinage...

Donc ce travail avec les usagers de la santé mentale, il est vraiment au cœur de ce qui avait été défini dans les années d'après-guerre comme la pratique du Secteur. C'est-à-dire, une pratique située non pas derrière les murs d'une institution mais au cœur de la Ville, Je vous rappelle toujours cette phrase de

Lucien Bonnafé : « le psychiatre est sur la place publique et demande à la population: "qu'y-a-t-il pour votre service »

...ce qui n'implique pas que le psychiatre réponde de façon à satisfaire, à tout prix, la "commande sociale", qui est souvent violente à l'égard des personnes touchées par les troubles mentaux. Prendre en compte la demande sociale n'est pas prendre en charge la commande sociale. Il faut bien distinguer. La Psychiatrie doit souvent résister à la Commande Sociale, mais elle se doit d'accueillir la Demande Sociale. Donc, le psychiatre de Service Public doit être en position d'interlocution avec la population et accepter d'écouter et de parler sur la place publique.

Ou est-ce qu'on en est avec les usagers, au sens large?

Eh bien on avance tranquillement dans cette direction avec l'aide de l'UNAFAM, bien sûr, et avec l'aide des associations d'usagers patients ou anciens patients, qui malheureusement sont encore en France très fragiles et précaires.

Alors l'UNAFAM propose actuellement d'absorber les usagers patients...

Je pense que ce n'est pas une bonne idée. Je pense qu'il faut maintenir ce triangle "d'alliance conflictuelle" entre patients et familles et psychiatrie...plus leur voisinage et les interlocuteurs institutionnels autour.

Je pense qu'il faudrait plutôt permettre aux associations d'usager de se fédérer mieux et de continuer à progresser et aussi à bénéficier de financements publics, ce qui est actuellement un peu remis en cause.

Ensuite, il y a l'interlocution entre professionnels, alors ça c'est les groupes tels que les RESAD ou Interface.

Interface, ça a commencé en 1998 après une journée de Secteur, organisée par Guy Baillon, comme une espèce "d'auberge espagnole"...il y avait la police, les pompiers, les tuteurs et curateurs, les travailleurs sociaux, les gardiens d'immeuble, les médecins généralistes, les médecins hospitaliers, les Associations, les Élus...

Bref, ça aurait pu être une Tour de Babel!... Mais ça a été tellement bien organisé que chacun a pu tenir sa place et sa parole et qu'il s'est produit vraiment un phénomène d'adhésion collective dans cette journée. A partir de là on s'est dit: "on ne peut pas s'arrêter là, on continue"...Et ça continue encore sous cette forme un peu protoplasmique, un "proto RESAD". La forme est assez floue, indéfinie. C'est un groupe ouvert où des tas de gens peuvent venir et peuvent aussi ne pas venir. C'est un groupe qui est mobile dans sa constitution mais qui se maintient toujours à peu près à 15, 20, parfois 30 personnes qui se réunissent régulièrement tous les mois. Alors il y en a qui ne viennent pas à toutes les sessions, on ne sait pas toujours pourquoi, mais il n'y a pas de "jeton de présence". C'est vraiment fondé sur l'envie, le besoin, le plaisir du partage.

Parfois le groupe se déplace : la prochaine fois on a décidé de faire INTERFACE à l'Aide Sociale à l'Enfance, parce que l'ASE s'est plainte d'un défaut d'interlocution.

(Petite digression sur la plainte:

Méfions nous de « l'érotisme mou de la plainte", c'est-à-dire la culture de la plainte qui instaure des modalités de rencontre régressives, fusionnelles, anaclitiques et egocentriques...en fait une façon de ne pas rencontrer l'autre, de rester à l'intérieur de sa propre plainte).

Donc l'ASE se plaint...OK! on va aller écouter cette plainte et la dissoudre dans le partenariat!

Ca nous prend tous à un moment ou un autre de nous sentir maltraités, négligés, isolés, incompris. Depuis Antoine Lazarus, nous avons appris que quand les acteurs sociaux se plaignent, il faut les entendre pour qu'ils évitent de se chroniciser dans la plainte.

Ceux qui me connaissent ici savent que je suis pour une culture de l'interlocution en Santé Mentale qui repose sur deux pieds solides: la Loyauté et l'Optimisme.

L'optimisme n'est pas spontané dans le domaine de la souffrance psychique et de la détresse psychosociale, donc ça se construit, et ça se construit ensemble, on ne peut pas être optimiste tout seul.

Cet optimisme, c'est une des co-constructions des RESAD, des groupes INTERFACE. C'est-à-dire, ils s'opposent à certaines des tendances sociétales qui nous tirent vers la dépression.

Il nous permet de repérer en quoi ces sous-jacences sociétales nous empêchent de travailler et nous il nous permet d'édicter de nouvelles règles de travail.

Alors, les règles d'Interface, je vous les rappelle, elles sont simples, pour moi elles ont été une invention tout à fait fructueuse :

- La première règle, c'est de sortir résolument du "jeu de la patate chaude", que vous connaissez tous: quand on est avec une situation embêtante, on essaye de la passer au voisin, et si le voisin ne la prend pas on dit qu'il ne fait pas son travail, et s'il la prend on dit qu'il capte la clientèle, etcetera, etcetera... C'est un jeu pervers qui fonctionne très bien quand les institutions sont cloisonnées et développent des attitudes "communautaristes".

Donc, première règle, on va essayer de dévier la patate chaude. Pour dévier la patate chaude, il faut se rencontrer car la meilleure façon de se renforcer dans l'idée qu'on est bon et que l'autre est mauvais c'est de ne pas rencontrer l'autre. Quand on commence à rencontrer les autres, on change d'avis, on se dit « ah ouais... il a peut-être raison ».

Je me souviens d'une époque ou je pensais que la MDPH était une espèce de grosse machine complètement déshumanisée, je n'avais jamais rencontré les gens

de la MDPH. Une espèce de grosse machine dans laquelle on rentrait un dossier et puis il sortait quelques années après éventuellement un autre papier, une conclusion. Pour moi c'était comme une espèce de robot.

A partir du moment où j'ai travaillé avec la MDPH, je me suis rendu compte des difficultés que rencontraient les gens qui y travaillaient, de leur conscience professionnelle, de leurs compétences, et j'ai arrêté de tirer à boulet rouge sur la MDPH, comme on le faisait à l'époque couramment.

Donc se rencontrer chaque mois: première règle.

- Deuxième règle : ne pas chercher le spécialiste!

On vit dans une société d'ultra spécialisation, qui fait reculer finalement les liens naturels. Quand il y a une catastrophe, on envoie un bataillon de déchoqueurs, de psychotraumatologues qui vont s'occuper des gens, et du coup, la population se sent tout à fait incompétente à gérer des situations qui peuvent être tout à fait gérées sans spécialisation. Uniquement grâce à la solidarité et à l'empathie humaine.

Donc nous nous sommes donnés pour règle: "il n'y a pas de spécialiste de la souffrance psychosociale, encore moins de la détresse psychosociale".

Chercher le spécialiste, c'est une méthode pour se débarrasser des gens. Donc il n'y a pas de spécialiste, ça veut dire qu'on l'est tous!

- La troisième règle, qui en découle, étant: il faut accueillir les gens là où ils se présentent.

Il y a des lieux traditionnels de dépôt de la souffrance psychique et de la souffrance psychosociale : il y a les urgences de l'hôpital général qui sont sursaturées, il y a les commissariats de police qui ne savent pas trop quoi en faire, il y a les services sociaux de circonscription qui ont beaucoup avancé à mon avis dans la gestion de ces affaires psychosociales. Les gens se présentent un peu là où ils voient de la lumière quoi !

Alors, pour l'Accueil avec un grand A, il ne s'agit pas seulement de dire sympathiquement bonjour avec un sourire, d'être poli, gentil et de conclure finalement: "vous vous êtes trompé de porte excusez-moi, ce n'est pas nous".

Il s'agit au contraire, de dire aux personnes qui sont dans ces situations de détresse ou de déshérence, qu'ils ont frappé à la bonne porte!... c'est déjà s'engager d'emblée, quelle que soit sa fonction, quel que soit son métier, de dire « oui, vous êtes au bon endroit » et non pas de dire à ces gens qui entendent ça toute la journée « non, vous n'êtes pas au bon endroit, il faut aller voir un tel ou un tel... » et bien sûr, ils n'y vont jamais.

Donc l'Accueil de la personne là où elle se présente.

- Quatrième règle : on ne peut pas travailler seul dans ce genre de situation complexe, donc il faut rechercher l'interlocuteur pertinent. Avec la personne demandeuse, immédiatement établir des triangulations.

Ce concept de triangulation, on l'a aussi un petit peu élaboré.

Il ne s'agit pas simplement de contacter un collègue d'une autre discipline et de lui dire « voilà, je t'envoie monsieur machin parce qu'il me paraît présenter tel ou tel problème et peut-être que tu pourrais l'aider... ». Il s'agit de faire une rencontre à trois, avec la personne concernée. Parce que les personnes en situation de souffrance psychosociale ou de détresse psychosociale on toujours l'impression qu'on complote dans leur dos. D'abord, elles sont habituées à l'échec qu'elles secrètent parfois. Ça, on le sait tous. Et puis, elles ont toujours le sentiment d'être des objets et non pas des sujets donc il faut les impliquer dès les premières démarches, dès la constitution du triangle opératoire, on va appeler un partenaire d'une autre discipline parce qu'on ne peut pas travailler seul et parce que la situation est complexe et nécessite des compétences complémentaires mais on va le faire en présence de la personne.

Si on peut faire un accompagnement physique, bien sûr, quand on a le temps de le faire, c'est le mieux, sinon, on téléphone mais avec le haut parleur et en présence de la personne concernée. Donc la personne est impliquée immédiatement dans ce dialogue entre partenaires, entre professionnels, elle est encouragée à devenir elle aussi un "spécialiste" de son cas et de sa situation.

- Cinquième règle : "Il n'y a pas d'obligation de résultat".

Alors ça, ça attaque violemment ce que j'appelle le "Tétrapode Sociétal Totémique", dont ceux qui me connaissent ont déjà entendu parler, c'est-à-dire la grosse machine à broyer.

C'est quoi, ce machin?...Vous allez me dire, bien sûr, on est dans une social-démocratie, on n'est pas dans un système totalitaire, mais même dans les social-démocraties il y a des instruments totalitaires de pouvoir et il faut les repérer. Il nous faut arriver à les décrypter et ressentir ce qui nous opprime, nous empêche de faire des choses.

Le Tétrapode Totem (TST), c'est un animal-robot à quatre pattes:

- principe de précaution,
- principe de transparence,
- principe d'évaluation,
- et principe de simplification.

C'est un animal qui a une tête: "l'obligation de résultat" et une queue: "la traçabilité".

C'est un animal qui dévore de la pensée et qui excrète des tableaux Excel, des protocoles et de procédures.

Donc, ça c'est notre ennemi en tant qu'acteurs de terrain (comme ça on sait un peu contre quoi on se bat). Et ça, ça fédère tous nos champs professionnels.

Quand on parle de ça aux élus, aux administratifs, aux travailleurs sociaux, aux soignants...tout le monde s'y reconnaît, et tout le monde a conscience d'avoir introjecté cet animal totem et qui parfois nous oblige...et nous décourage, parce que l'obligation de résultat dans le champ de la détresse est profondément pathogène!

On a très certainement une obligation de moyen qui est, pour moi, l'obligation que s'est fixée la psychiatrie depuis fort longtemps, c'est pour ça que la psychiatrie a sa place et son importance dans la Culture: le "non-abandon". L'obligation collective du non-abandon, c'est ça, notre "obligation de moyens". On n'abandonne pas. Peut-être qu'on n'arrivera à rien, peut-être même les choses vont s'aggraver, peu importe, on n'abandonne pas.

J'ai été dans le début de mes études de psychiatrie confronté au vrai asile. Il n'y en a plus beaucoup de vrai asile, mais le vrai asile psychiatrique, j'y ai passé un an, j'ai fait une dépression sérieuse pendant cette année là et même dans les années qui ont suivi. Donc, l'asile a laissé une marque profonde dans mon cerveau archaïque, reptilien, mon cerveau olfactif: c'est "l'odeur de l'abandon".

L'odeur de l'abandon c'est une chose que je repère immédiatement. Quand je vais dans une institution et que je sens cette odeur, je sais qu'il y a l'abandon...et le découragement.

Et ce sont les deux choses qu'il faut combattre dans ce domaine de la détresse psychosociale.

Donc le principe d'INTERFACE n'est pas d'arriver à des résultats mais de DÉJOUER L'ABANDON.

Pour aborder notre troisième niveau d'interlocution nécessaire en Santé Mentale, celui de la citoyenneté et du Politique, faisons un petit détour touristique par le sympathique village de Bugarach (dans l'Aude).

Vous savez que d'ici deux mois, un grand nombre de personnes, probablement quelques milliers, se regrouperont au village de Bugarach, dernier rempart contre l'apocalypse du 21 décembre (vous savez tous qu'il y a une apocalypse le 21 décembre 2012 et que Bugarach, dans l'Aude, sera protégé de l'Apocalypse).

Il y a des choses très marrantes comme par exemple, le prix du mètre carré à Bugarach, actuellement le plus élevé de France...conjuncturellement, bien entendu! Après le 21 décembre (si jamais il y a un après), ça va retomber dans les choux. Mais actuellement, il y a des américains, des allemands, des chinois, des japonais, qui viennent s'installer à Bugarach. Et le Maire de Bugarach complètement atterré de voir ce qui est en train de se passer dans son petit village.

Bon alors, quelles différences il y a-t-il entre eux, les Bugarachois, et nous ici ?

La différence, c'est dans la capacité à délirer, c'est-à-dire, à sortir des controverses et de la menace permanente du hasard qui malgré tout mène le monde, en écrasant cette notion de hasard par des certitudes révélées.

La certitude révélée est l'opposé épistémologique du savoir scientifique (qui est caractérisée par sa réfutabilité)...et l'opposé idéologique du débat, donc de la démocratie.

Mais, ne soyons pas dupes, cette capacité à délirer, nous n'en sommes pas non plus indemnes, même si nous ne sommes pas à Bugarach ici. Nous n'en sommes ni indemnes ni innocents... elle sommeille en nous, comme la promesse d'une paresse et d'une soumission reposante et jouissive.

J'imagine que ceux qui croient dur comme fer à l'apocalypse du 21 décembre, ne sont pas actuellement, comme nous ici, en train de se réunir pour essayer d'améliorer laborieusement l'avenir de l'homme vers l'égalité des chances, ils sont bien loin de ces préoccupations. Leur préoccupation c'est jouir du temps qui reste. Pourtant, bien que nous soyons, ici, ensemble et non pas à Bugarach, une partie de notre esprit, plus ou moins maîtrisée délire avec eux dans un fantasme de la certitude totalitaire et de la soumission psychique.

C'est pourquoi nos travaux sont toujours exposés au retour des certitudes, et le retour des certitudes conduit à des adhésions communautaristes.

Contre ces tendances naturelles à la paresse intellectuelle et au refuge des certitudes, seul le débat public nous protège. Il s'agit donc que ceux dont c'est le métier de mettre en acte la Démocratie: les Élus, s'emparent du sujet et organisent le débat public sur la question épineuse de la citoyenneté des parias, des exclus, des porteurs de stigmates...faute de quoi, comme à Bugarach, l'humanité entière continuera éternellement à se réfugier dans la certitude, aussi délirante que reposante, que la "folie" ou la "détresse" leur sont "étrangers" et "dangereux"!

Après ce détour par Bugarach et nos délires de "gens normaux", revisitons un peu notre propos inaugural sur la "mondialisation".

Il y a deux types de "couplages" qui coexistent et se succèdent dans tout processus de globalisation.

il y a les couplage à longue portée: les communications interhumaines et les liens interhumains sont soumis à ce changement majeur depuis l'ère informatique.

Les physiciens connaissent bien ces questions de couplage: les couplages à longue portée produisent de la métastabilité. Par exemple, vous savez que le pôle magnétique terrestre peut s'inverser brutalement. Ça, ça s'appelle la métastabilité ; un changement massif des normes, d'un seul coup du fait de couplages à longue portée.

Des sociétés entières peuvent aujourd'hui basculer brutalement dans de nouvelles normes du fait de l'intensité de ces couplages!

Les couplages à courte portée, par contre, (en gros, "l'esprit de village"), permettent, au contraire, ce que les physiciens appellent: "la coexistence de phases", c'est-à-dire, un processus qui est créateur et régulateur de normes.

Actuellement on vit une modalité de mondialisation qui favorise les couplages à longue portée, donc la métastabilité...donc des changements brutaux. On a vu basculer, d'un seul coup, l'Europe dans la crise. Soudain, les "Agences" et leur "triple A" deviennent des normes sacrées, monstrueuses et impératives, dévorant les peuples.

Le monde de la finance se révèle tout à coup dans son totalitarisme, son cynisme et sa métastabilité propre (car s'il y a un domaine métastable, c'est bien le domaine de la finance!!!)

Donc il faut lutter!...non pas contre la mondialisation! J'espère bien qu'au 22ème ou 23ème siècle, les hommes parviendront à devenir "citoyens du monde". Je n'abandonne pas du tout cette utopie. Mais je crois profondément que pour être citoyen du monde, il ne faut pas oublier d'être citoyen de son village.

Alors bien sûr, il y a les secrets médicaux, il y a les secrets professionnels, il y a tout ça. Je ne dis pas, bien entendu, qu'il faut balayer les confidences et la dimension de l'intime!

Mais je pense que les processus d'interlocution sont des processus de démocratisation et de citoyenneté locale, qui contrebalancent les effets pervers des couplages à longue portée et la métastabilité des processus de mondialisation de l'économie et de l'information.

C'est là le troisième niveau d'interlocution de la "Santé Mentale". Elle concerne "le Politique" au sens le plus "local", le plus noble. Pas celui des Empires, ni même des Nations. Celui de la Cité, du "vivre ensemble"...car la Santé Mentale se nourrit de "l'Universel", mais elle s'abreuve à la proximité du "Local"!

La boucle est bouclée. Me voila revenu à mon point de départ.

Je vous souhaite la bonne journée.



- Transition faite par Thierry Lacombe :

Merci Docteur Chaltiel. Nous avons un bon aperçu à la fois de la physique, de la biologie, de la biochimie et de la concertation ! On retiendra plein de choses, c'est peut-être cet optimisme et cette ouverture qui doivent permettre

d'accueillir, d'accepter qu'il puisse y avoir du conflit, qu'il puisse y avoir des plaintes et, dans cette concertation, la place de l'utilisateur qui doit être associé très en amont.

Je voudrais indiquer qu'existe une « charte partenariale Santé mentale-Action médico-sociale » (), que j'ai eue l'occasion de présenter à certains endroits, pour laquelle nous nous sommes largement inspiré des préceptes d'Interface et des propos du Docteur Chaltiel, ce dont on le remercie !*

Et c'est aussi une façon de dire que les Institutions peuvent entendre, malgré tout et même parfois s'emparer du débat !

On aura bien retenu cette phrase : le psychiatre doit être sur la place publique et demander « qu'est-ce qu'il y a pour votre service ? », donc on ne manquera pas de demander des services !

(* disponible auprès de Virginie Alves, chargée du Schéma départemental en faveur des personnes handicapées du SPH - valves@cg93.fr)



Nous passons maintenant aux deux prochaines interventions qui se feront à deux voix : tout d'abord je passe la parole à Madame Marie Perrier, qui est responsable adjointe du service social municipal d'Aubervilliers et au Docteur Agnès Abaoub-Germain qui est médecin psychiatre responsable du secteur 6, à Aubervilliers. Elles vont nous parler d'une démarche originale, jusqu'ici unique en son genre en Seine Saint-Denis, l'évaluation de la RESAD de leur territoire.





L'évaluation de la Resad d'Aubervilliers par Marie Perrier, responsable adjointe du Service Social Municipal et le Docteur Agnès Abaoub-Germain, médecin responsable du CMP d'Aubervilliers



CONTEXTE DE NAISSANCE DE LA RESAD

Une rencontre fructueuse entre les objectifs de l'ASV et le constat des professionnels du social, de la santé et de l'insertion.

LES OBJECTIFS DE L'ASV :

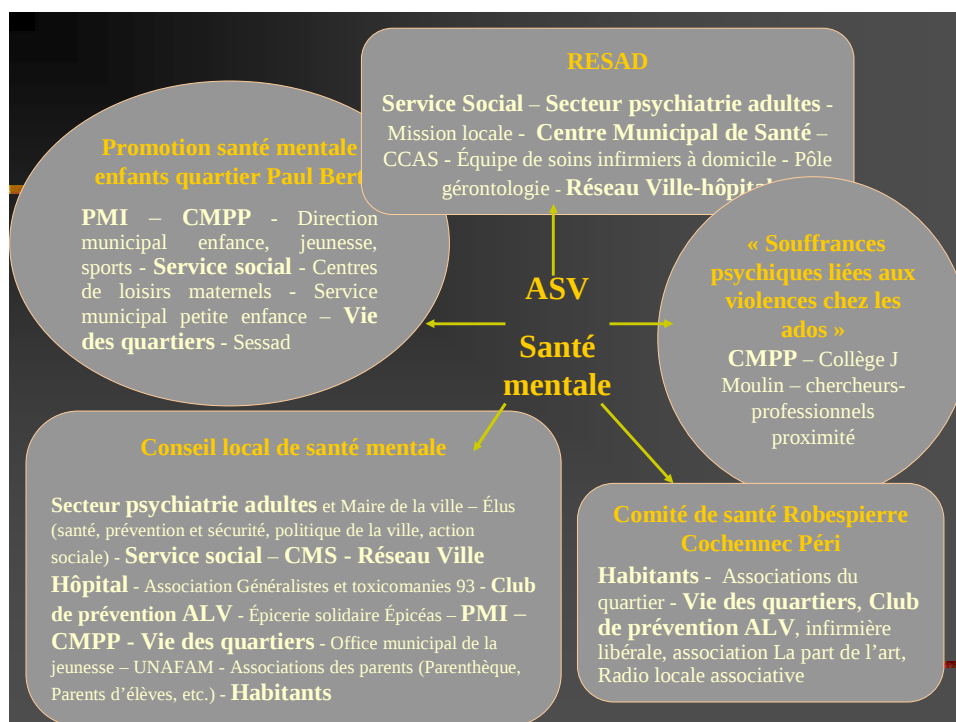
- *Identifier* au niveau local les *besoins spécifiques* des publics en difficulté et les déterminants de l'état de santé liés aux conditions de vie ;
- *Faciliter* la *mobilisation et la coordination* des différents intervenants par la création et le soutien de réseaux médico-sociaux ;
- *Diversifier* les *moyens d'intervention* en fonction de l'analyse des besoins ;
- *Rendre effectif* l'accès aux services publics *sanitaires et sociaux de droit commun*.

UNE DEMANDE FORTE DES PROFESSIONNELS CONCERNANT LA SANTE MENTALE :

- Constat d'une imbrication forte des troubles du comportement et des difficultés sociales pour certains usagers
- Difficultés d'accompagnement et de suivi par un seul acteur face à la fragilité psychique et sociale d'une situation
- Nécessité d'une approche globale et collective à partir d'une situation concrète

RESAD: Objectifs

- ✓ analyser des situations psychosociales complexes en les re-situant dans le contexte de la ville à partir de la grille de lecture propre à chaque professionnel présent lors de la réunion
- ✓ évaluer puis définir des orientations de travail adaptées à chaque situation, engageant les intervenants sociaux ou médico-sociaux de terrain
- ✓ renforcer les liens inter institutionnels



RESAD: Objectifs

- ✓ analyser des situations psychosociales complexes en les re-situant dans le contexte de la ville à partir de la grille de lecture propre à chaque professionnel présent lors de la réunion
- ✓ évaluer puis définir des orientations de travail adaptées à chaque situation, engageant les intervenants sociaux ou médico-sociaux de terrain
- ✓ renforcer les liens inter institutionnels

Membres permanents

RESAD (adultes et jeunes adultes)

- le Service Social
- le SCHS
- le Psychiatrie de secteur (adultes)
- la Mission locale
- le Centre Municipal de Santé

RESAD (personnes âgées)

- le CCAS
- l'équipe de soins infirmiers à domicile du CMS
- le pôle gériatrie
- le Réseau ville hôpital

Un Cadre formalisé

Réunion au CMS le premier jeudi de chaque mois de 14 H à 17 H

Un maximum de trois situations (une heure par situation) peut être analysé lors de chaque réunion

Accord préalable de la personne ou famille concernée et restitution des propositions après la réunion

Outils:

- Manuel de procédures
- Grille de lecture
- Tableau récapitulatif

L'évaluation de la RESAD

Après 5 années d'existence et 3 évaluations en interne, il est apparu nécessaire que soit réalisée une évaluation extérieure afin d'apprécier:

- L'apport des RESAD pour les professionnels impliqués
- L'évolution possible des RESAD
- Un éventuel recadrage stratégique

Les situations présentées en RESAD

2001/2006 ACDC – Bilan 2007-2008-2009

- 23 situations analysées / année (moyenne depuis 2002) sauf 2007 (31 situations)
 - Le logement est la catégorie de problèmes la plus représentée jusqu'à 2008 mais diminue de 70% à 52% en 2009
 - Depuis 2008 la catégorie de problèmes la plus représentée est la **santé mentale**; 91% des situations en 2008 et 65% en 2009
 - Les difficultés en lien avec l'insertion professionnelle représentent 34% et 39% en 2008 et 2009
 - Les problèmes de santé somatique sont présents pour 39% des situations en 2008 et 21% en 2009
- (notons l'importance du médecin généraliste référent depuis la réforme de la Sécurité Sociale)

Les professionnels participant aux RESAD

- Depuis 2004 en moyenne 50 professionnels ont participé chaque année aux RESAD. En 2009, diminution sensible de ce chiffre .
- 50% assistantes sociales les premières années et 30% depuis 2007
- 16 structures représentées en moyenne chaque année. 26 structures en 2007

Enquête de satisfaction des professionnels 2007-2008-2009

- Autant de professionnels demandeurs que d'invités ont répondu au questionnaire
- Participent par décision personnelle ou de son équipe, rarement imposée par la hiérarchie
- Motivations des professionnels demandeurs :
 - **Alerter sur une situation potentiellement dangereuse pour l'utilisateur ou pour son entourage**
 - **Associer d'autres professionnels au suivi de la situation** (principale motivation jusqu'à 2007)
 - Améliorer la propre compréhension de la situation
 - Alerter sur une situation potentiellement dangereuse pour le professionnel ou son service
 - Favoriser l'accès aux soins d'une personne réticente

Satisfaction des professionnels 2007-2008-2009

- Pour 33% les RESAD ont « beaucoup » ou « totalement » répondu à leurs attentes jusqu'à 2007. En 2008 ils sont 58% et 09 45%
- Le plus souvent les répondants sont d'accord avec les propositions émises par la RESAD
- La majorité a mis en place « quelques-unes » ou « presque toutes » les propositions.
- La majorité trouve que les situations ont évolué positivement la RESAD ayant contribué à cette évolution mais des situations n'ont pas évolué ou quelques unes l'ont fait en négatif
- Plus de 80% pense qu'il est utile de maintenir les RESAD
- La majorité participerait « sans réserve » à nouveau à une RESAD

RESAD: satisfaction des professionnels (apports au professionnel lui-même)

- Facilitation du partenariat
 - *Articulation des pratiques – connaissance des limites des partenaires – meilleure communication – compréhension des diverses postures*
- Soutien au professionnel dans sa pratique
 - *prise de distance - rassurer - apports théoriques - consolidation analyse*
- Rompre l'isolement

RESAD: les forces et les limites



Les forces de la RESAD

Une meilleure gestion de l'action:

- ✓ Une mise en recul des professionnels intervenant sur la situation (grille de lecture)
- ✓ Coordination de l'action (lieu de régulation – concertation)
- ✓ Inscription dans le temps des articulations entre acteurs

Une formalisation nécessaire:

- ✓ Rappel par l'écrit du caractère décisionnel de la réunion
- ✓ Répartition des tâches: « aucun service n'est plus le seul à effectuer l'accompagnement »
- ✓ Amélioration de la lisibilité de l'accompagnement

Les forces de la RESAD

Un partenariat plus organisé:

- ✓ Connaissance accrue des autres structures et professionnels (exemple: UDAF/ HAD)
- ✓ Recours aux professionnels facilité

Une rupture de l'isolement des professionnels:

- ✓ Redynamisation de l'équipe et/ ou du professionnel
- ✓ Élargissement des champs de connaissances
- ✓ Lieux de socialisation des professionnels

Une légitimation de l'intervention des professionnels (entre eux, vis-à-vis de leur structure et par rapport aux autres structures)

- ✓ Validation et valorisation de la démarche du professionnel
- ✓ Validation du travail réalisé par les structures

Les limites de la RESAD

- 1- Une participation encore insuffisante des médecins de ville
 - ✓ Une participation très demandée mais...
 - ✓ Des problèmes de temps, de disponibilités et d'informations
- 2- L'absence de formalisation de retour sur le suivi
- 3- Les effets de la RESAD pour les usagers et pour les professionnels
- 4- Quid de l'urgence...

Les effets induits et non prévus de la RESAD

- 1- Quelques effets sur l'organisation et le fonctionnement des services
 - ✓ Faible impact sur l'organisation des services sociaux mais évolutions des pratiques
 - ✓ Évolution fonctionnelle du secteur psychiatrique adulte
- 2- Un besoin accru de fonctionnement en réseau des services sociaux
- 3- Une identification de situations « inextricables » faute de solutions à la portée du niveau local
- 4- La problématique des pathologies neurologiques et leurs prises en compte

RESAD: suggestions d'amélioration

- Établir une forme de suivi après RESAD
- Renforcer la présence des médecins traitants
- Améliorer implication secteur psy
- Organiser des VAD conjointes service social + psy même si personne inconnue du secteur
- Implication pour les hospitalisations sous contrainte

RESAD: conclusions évaluation

- En général, la majorité est satisfaite de sa participation aux RESAD. De fait, plus du 80% estime que l'on doit maintenir les RESAD



- Transition faite par Thierry Lacombe :

Merci au Docteur Abaoub et à Madame Perrier de votre éclairage et de vos apports sur cet aspect inédit.

C'est au tour maintenant de la présentation, toujours à deux voix, de la Resad intercommunale d'Epinay/Pierrefitte/Villetaneuse par Chrystelle Berthon, coordinatrice de l'Atelier Santé Ville d'Epinay et Sabine Millet, coordinatrice de celui de Pierrefitte.





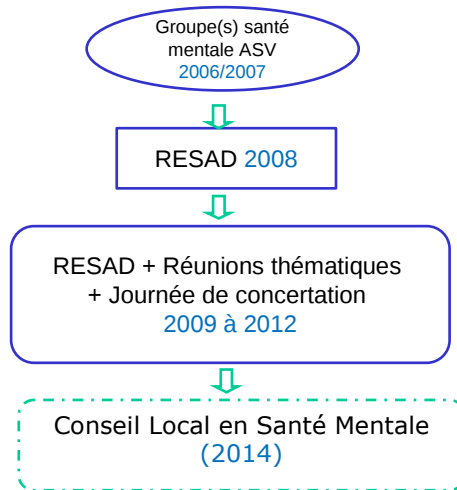
Resad intercommunal d'Epinay/Pierrefitte/Villetaneuse par Chrystelle Berthon, coordinatrice ASV d'Epinay et Sabine Millet, coordinatrice ASV de Pierrefitte

Journée technique RESAD – 15 Novembre 2012 - Bobigny

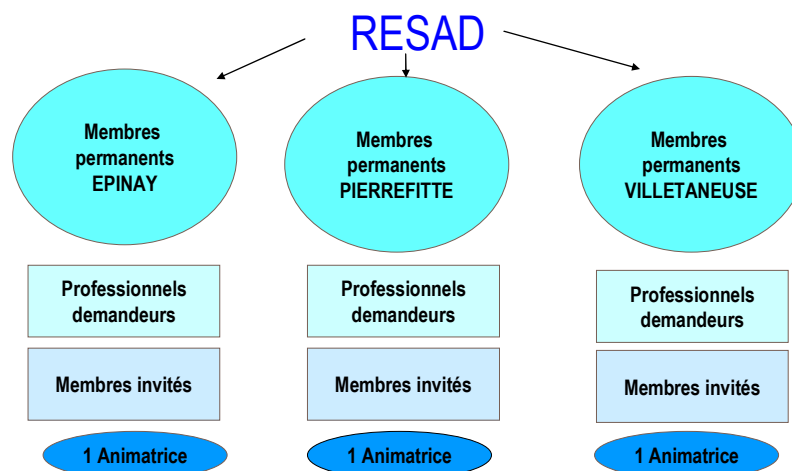
DÉMARCHE INTERCOMMUNALE EN SANTÉ MENTALE

EPINAY – PIERREFITTE – VILLETANEUSE

HISTORIQUE DE LA DEMARCHE



STRUCTURATION DU RESAD



COMPOSITION DU RESAD

- Une instance de membres permanents
 - Centre Médico-Psychologique adulte
 - Service social Départemental
 - Centre Communaux d'Action Sociale
 - Service Social CRAMIF
 - Maison de l'Emploi et projet de ville RSA
 - UNAFAM 93
 - Sollicitation du réseau Equip'âge pour les situations des seniors
- Des professionnels demandeurs
- Des membres invités
- 1 animatrice (coordinatrice ASV)

RÉUNIONS DU RESAD

- Fréquence des réunions
 - 1/mois, le mercredi – de 9h30 à 12h30
 - Lieu : sur les 3 villes, de manière alternée
- Déroulement
 - Analyse d'une à deux situations par séance

MODALITÉS D'INSCRIPTION

- Inscription auprès de l'ASV
- Remise d'une grille de lecture au professionnel demandeur
- Accord préalable de l'adulte en difficulté (sauf cas extrême)
- Planification des situations (ordre chronologique)
- Communication orale et écrite via la plaquette du RESAD

Journée de concertation en santé mentale - 7 décembre 2011 - Villetaneuse

SUIVI ET ÉVALUATION

- **Suivi**
 - Utilisation d'un tableau récapitulatif
 - Retour du professionnel demandeur (à 3 mois)
- **Evaluation**
 - Annuelle
 - Données perçues (professionnels demandeurs/membres permanents) + données objectives

Journée de concertation en santé mentale - 7 décembre 2011 - Villetaneuse

APPORTS ET LIMITES DU RÉSEAU

APPORTS	LIMITES
→ Meilleur travail en partenariat → Partage des ressources → Identification de problématiques communes pour lesquelles il n'y a pas de réponses → Prise en compte/échanges, autour des potentialités et des ressources de chaque structure dans la recherche de solutions → Evolution des pratiques	→ Mobilisation des professionnels → Appropriation du dispositif → Fonctionnement du réseau (question des délais) → Complexité de certaines situations → Non-gestion de l'urgence

LES RÉUNIONS THÉMATIQUES

□ Un outil complémentaire

- Rencontre autour du partenariat avec la Police
- Échanges autour des procédures d'hospitalisations sans consentement
- Échanges sur le projet de mise en place d'1 Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS)
- Présentation du Groupe d'Entraide Mutuelle (GEM) de Saint-Denis

VOLONTÉ D'ALLER PLUS LOIN...

- Organiser des journées de concertation sur la santé mentale avec les acteurs locaux des 3 villes

→ Objectifs

- Communiquer autour de notre démarche
- Affiner le diagnostic sur la santé mentale
- Proposer de nouvelles actions

Journée de concertation en santé mentale - 7 décembre 2011 - Villetaneuse

ENQUÊTE DE BESOINS

- Enquête par questionnaires réalisée auprès des professionnels de terrain des 3 communes pour préparer les journées de concertation
- **Items** : Problématiques du public, difficultés rencontrées dans les pratiques, identification des ressources, attentes et besoins

Journée de concertation en santé mentale - 7 décembre 2011 - Villetaneuse

Journée de santé mentale 2011

- Le RESAD intercommunal
- Secteur 3 de psychiatrie adulte et du CAC
- Inter secteur de pédopsychiatrie
- Santé mentale des seniors avec l'équipe d'Aubervilliers
- Évolutions législatives : réforme de l'HO
- Actions de l'Unafam et du GEM
- Dispositif d'accompagnement de personnes vivant avec un handicap psychique par le SAMSAH du Bourget
- Partage d'expérience : articulation santé mentale / service social avec la circonscription de service social de Noisy le Grand

Journée santé mentale 2012

- Actualité de la démarche intercommunale (ASV)
- Présentation du Réseau Equip'Age
- Intervention sur la psychiatrie transculturelle (Centre Françoise Minkowska)
- Présentation du Réseau Estime de Soi (RESOI)
- MDPH et santé mentale
- Lutter contre la stigmatisation en santé mentale, pourquoi/comment (Psycom75)
- Diffusion du film « Les voix de ma sœur » / Débat (Unafam)

Perspectives...

- Rédaction d'une charte du RESAD
- Mise en œuvre d'actions « grand public » pendant la semaine nationale de sensibilisation en santé mentale
- Réflexion autour de la mise en place d'un CLSM (appel à projet 2014)



- Transition faite par Thierry Lacombe :

Je remercie très chaleureusement les intervenantes.

Françoise Archer, conseillère technique chargée des actions liées à la santé au Service Social Départemental, va maintenant nous présenter les principaux résultats d'un questionnaire diligenté auprès des responsables des circonscriptions de service social implantées sur un territoire où existe une instance de type RESAD. Au-delà des aspects organisationnels, c'est bien le point de vue du service social sur les leviers et les limites des RESAD qui sera exposé ici.





Présentation des résultats du questionnaire RESAD par Françoise Archer, conseillère technique santé au Service social départemental

Les données recueillies ont été arrêtées au 31 mars 2012, il s'agit d'une « photo » prise à ce temps T, afin de regarder qui sont les acteurs des RESAD, comment ils se sont organisés, comment ils fonctionnent.. Un certain nombre parmi vous risque donc de ne pas s'y retrouver s'ils sont sur des territoires qui ont pu, depuis mars, se doter de cet outil.

Au 31 mars 2012 on comptait donc 13 instances de type RESAD, concernant 17 communes sur le Département, je les cite très vite : Aubervilliers, Aulnay, Bondy, Drancy/Le Bourget, (instance que l'on a conservé dans ce questionnaire même si à ce jour elle est provisoirement arrêtée), Epinay, Pierrefitte, Villetaneuse, Le Pré-Saint-Gervais, Les Lilas, Montreuil, Noisy-le-Grand/Gournay, Saint-Denis, Saint-Ouen, Stains et Sevran.

Depuis, je sais qu'une RESAD s'est mise en place à La Courneuve, des réflexions demeurent actives à Clichy, à Romainville, et sont en voie d'aboutir je crois à Rosny-sous-Bois et Tremblay.

COMMENTAIRES (cf. PowerPoint qui suit)

On constate que ces RESAD sont pour la plupart « généralistes » quant aux situations qui sont présentées qui concernent toute personne majeure, y compris des personnes âgées ou des personnes handicapées.

En complément au questionnaire on a fait un sondage succinct pour connaître qui sont les principaux demandeurs de RESAD : ce sont d'abord les différents services municipaux CCAS, ASV, CHS, puis les services sociaux, et enfin les bailleurs.

Un point sur la participation aux instances de type RESAD des médecins généralistes : on déplore bien évidemment leur peu de disponibilité, on connaît les problèmes de démographie médicale sur notre Département. Néanmoins Stains par exemple indiquait qu'un médecin avait lui-même demandé la tenue d'une RESAD et que 3 médecins avaient participé à l'instance pour trois situations.

A Noisy-le-Grand/Gournay également, un médecin généraliste s'était joint à la RESAD pour l'une de ses patientes.

L'accord de la personne à ce que sa situation soit examinée dans le cadre d'un RESAD est très majoritairement toujours recherché.

Toutefois certains territoires précisent que pour les situations de personnes extrêmement en difficulté, présentant des troubles comportementaux importants, l'accord expressément recherché était ressenti comme pouvant risque de parasiter la tentative de réflexion et de travail en commun. Aussi dans ces situations l'accord de la personne n'est pas toujours recherché et donc il est possible qu'une situation soit exceptionnellement vue en RESAD même si la personne s'y est opposée. Généralement elle est alors anonymisée, si ce n'était pas déjà le cas habituellement.

Sur les aspects déontologiques et éthiques certaines RESAD se sont dotées de charte ou de règlement qui seront d'ailleurs exposés cet après-midi, je vous encourage à rester !

Passons maintenant à un aspect plus qualitatif sur les apports de l'instance pour les professionnels, du point de vue du service social.

On constate que les principaux résultats du questionnaire rejoignent ceux de l'évaluation qui nous était présentée au niveau d'Aubervilliers tout à l'heure.

Une précision sur le terme « efficacité » qui peut paraître à prime abord un peu péremptoire ou réducteur. Ce qu'on a voulu signifier là, c'était ce qui nous était répondu dans le questionnaire sur l'amélioration que les RESAD permettent quant à la prise en compte psycho-médico-sociale des difficultés que l'on peut rencontrer dans les situations et leur traitement. C'est-à-dire une approche beaucoup plus globale, en fait, des problèmes rencontrés par la personne.

Il a également été indiqué que la RESAD pouvait débloquent des situations. On ne peut pas dire qu'en tant que telle elle représente un gain de temps car il est vrai qu'il faut du temps et de l'énergie pour être dans ces échanges, avant, pendant, après la réunion. Mais visiblement c'est tout à fait bénéfique pour un certain nombre de situations. Un collègue assistant social de Ville Evrard disait d'ailleurs que finalement cette analyse pluri professionnelle vient certes dans un premier

temps apporter de la complexité, mais que c'est cela qui dans un second temps, permet de gagner en efficacité.

Ainsi les principaux apports de l'instance pour les professionnels qui ressortent sont :

- la complémentarité entre les intervenants, c'est-à-dire la pluridisciplinarité et le fait d'évoluer ensemble, comme le soulignaient les collègues des ASV.

Ainsi des visites à domicile ou des rendez-vous peuvent être d'emblée réalisés en « binôme » par un psychiatre du CMP et un assistant social de circonscription par exemple, on a là une vraie complémentarité.

- l'aspect coordination et mise en réseau. Là on retrouve beaucoup la rupture de l'isolement du travailleur social que permet l'approche plurielle et pluridisciplinaire des RESAD.

- les apports mutuels, c'est bien sûr l'interconnaissance mutuelle, quand on travaille ensemble sur des situations on apprend à bien se connaître. Et du coup, au-delà de l'amélioration du partenariat, on voit par exemple comme à Epinay, Pierrefitte, Villetaneuse comment cela a pu, au-delà du traitement des situations, générer la mise en œuvre d'actions et d'initiatives locales, comme des forums, des journées santé mentale, des conférences-débat thématiques, des groupes de travail, etc...

- l'analyse de pratiques : c'est la prise de distance qui est facilitée par cette approche pluridisciplinaire.

- enfin la légitimité d'intervention, à l'instar de ce que les collègues d'Aubervilliers ont explicité tout à l'heure. Où l'on voit que la reconnaissance « institutionnelle » de l'instance peut par exemple aider la mise en place d'actions pour arrêter un processus de dégradation sociale.

Maintenant du côté des points de vigilance apparus dans les réponses au questionnaire le troisième point évoque la diversité dans les modes de fonctionnement. Ce n'est absolument pas une critique, au contraire de mon point de vue, c'est comprendre que la diversité de fonctionnement des organisations et même des acteurs en présence dans les RESAD, localement, constitue vraiment une richesse. C'est-à-dire comme l'on dit plusieurs intervenants déjà, que l'on part des ressources locales, et c'est avec ces ressources locales que la RESAD est construite. Un des objectifs de cette journée est d'ailleurs de donner à voir la pluralité, la richesse, la diversité de ce qui fonctionne et surtout pas de montrer un modèle ou quelque chose de pro formaté.

La RESAD n'est pas un dispositif au sens administratif du mot, c'est une instance de concertation. C'est comme cela que doit s'entendre le mot diversité.

Un autre point de vigilance concerne l'usager non demandeur ou qui refuse les soins, situations que l'on connaît bien et qui demeurent une vraie difficulté même si elle est partagée au sein des instances.

Un autre frein est celui lié au manque de disponibilité de certains membres, et on pense plus particulièrement aux psychiatres dont on aimerait qu'ils puissent s'associer davantage à la réflexion partagée et à l'accompagnement psycho social d'une situation. Mais on sait à quel point le contexte de pénurie de praticiens en Seine Saint-Denis et la masse des personnes en souffrance psychique ou souffrant d'une pathologie psychiatrique fragilisent et compromettent la disponibilité des psychiatres..

Ce qui a par ailleurs été souligné dans les réponses au questionnaire était l'importance de la préparation de la RESAD. C'est-à-dire que lorsqu'un professionnel demande l'organisation d'une RESAD, c'est déjà une première occasion de parler avec lui de la situation, et de voir ce qui motive la demande de RESAD. Et déjà là, c'est un double regard, une approche complémentaire, un espace de réflexion qui se met en place. Ce qui va aussi servir d'appui au professionnel pour que celui-ci puisse s'en expliquer auprès de la personne concernée : « Pourquoi finalement moi, en tant que professionnel, j'ai besoin d'aide dans votre situation parce que je n'y comprends plus rien et donc je vais devoir en parler ».

Pour revenir sur un aspect évoqué tout à l'heure par les coordinatrices ASV de Pierrefitte et, Epinay, qui parlaient de l'annulation de certaines RESAD faute de situations programmées. Muriel Lafaille, coordinatrice de l'action sociale à Ville Evrard, et moi nous étions un peu questionnées sur ce point. Nous avons décidé d'être optimistes en se disant que finalement, quand il y a une habitude de travail en réseau entre les professionnels du champ sanitaire et du champ social grâce aux RESAD, on peut penser que cette instance n'est plus forcément toujours nécessaire pour travailler ensemble en amont, réfléchir un peu différemment et développer peut-être d'autres pratiques professionnelles.

Et pour terminer, une jolie phrase d'un collègue assistant social de Ville Evrard : « la RESAD est un lieu de compétence collective ».

Merci de votre attention.

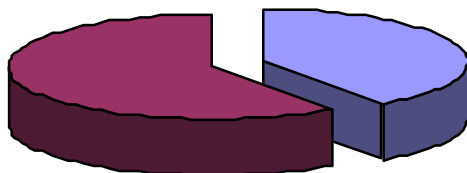


Résultats de l'enquête réalisée auprès des circonscriptions de service social sur les instances de type RESAD (au 31.03.12)

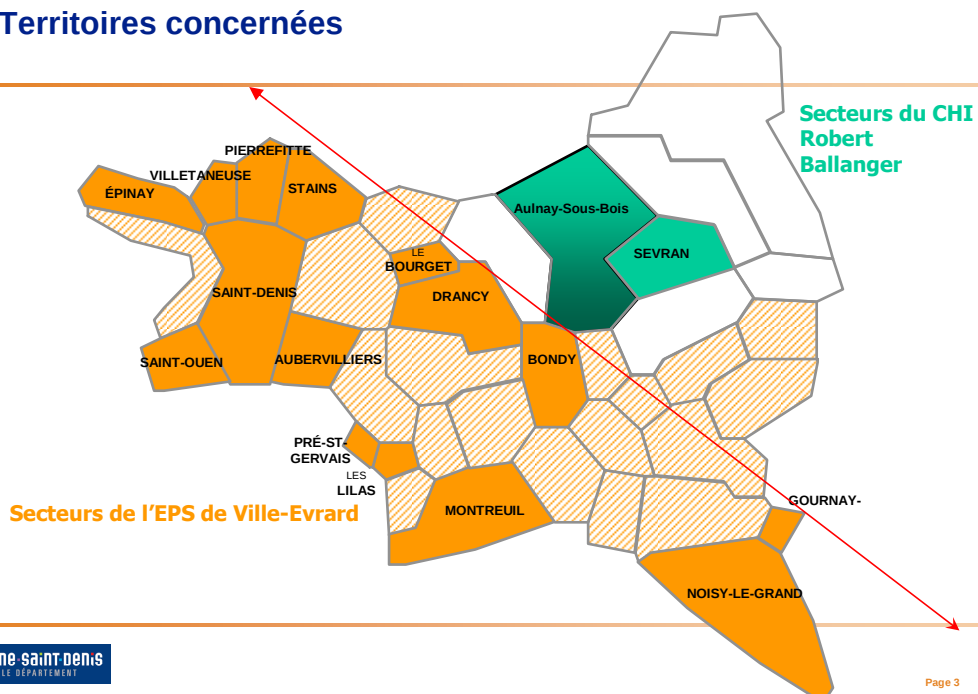


Participation au questionnaire

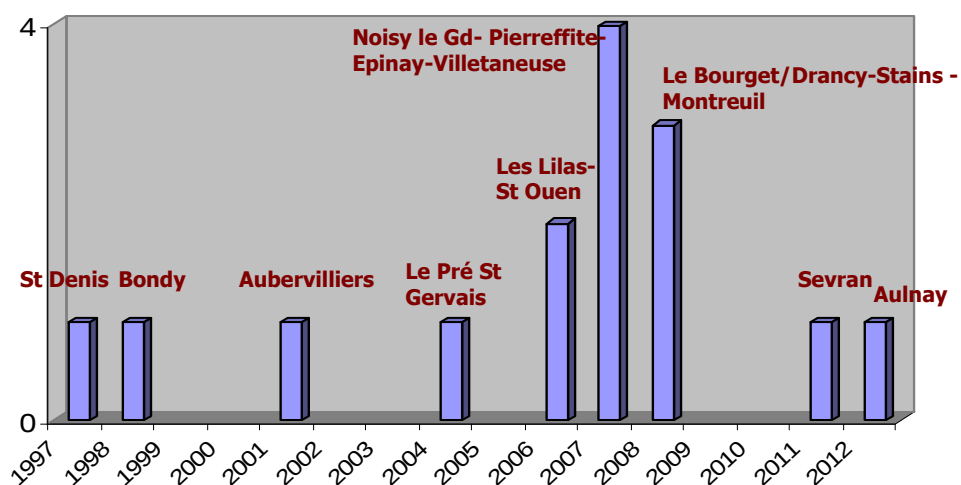
13 instances de type RESAD
concernant **17** communes
identifiées au 31.03.12



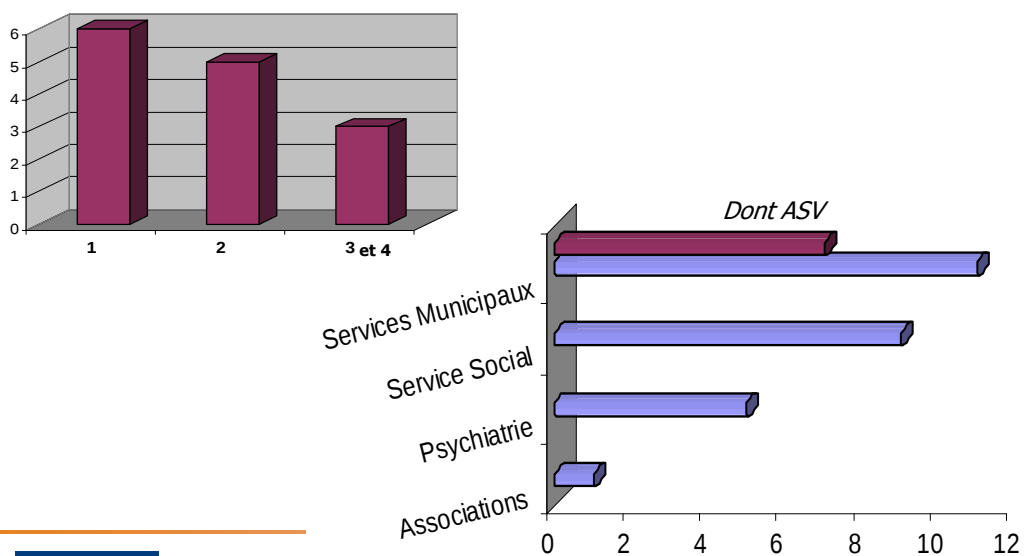
Territoires concernées



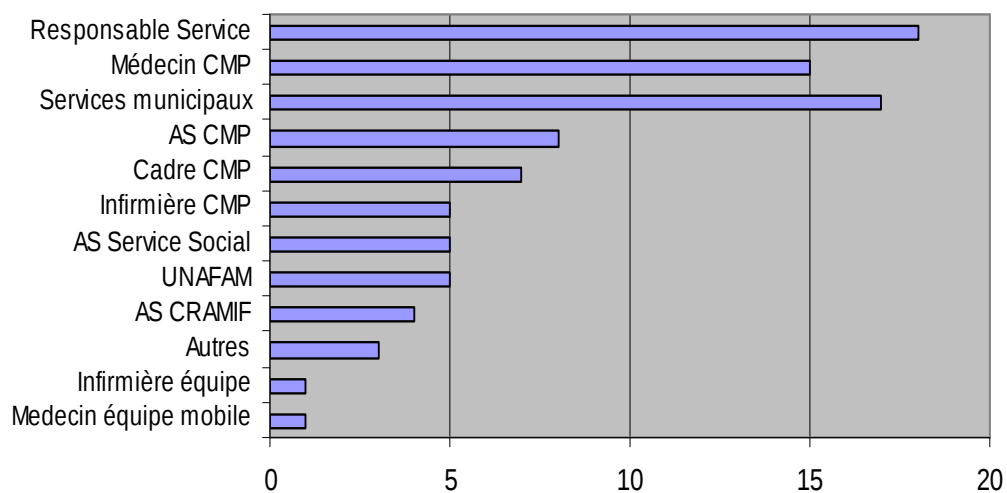
Année de création de l'instance



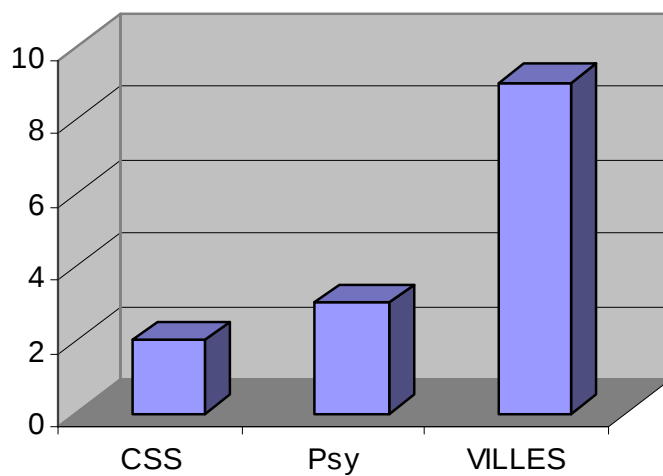
Partenaires à l'origine du dispositif



Participants permanents

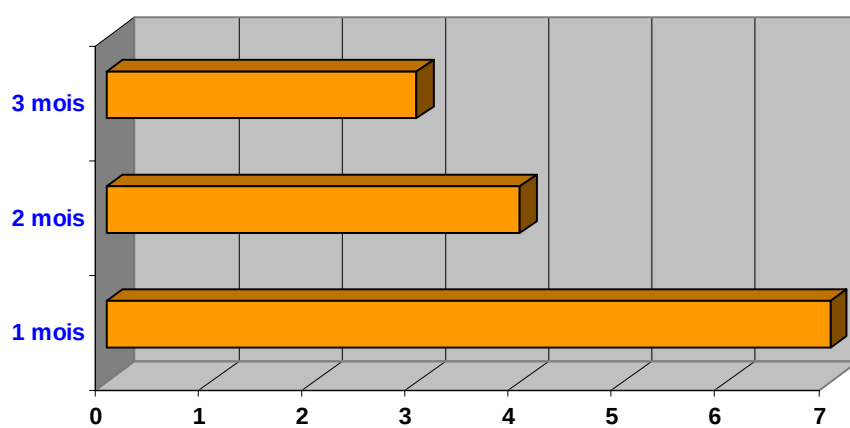


Pilote

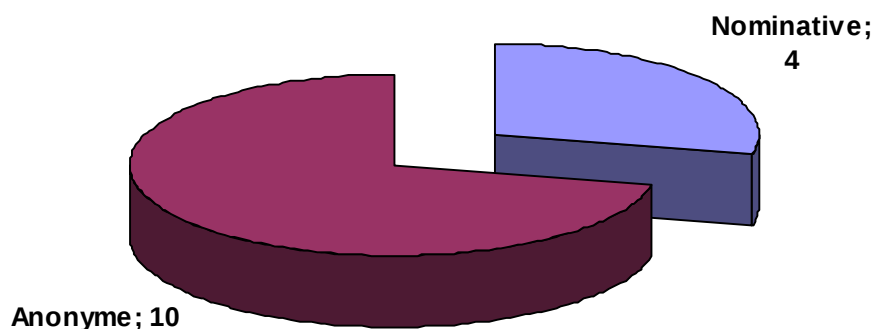




Périodicité des rencontres



Présentation des situations



RESAD Grille de lecture pour l'analyse de situations (EPINAY-SUR-SEINE)

Date de remplissage de la grille :

Professionnel demandeur :

Nom : Service et fonction :

Ville : EPINAY-SUR-SEINE Téléphone :

E-mail :

Professionnels invités :

Personne concernée :

Age : ans

Sexe :

Date de naissance :

Situation familiale :

La personne et/ou la famille sont-elles :

• Prévenu ☐ Oui ☐ Non

• D'accord ☐ Oui ☐ Non

La situation :

Quel est le motif pour lequel le RESAD est sollicité ?

Quels autres acteurs sociaux ou de santé suivent la personne ?

☐ CCAS – 01.49.71.42.87

☐ CMP – 01.58.34.47.00

☐ DPAS – 01.48.22.29.94

☐ Mission locale – 01.48.26.05.64

☐ Projet Ville RMI – 01.49.71.79.33

☐ CAF – 01.48.26.42.97

☐ Service social de la CRAMIF –
01.43.11.40.13

☐ Autres :

Quelles ont été les démarches mises en œuvre avant la présentation en RESAD ?

Cette personne a-t-elle des antécédents médicaux ou sociaux ? Si oui, lesquels ?

Quels sont les liens actuels de la personne (familiaux, sociaux, etc.) ?

Quelles ressources possède la personne (allocations, emploi, couverture sociale, etc.) ?



RESAD
GRILLE DE LECTURE POUR L'ANALYSE DE SITUATIONS

Date :

Professionnel référent :

Service :

Cette personne a-t-elle des antécédents médicaux ou sociaux ? si oui, lesquels ?

Personne concernée :

Age :

Sexe :

Date de naissance :

Situation

Quels sont les liens actuels de la personne (familiaux, sociaux, etc.) ?

familiale :

La personne et/ou la famille a donné son accord pour la réunion¹ ?

Quel est le motif pour lequel la RESAD est sollicitée ?

Quelles ressources possède la personne (allocations, emploi, couverture sociale, etc.) ?

Quels autres acteurs sociaux ou de santé interviennent ?

Autres informations que vous considérez d'importance pour cette réunion :

¹ Pour rappel l'accord de la personne concernée est un préalable obligatoire à toute présentation en RESAD



Page 11



GRILLE DE PRESENTATION

NOM :

N°RESAD :

Date : ... / ... / ...

Professionnel(s)

réfèrent(s) :

Service :

Situation familiale

Adresse :

La personne ou la famille est-elle d'accord :

☐ OUI ☐ NON

Professionnels médico-sociaux concernés / invités :

Nom : Invité par

Nom : Invité par

Nom : Invité par

Nom : Invité par

Composition familiale	Age	Situation socio-professionnelle

Parcours de vie de la personne concernée :

Environnement familial et social actuel :

Motif pour lequel la situation est présentée :

Informations complémentaires (si besoin) :

A RENVoyer PAR FAX OU PAR COURRIER

Mme, Secrétariat RESAD

Tél. : 0

Circonscription de Service Social Départemental

19, rue de l'Université

93160 NOISY LE GRAND



Page 12

RESAD
GRILLE DE LECTURE POUR L'ANALYSE DE
SITUATION

Date programmée :

Professionnel demandeur :

Service :N°
tel. :

Personne concernée :

Age : Date de naissance :/...../...

Sexe :

Situation familiale :

Adresse :

La personne et/ou la famille sont-elles prévenues :
☐ oui ☐ non

Secteur CSM :

Quel est le motif pour lequel la RESAD est sollicitée :

Quels autres acteurs sociaux ou de santé interviennent dans cette situation :

Que connaissez-vous du réseau social actuel de la personne (famille-amis etc...) :

De quelles ressources bénéficie la personne :

Autres informations que vous considérez d'importance pour cette réunion :

COMPTE RENDU DU RESAD

Date :

Services présents :

- SCHSE :
- CSM :
- CMP-ADULTES :

SITUATIONS PRESENTÉES

1. Monsieur

Situation déjà présentée le

Rappel

Patient suivi par

Conclusions

Information actuelle

2. Madame

Connue de tous les services municipaux.

Conclusions

3. Monsieur

Situation inconnue de la CSM.

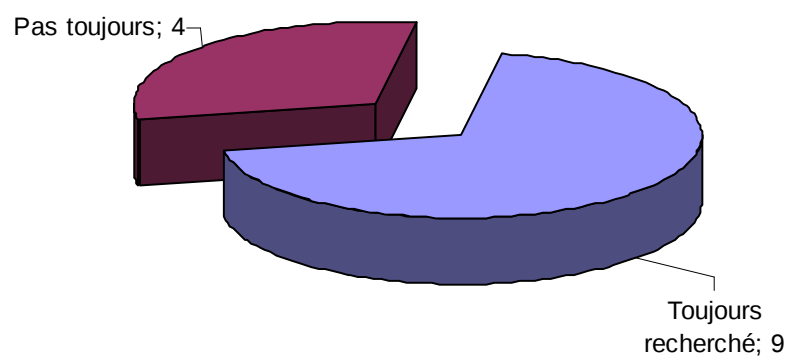
Conclusions

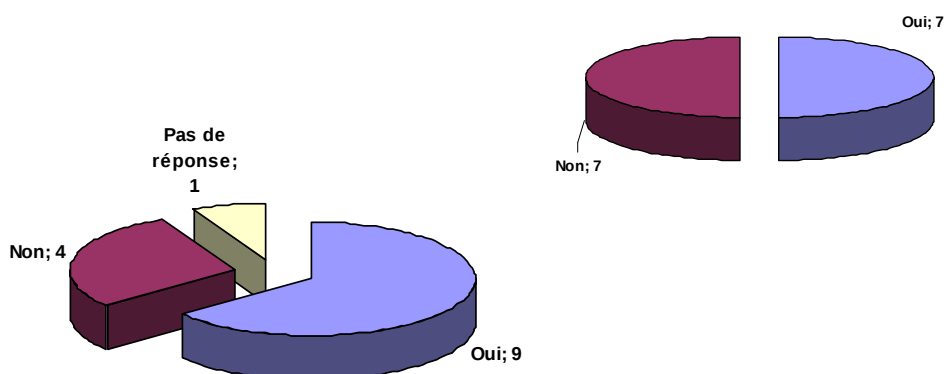
4. Madame

Connue de la CSM mais pas de suivi régulier.

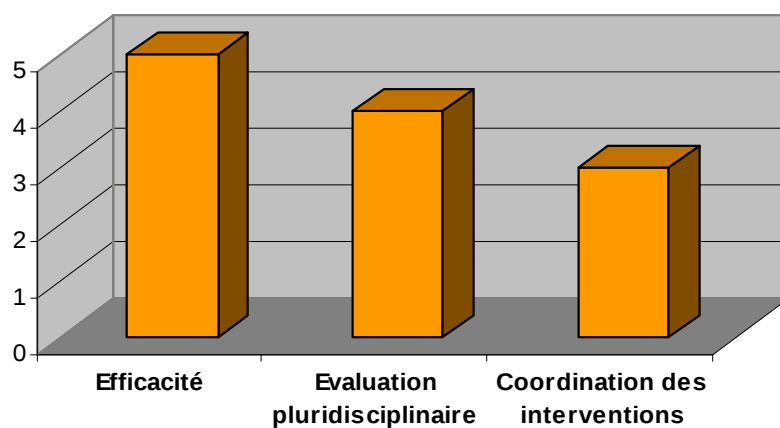
Conclusions

Recherche de l'accord des personnes

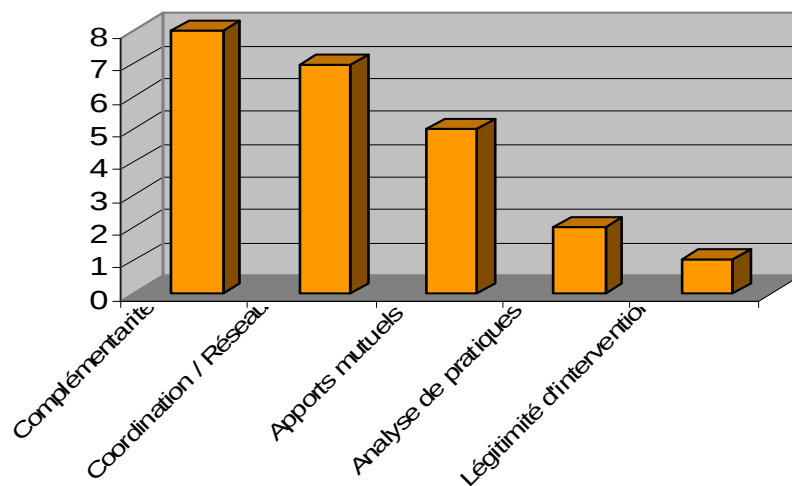




Les apports de l'instance vus par les professionnels pour le public
Point de vue du service social



Les apports de l'instance pour les professionnels



Points de vigilance sur le fonctionnement

- Usagers **non demandeurs** ou qui **refusent les soins**
- Manque de **disponibilité** des membres
- **Diversité** dans les modes de fonctionnement



« La RESAD est un lieu de compétence collective »

MERCI DE VOTRE ATTENTION



Fin de la matinée.



LES PROBLEMATIQUES TECHNIQUES



- Transition faite par Françoise Archer :

Cet après-midi va être consacrée à différentes problématiques techniques issues des réponses des responsables des circonscriptions de service social au questionnaire présenté ce matin, nous en avons dégagé 4 :

- *le partage de l'information et le secret professionnel,*
- *les apports et interactions des RESAD, pour les professionnels et les usagers,*
- *les cadres de travail mis en place localement,*
- *la place de l'utilisateur.*

Un temps de débat suivra les interventions sur chacun de ces aspects.

SECRET PROFESSIONNEL ET PARTAGE DE L'INFORMATION

Pour cette question fondamentale qui, au-delà du sujet qui nous réunit aujourd'hui, traverse tous les domaines de notre action que nous soyons professionnel du champ social ou du champ sanitaire, ce sont Jean-Paul Le Bronnec, Président de l'UNAFAM 93 (Union Nationale des Amis et Familles de Malades psychiques) et Muriel Laffaille, coordinatrice de l'action sociale à l'EPS de Ville Evrard que nous allons écouter.





Intervention de Jean-Paul Le Bronnec - Président de l'UNAFAM 93

Quelle place pour l'UNAFAM dans un RESAD ?

Comment répondre à cette question devant vous les professionnels, pour nous les bénévoles ?

Cela nécessite beaucoup de temps, et là aujourd'hui, il est mesuré. Il va falloir dire le maximum, être compréhensible, mais il y aura je pense des questions nombreuses pour rattraper.

Il faut pour cela expliquer ce que vivent les familles avec leurs proches malades et la vie des proches dans leurs familles ou en dehors.

Il faut aussi dire ce qu'est l'UNAFAM, ce que ses bénévoles peuvent y faire, leurs connaissances de ces maladies qu'ils vivent au quotidien pour eux-mêmes et au travers des récits des familles et personnes malades qu'ils reçoivent.

Il faut aussi indiquer le désarroi des professionnels confrontés comme nous, les familles, à des attitudes de personnes qu'ils ont du mal à comprendre. Il n'est pas écrit sur la personne qui vient vous voir : « attention je suis malade psychique ».

Il faut indiquer ce que sont ces maladies bizarres et encore mal connues, alors comment se comporter en fonction des symptômes.

L'UNAFAM a réalisé avec la CNSA, l'UNCCAS et l'UNA une brochure à destination des professionnels que vous retrouverez sur notre site www.unafam93.org intitulé « L'accueil et l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique ».

La société a décidé il y a maintenant quelques dizaines d'années, de supprimer les asiles et de soigner les malades en ambulatoire dans la cité.

On a créé des structures sanitaires de proximité, et puis l'idée que le malade avait des capacités, et de s'appuyer sur elles pour le soin, a suscité un grand espoir. Traiter la maladie par la chimie, la parole et le social, voilà un beau programme.

Il y a eu des milliers de lits d'hôpitaux supprimés avec tout ce qui y avait autour et il n'y a rien eu dans le social et le médico-social pour compléter le dispositif.

Résultat on a renvoyé les malades dans leurs familles sans que celles-ci puissent être informées et formées pour cette prise en charge pour la compréhension de ces maladies déstabilisantes. Ajouté à cela la pratique de certains praticiens de soigner le malade isolément, considérant que tout ce qui l'entoure peut perturber son diagnostic. Parfois même, l'entourage est considéré à priori comme pathogène. C'est heureusement moins vrai aujourd'hui.

Ce n'est donc pas un hasard si l'Unafam est née il y aura bientôt 50 ans. Elle a été reconnue, presque tout de suite, d'utilité publique, en mai 1968...

La création de notre association est venue naturellement par le fait que l'on a décidé de soigner les malades dans la cité, en ne réservant l'hôpital que pour les périodes de crise, ou les situations plus prégnantes.

J'en profite pour indiquer qu'autrefois on dénonçait des internements abusifs.

La situation, aujourd'hui, est inversée, car l'expérience des familles comme de beaucoup de professionnels, c'est plutôt comment arriver à faire prendre en charge y compris par l'hospitalisation, une personne en grande souffrance, en crise, ou en repli complet sur lui.

Nous sommes passés de la maltraitance asilaire, à de la maltraitance dans la cité. Stigmatisation des personnes malades, méconnaissance, honte, isolement des familles, éclatement de la cellule familiale, peurs, personnes malades isolées dans la rue, personnes non suivies médicalement ni pour leurs symptômes psychiques, prison en lieu et place du soin, suicides, morts prématurées.

L'UNAFAM s'est donc organisée pour faire face. Il a fallu soutenir les familles et déterminer les besoins fondamentaux pour les personnes malades.

L'expérience de la maladie pour un bénévole est en moyenne de 4 ans, car il faut au moins cela pour pouvoir prendre le recul nécessaire.

Il faut pouvoir parler de soi et de sa situation, avant de pouvoir s'investir et aider à son tour les autres.

Les formations viennent ensuite compléter cette évolution.

L'une des actions prioritaires, c'est : l'accueil des familles.

Au bout de plusieurs années un accueillant bénévole peut recevoir une centaine ou plusieurs centaines de familles.

Au cours de l'accueil, le bénévole écoute, la parole se libère.

La famille peut mettre des mots sur toute cette souffrance rentrée, jusqu'ici impossible à partager.

L'émotion s'exprime.

Nous recevons des confidences, ces secrets qui n'ont jamais pu être partagés avec quiconque. « Est-ce cela l'origine des troubles de mon proche ? »

Il y a aussi toute cette culpabilisation, la famille qui ne comprend rien, qui donne des conseils, qui juge, le voisinage.

Mais il y a aussi tous les reproches adressés par la personne malade qui refuse très souvent d'admettre sa maladie.

Le bénévole, peut tout entendre. Au cours de ce long monologue lors du 1er accueil, il peut dire : « et bien pour moi aussi... ».

« Enfin cette écoute, cette compréhension, et puis ces connaissances des autres qui vivent avec des soucis analogues aux miens. Comment font-ils pour s'en sortir, durer ? »

Il faut du temps pour que ce dialogue devienne fructueux pour que la famille admette qu'il s'agit d'une maladie, dont les origines restent encore inconnues.

Il y a des démarches à faire auprès des professionnels, et ce n'est pas anodin car cela impose des décisions difficiles à prendre en tenant compte de la volonté du proche, car il faut tout faire pour obtenir sa coopération et ce n'est pas toujours possible.

Tout le travail du bénévole va être de savoir comment orienter la famille vers les professionnels, sans être intrusif, ni instrumentalisé. Car là il faut donner des pistes.

Bien entendu, tout cela ne peut se dérouler que dans une stricte confidentialité, le respect des autres, le respect du proche.

Tout ceci nous oblige à connaître tous les secteurs de la société, c'est à dire à vous tous ici.

Et puis il nous faut nous faire connaître pour qu'à votre tour vous puissiez nous adresser les familles pour que nous les aidions dans leur parcours.

Briser le silence ne suffit pas. Il faut apprendre le plus possible sur ces maladies.

Il existe plusieurs secteurs psychiatriques qui organisent des réunions d'information et d'échanges en coordination avec l'UNAFAM.

Un dialogue libre peut s'engager, instructif pour les deux parties, rapproche, brise les incompréhensions et les tabous.

Les cas personnels deviennent des cas généraux.

La confidentialité est aussi respectée.

Il ne peut y avoir de jugement. Le groupe ne l'accepterait pas.

Là aussi, il s'exprime de la solidarité, de l'expérience, de la modestie de tous les participants.

Ceci est une richesse. Il existe 5 groupes de ce type en Seine St Denis dont un en pédopsy.

Le rôle de l'UNAFAM c'est aussi un rôle de représentation des personnes malades et des familles dans les hôpitaux, cliniques, MDPH, Conseil général, ARS, villes... Ceci nécessite du professionnalisme et c'est par l'expérience accumulée depuis 50 ans.

Toutes ces situations recueillies, ces familles accompagnées au long de leur parcours constituent une connaissance approfondie et détermine ce qui doit être mis en œuvre pour une certaine autonomie des personnes malades et une prise en charge de la famille dès le début des symptômes pour qu'elle comprenne, se soigne et soit dans un accompagnement adapté.

Pour les personnes malades il faut : d'abord des soins, des ressources, un logement ou une structure de vie, l'accompagnement social et/ou médico-social indispensable, un travail en milieu ordinaire ou protégé, sinon des activités, une protection juridique si cela s'avère nécessaire.

Le caractère évolutif et en dent de scie de ces maladies suppose une adaptation permanente de l'accompagnement et cela ne peut se faire qu'avec les patients eux-mêmes lorsqu'ils le peuvent, les familles, les soignants, les personnels du social et médico-social, les élus.

Ces maladies se manifestent parfois dès la très petite enfance, la plus grosse partie à l'adolescence et à la période jeune adulte, elles peuvent se déclarer plus tard ou encore à l'âge de la retraite.

Mais s'agissant de maladies chroniques, elles peuvent durer toute une vie.

Toutes les familles nous indiquent les nombreuses démarches qu'elles ont effectuées auprès des professionnels. Sans résultat. Elles frappent à toutes les portes, car la personne malade, elle, ne demande rien, ou bien ses demandes sont incohérentes et non adaptées mais peuvent faire illusion. Il peut y avoir de la violence, des démarches qui n'aboutissent pas, des rendez-vous où la personne ne vient pas ou à d'autres heures, des documents détruits ou perdus, des ruptures de droit, des plaintes de voisinage, la rupture d'un bail...

Voilà les raisons essentielles qui font que l'UNAFAM se tourne elle aussi vers vous, pour trouver, en partenariat des solutions adaptées.

La mise en réseau de tous est une nécessité pour créer les conditions d'une approche globale de toutes ces situations.

Bien souvent les professionnels ne connaissent pas les actions qu'ils mènent chacun dans leur coin, mais surtout ils ne peuvent connaître le vécu des familles avec la personne malade. En revanche la famille, elle, joue le rôle de veilleur au quotidien, pour elle c'est 24h/24 et 7 jours sur 7. Lorsque nous invitons des professionnels à écouter des témoignages de familles, avec l'accord de celles-ci, ils nous indiquent tous qu'ils n'imaginaient pas de telles souffrances. « Comment font-ils pour tenir ? »

L'interaction est une réponse à des situations très complexes, ou qui le sont du fait de moyens méconnus. Et les maladies psychiques sont quasiment toutes des situations complexes.

A cela, l'UNAFAM peut apporter des réponses, elle en a l'expérience, car une famille concernée par la maladie d'un proche a besoin de s'adresser à de multiples professionnels, on pourrait indiquer la totalité de ceux d'une cité. Et ensuite quelle solution est la mieux adaptée à la situation de la personne lorsqu'elle sort de l'hôpital ?

Retour à la case départ et on recommence ?

Chaque profession a des manières de travailler différentes, il existe des réglementations, une déontologie. La façon de travailler la plus commune est verticale, c'est-à-dire hiérarchique.

Pour l'UNAFAM le souci est que tous ces professionnels puissent envisager ensemble un parcours de soin, un projet de vie.

Tout cela ne peut s'envisager sans une connaissance complète de l'environnement familial et social. La famille est là une source d'informations cruciales.

Ignorer la famille, c'est compromettre l'avenir de la personne malade mais aussi de toutes les composantes de la famille elle-même.

Le travail en réseau est horizontal, c'est-à-dire qu'il y a mise en commun des savoirs, un partage.

L'activité de l'UNAFAM est différente de celle des professionnels.

Elle se fait comme je l'ai indiqué précédemment, à partir du vécu et des témoignages des personnes malades et des familles et donc des enseignements que nous en avons tirés.

De part ses représentations et connaissances des différentes professions elle est en mesure de mettre du lien, et ceci engendre une dynamique.

Pour toutes ces raisons, les RESAD doivent réunir tous les partenaires de la cité avec d'autres professionnels tels les bailleurs, la police, la justice, le médico-social et d'autres, mais aussi et surtout l'UNAFAM.

L'analyse des situations ne peut s'effectuer que dans le respect mutuel, le secret partagé, mais aussi le respect de la personne ou de la famille qui a suscité cette analyse.

Tout ceci ne peut fonctionner que dans un climat de confiance, et implique de mieux nous connaître et nous apprécier, même s'il existe encore ici et là des réticences, le but n'étant que d'apporter aux personnes dont il est question une amélioration.

Nous constatons après chacune de ces créations, qu'une dynamique l'emporte sur toute autre considération.

L'UNAFAM promeut ces structures, et cela depuis des années avec notamment Jean-Claude Davidson, mon prédécesseur et Thierry Lacombe du Conseil général, un travail en partenariat a abouti à la Charte partenariale Santé mentale action médico-sociale.

Pour terminer je voudrais vous indiquer la projection d'un film, dans le cadre du Schéma départemental en faveur des personnes handicapées, « Les voix de ma sœur » réalisé par une bénévole, film plusieurs fois primé et qui indique comment vivre avec une schizophrénie, comment en parler comment gérer le lien avec les soignants, avec les autres.

Cela se passera ici le mardi 11 décembre le matin. Ce film sera suivi d'un débat.



Intervention de Muriel Laffaille, coordinatrice de l'action sociale à l'EPS de Ville Evrard

Dans le travail social 3 obligations majeures marquent la pratique : le devoir de se taire, la nécessité de parler, l'obligation de révéler. Rapidement un mot sur les deux premières dimensions, la 3ème (l'obligation de révéler) nous écartant un peu de notre thème.

En ce qui concerne les assistants sociaux, **le devoir de se taire** est inscrit dans la Loi. Le Code de l'action sociale et des familles précise que « *Les*

assistants de service social et les étudiants des écoles se préparant à l'exercice de cette profession sont tenus au secret professionnel ». Le Code Pénal, réformé en 1994, dit que « *la révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état soit par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000€ d'amende* ».

Arrêtons-nous une seconde sur la notion de « *personne dépositaire du secret* ». C'est une évolution de la terminologie dans la mesure où, avant 1994, le texte parlait de secret « *confié* » ce qui n'est pas la même chose. Aujourd'hui, avec ce texte, le secret ne concerne pas seulement les confidences faites par l'utilisateur mais, plus largement, tout ce qui participe à la compréhension globale de la situation y compris les informations résultant d'une évaluation ou d'un diagnostic. Une autre notion découle de ce changement de terme. Le professionnel est « *dépositaire* » d'une information ; elle est déposée « *à sa connaissance* ». De fait, et c'est ici important à rappeler, le seul « *propriétaire* » de l'information c'est l'utilisateur lui-même. Les informations transmises ou obtenues par observation et évaluation sont des savoirs partagés ; le partage étant entre le détenteur du secret et le dépositaire. La notion de secret implique que ce savoir est destiné à être caché aux autres.

Pour revenir au travail social, les assistants sociaux sont dépositaires d'informations à caractère secret par profession. Cette obligation de taire se réfère au principe du respect de la vie privée de l'utilisateur et d'une démarche

professionnelle où la parole est possible car protégée par la certitude que rien ne « filtrera » sauf accord explicite de ce dernier. Les assistants sociaux taisent par devoir. Ceux qui travaillent dans le soin sont, par ailleurs, assujettis au respect du secret médical en tant que membres de l'équipe.

Mais ce n'est pas si simple, cette parole, on en fait quoi si on n'en dit rien. Professionnels du lien, les assistants sociaux recherchent les espaces de « partage » de réflexion et, donc, croisent des informations. La multiplication des intervenants, l'approche partenariale indispensable à une vision globale de la prise en charge de l'usager questionnent quotidiennement le principe de la transmission des informations. **La base du travail social est la communication, la transmission, la concertation, l'action conjointe....** A nouveau, double contrainte : celle de se taire et, en même temps, de parler.

Et c'est bien de cela dont il s'agit dans les instances de concertation et autres réunions partenariales. Ce sont des instances importantes et utiles quand plusieurs institutions interviennent auprès du même usager : la complexité, la nécessité d'une cohérence d'ensemble impliquent une analyse partagée.

Arrêtons-nous donc là-dessus.

Le nombre de professionnels et la variété des métiers intervenant auprès des personnes et leurs familles caractérisent nos pratiques. L'action sociale, au sens le plus ouvert du terme, est pluri-institutionnelle, l'usager se trouvant lui-même à la croisée des interventions. La collaboration et les complémentarités sont essentielles. Mais pour que cela fonctionne, il est nécessaire de clarifier la place et le rôle de chacun en évitant, ainsi, des confusions par une « trop grande fluidité » et perméabilité dans la transmission des informations. L'usager ne dit pas la même chose à chacun de ses interlocuteurs, c'est sa liberté. Les confidences n'ont donc pas lieu d'être échangées en dehors de son accord explicite. Chacun a droit au respect de son intimité. La vie privée de l'usager ne doit pas être exposée sur la place publique de l'intervention sociale au motif qu'il est demandeur d'une prise en charge. La confiance qu'il accorde au professionnel dépend de cette certitude.

Pour autant, nous savons tous, de par notre expérience, que des informations, que nous pensons connaître en toute confidentialité, ont été divulguées à plusieurs interlocuteurs pas l'usager lui-même. Ou bien que nos observations et nos évaluations de la situation nous ont conduits aux mêmes conclusions. Mais, chacun est persuadé de la qualité secrète de l'information qu'il détient et c'est, au bout d'un certain temps et par croisement logique des données, qu'on se rend compte que c'est un secret déjà bien éventé.

Le travail social est, par nature, un travail basé sur la communication et le partage des informations, nous l'avons dit. Mais cette évidente nécessité au service des complémentarités est devenue, au fil du temps et des réformes successives, une sorte « d'idéologie du partage d'informations ». D'ailleurs, ne parle t-on pas maintenant de « secret partagé » ? Cela devient un lieu commun et une réponse à tous les risques de cloisonnement dans la continuité et la pertinence des prises en charge. Or, un secret, par définition, ne se partage pas.

Parlons, échangeons, communiquons, oui mais en veillant à ce qu'on dit, à qui on le dit, pourquoi on le dit, qu'est ce qui est utile à l'interlocuteur, que va-t-il en faire. Et la question la plus importante : Que veut, que dit, que pense l'utilisateur ? Qu'attend-il de nous ? Toutes ces questions, me semble-t-il, doivent être posées chaque fois que l'on transmet des données recueillies en confidence ou obtenues par évaluation et diagnostic social. Notre posture professionnelle, en matière de respect du secret professionnel, s'appuie sur la Loi et la conviction que les valeurs éthiques de respect de l'utilisateur sont le terreau de l'accompagnement social. La certitude que la confiance ne sera pas trahie, que la parole dite en confidence sera respectée, permettent de tisser les liens propices à la relation.

Cette possible liberté de parole permet à l'utilisateur d'investir l'espace proposé en se sentant accueilli avec bienveillance, écouté, entendu. C'est toujours la situation telle qu'elle se présente, avec l'ensemble des éléments contextuels, qui doit guider la réflexion de l'assistant social et le conduire à poser les actes de l'accompagnement social. Dans la sphère du soin, l'assistant social occupe une position particulière d'interface entre le soin et l'environnement lui conférant un rôle de mise en lien entre « le dedans » du soin et l'extérieur.

Il en est ainsi avec la famille et l'environnement large du patient. Le besoin de savoir et de comprendre est bien légitime. Pour autant, il n'est pas possible de divulguer tous les éléments et de transmettre les données confiées par l'utilisateur ou collectées dans la prise en charge. L'assistant social, dans une logique partagée avec l'équipe, fait alliance avec l'entourage tout en veillant à ne pas bouger les « lignes » ; le point de regard, la personne centrale est l'utilisateur. C'est par un travail de relais, de traduction d'informations sélectionnées, de médiation que la coopération agit. C'est aussi à la condition que les termes de cette coopération soient clairement parlés avec l'utilisateur. Le dialogue ouvert, respectueux de la parole, doit toujours prévaloir. Les engagements pris lient le propriétaire de l'information et celui qui la reçoit. Et si des informations sont transmises, l'accord de la personne doit être obtenu.

Il en va de même dans les relations avec les partenaires. Les réunions pluri-institutionnelles telles que les instances de concertation permettent la réflexion partagée sollicitant les expertises de chacun en visant une meilleure objectivation.

Mais pour autant, tout ne peut et ne doit être mis « *dans le pot commun* ». Chaque institution agit dans le cadre d'une mission ciblée avec ses propres règles, ses objectifs et ses contraintes. Les professionnels sont de métiers très variés et leurs diplômes d'origine n'abordent pas de la même façon la question de la communication ; leur compréhension théorisée et conscientisée des notions de secret et de confidentialité sont variables. L'expérience qui est la mienne dans le développement du travail partenarial sur le département, me donne à penser que la situation des usagers ne peut être évoquée sans précautions préalables résultant d'une mise à plat des règles de partage. Je pense ici à l'élaboration de règles communes à travers la co-écriture d'une charte de partenariat. Et je me permets de vous en proposer quelques principes.

- Le respect de la vie privée est une valeur forte qu'il est important de poser d'emblée. Cela implique de la part de chacun une vigilance, pour soi et pour ce qu'on entend, quant à ce qui relève du secret professionnel, du secret médical et de la confidentialité.
- Les échanges pluri-institutionnels doivent favoriser la cohérence et la continuité des prises en charge. Cependant, tous les éléments du parcours de l'utilisateur n'ont pas à être communiqués, le droit à ce qu'on appelle « l'oubli » est fondamental : ce qu'une institution connaît d'une étape de la vie ne doit pas suivre l'utilisateur comme une marque indélébile. Pour agir efficacement, nul n'est besoin de tout savoir sur l'autre.
- Le partage d'informations doit tenir compte de la composition du groupe au moment de l'échange. Il est contextualisé et mesuré selon l'intérêt de l'utilisateur et dans la limite de ce qui est nécessaire à la prise en charge de la situation. Il s'agit d'un partage d'informations ciblées.
- Les échanges ne doivent être nominatifs que si c'est indispensable (cf. les commissions MDPH ou du SIAO (Services Intégrés d'Accueil et d'Orientation vers les structures d'hébergement)).
- La relation de confiance est à privilégier. Si les données sont nominatives, l'utilisateur doit être informé de cette réunion à son sujet, son accord éclairé doit être recherché.
- Le partage de l'information dépend du mode de communication. Selon qu'on échange à l'oral, qu'on produit un écrit ou qu'on complète un imprimé

informatisé d'un fichier nominatif, la question se pose de ce que l'interlocuteur va conserver, voire diffuser à son tour.

Pour conclure.

Ces quelques principes proposés à la réflexion individuelle et collective me paraissent un invariant de tout travail partenarial. Ils servent de référence de pensée et de filet de prudence. En même temps, et on le sait bien, il est des moments, que je qualifierais somme toute de fréquents, où la nécessité de faire aboutir un dossier ou d'améliorer une situation nous oblige à en dire un peu plus qu'on ne voudrait ou on ne devrait. Si on brandit le secret professionnel à toute demande d'informations, ce sera vite bouclé et rien n'avancera. C'est, en responsabilité et en fonction de chaque situation individuelle examinée dans son contexte, que nous communiquons. Les situations rencontrées où le secret professionnel est interrogé sont toujours complexes et au fil du rasoir entre la rigueur de la loi et la difficulté de la pratique professionnelle ; mais cette insécurité vécue par les travailleurs sociaux est aussi l'occasion de réfléchir et de se positionner face à un acte professionnel. L'usager est le point de regard central qui doit nous conduire à explorer en permanence la notion de « *secret professionnel* », en y associant d'autres concepts tels que l'éthique et la déontologie. Dépasant la seule vision opératoire de notre action, nous accédons ainsi à une pratique dynamique sans cesse à la recherche d'éléments d'analyse et de compréhension.

LES APPORTS ET INTERACTIONS DES RESAD



- Transition faite par Françoise Archer :

Nous avons vu ce matin que les instances de type RESAD étaient vécues entre autres comme de véritables points d'appui, des instances ressources pour les professionnels lesquels souhaitent voire plébiscitent leur maintien. Le Docteur Fabrice Giraux, directeur de la santé et responsable du CMS à Aulnay sous Bois, Katia Levy, assistante sociale à la circonscription de Noisy-le-Grand et Brigitte Bureau, assistante sociale d'ATD Quart Monde à Noisy-le-Grand vont nous faire part de leur expérience dans le cadre de leurs instances respectives qui n'ont pas la même ancienneté puisque la RESAD d'Aulnay a démarré en début d'année 2012 et celle de Noisy-le-Grand en 2007.





Intervention du Docteur Fabrice Giraux - Directeur de la Santé à Aulnay-sous-Bois

Parler de la Resad d'Aulnay, comme il vient d'être dit, c'est parler d'une naissance très récente, puisque datant de début 2012. Néanmoins, c'est vrai que cette Resad s'est fondée sur l'expérience qui a pu être tirée d'un certain nombre d'autres expériences qui, elles, existent depuis plusieurs années. Dans sa composition, elle est plutôt classique, les membres permanents sont ceux qu'on retrouve dans la majorité des Resad. Une des spécificités, peut-être, c'est d'abord fréquemment plus

spécifiquement les questions des situations des personnes âgées ou des personnes en situation de handicap.

Sachant qu'effectivement parmi nos membres permanents nous n'avons pas de représentants de ces services, mais pour autant et à chaque fois qu'il est possible nous les y associons comme étant des partenaires indispensables quant à la prise en compte de l'ensemble des problématiques de nos usagers demandeurs.

Alors je voudrais dire simplement sur la RESAD telle qu'on l'a constituée sur Aulnay, qu'on n'a pas voulu en faire un lieu très ouvert sur tout. Je veux dire par là qu'un certain nombre de situations ne trouvent pas leur place, je crois en tout cas, à l'intérieur de la RESAD, je parle particulièrement des situations de crise. Les situations de crise mobilisent souvent beaucoup d'acteurs : des acteurs politiques, des acteurs des services, des acteurs de l'hôpital. Pour autant, c'est vrai que le moment de crise n'est pas celui, me semble-t-il, de l'échange partagé autour d'une situation. Il doit obéir à d'autres lieux qui permettent ce type de rencontre, à la fréquence qui est celle de l'urgence, c'est-à-dire, une convocation plutôt rapide des intervenants concernés.

La deuxième chose que nous n'avons pas voulu au sein de notre Resad, c'est que ce soit un lieu de supervision de pratiques professionnelles des différents champs qui sont concernés par la Resad. Ce n'est pas un lieu d'analyse de pratiques, pour le coup c'est effectivement un lieu qui vise à essayer de mettre en commun un savoir, des expériences pour essayer de trouver, de manière générale, des solutions à une situation particulière mais aussi, et ça fera le lien avec ce que je

souhaite vous dire après, favoriser une communication entre des acteurs qui fondamentalement ne se connaissent pas, ou ne connaissent pas leurs limites ou les apports que les uns et les autres peuvent avoir et l'attente pour avoir les clefs des différentes interventions menées dans différents champs.

Ce n'est pas non plus un lieu de gestion des conflits interinstitutionnels : dans chaque ville, en tout cas dans la mienne, un certain nombre de situations suscite ce que ce matin certains appelaient le syndrome de la patate chaude, celui qui consiste à dire, effectivement, nous ne sommes pas responsables mais il y a un coupable, et le coupable c'est forcément l'autre. Alors parfois c'est l'hôpital, parfois c'est la Ville, parfois c'est la psy, parfois c'est le service social mais fondamentalement nous n'avons pas vocation à régler les problèmes institutionnels qui peuvent avoir lieu entre les différents services ou les différents intervenants ont, à un moment ou un autre, le sentiment que ça ne marche pas. Ça ne marche pas à cause de l'autre. Par contre, il est vrai qu'en traitant un certain nombre de situations au sein de la Resad, nous sommes, je crois, en position de pouvoir favoriser une communication plutôt apaisée, là où parfois des débats plutôt houleux, et ça c'est plutôt positif, mais surtout des conflits ouverts peuvent prendre place.

Ce que je souhaite dire, le sentiment que j'ai c'est que la Resad c'est d'abord un nouveau mode relationnel, un nouveau mode de communication entre professionnels, qui ne sont pas, je le disais auparavant, naturellement habitués à échanger entre eux, qui bien souvent ne parlent pas la même langue professionnelle, et qui n'ont que peu de représentations partagées autour des mêmes phénomènes. Quand on parle, les mots folie, psychose, urgence, violence, je ne crois pas fondamentalement que les médecins, les psychiatres, les assistants sociaux, les travailleurs sociaux, ont automatiquement les mêmes représentations de ces phénomènes.

Par ailleurs, on peut dire que chacun se trouve de plus en plus isolé dans sa pratique, là où nous sommes convoqués souvent au pluriel. On parle de situations complexes, finalement je crois que toutes les situations sont complexes, si on veut parler de la complexité de l'être humain, je ne crois pas qu'effectivement il y ait des situations qui ne le soient pas. Mais par contre, pour un corpus professionnel donné, une situation peut paraître simple et d'autres plus complexes, et souvent elle est complexe à partir du moment où on a le sentiment qu'un autre champ est convoqué et nous empêche de travailler correctement un certain nombre de situations.

Une image : je repense à pendant mes études, en discutant avec un médecin qui était médecin généraliste, il me disait « Moi j'adore travailler avec les enfants mais les parents qu'est-ce que c'est chiant ! Donc je ne veux pas faire de

pédiatrie parce qu'il faut s'occuper aussi des parents ». La vraie question c'est de savoir peut-on s'occuper des enfants sans s'occuper des parents ? Je pense que c'est pareil, peut-on s'occuper de nos patients qui sont dans des situations très compliquées sans convoquer aussi, ou invoquer, la dimension sociale ou la dimension psychologique ou psychiatrique ? Donc de fait, bien souvent, en tant que professionnels, notre première réaction est plutôt : c'est une gêne. Pour moi médecin, le social, l'interruption par le social de ma consultation, l'intrusion du social sont une gêne. C'est une gêne de voir quelque chose que je ne peux pas prendre en charge, pour laquelle je n'ai pas de réponse, en tout cas pas de réponse spécifique.

Donc deux solutions possibles :

- la première, c'est de renvoyer, c'est de dire « Ah non ça ce n'est pas pour moi, allez voir l'assistante sociale, allez voir le psychiatre... »
- ou alors essayer de voir comment on peut essayer de travailler autrement ensemble.

Et donc je crois qu'effectivement la RESAD est un de ces espaces où on peut essayer de travailler ensemble en convoquant la personne dans sa globalité et dans la situation qu'elle vit.

Il est fréquent aussi d'entendre dire - le syndrome de la patate chaude toujours - en tout cas moi je l'ai beaucoup entendu sur ma ville, des plaintes du secteur social vis-à-vis de la psychiatrie, qu'ils sont difficiles à joindre, pas assez réactifs, trop retranchés derrière le secret professionnel. En miroir, on entend aussi fréquemment les professionnels de santé se plaindre de la difficulté de travailler avec le social, de n'avoir pas les réponses attendues, en gros un hébergement dans la minute et donc effectivement, nous sommes dans des situations où des fois c'est un face-à-face qui est parfois... souvent conflictuel !

Egalement les uns comme les autres méconnaissent bien souvent les cadres d'intervention et donc les limites de chacun et de chaque structure ou de chaque professionnel pour trouver les réponses cohérentes. Et surtout, c'est la question de la temporalité : c'est vrai qu'en tant que professionnel de santé, quand j'envoie potentiellement vers un assistant social, je peux imaginer que la réponse c'est 10 minutes, c'est 1 heure, c'est 10 jours, c'est 1 an, ou des fois je pense que ce n'est pas possible du tout alors même que des solutions sont trouvées.

Donc la RESAD, de ce point de vue là, joue plusieurs rôles :

- Elle favorise un échange interdisciplinaire autour d'une situation complexe mais cet échange, certes permet parfois de trouver une solution portée collectivement, mais plus encore permet de situer un peu plus précisément les cadres d'interventions et les limites de chacun dans telle ou telle situation.
- Elle joue un rôle de médiation, de communication entre les services représentés ou les professionnels. Je pense sincèrement que chaque intervenant, qu'il soit permanent où simplement un intervenant ponctuel à l'intérieur d'une RESAD est aussi un facteur de communication entre les services et l'hôpital. En effet c'est un facteur de communication qui ne se situe pas simplement face à une situation particulière, celle qui est exposée au sein de la RESAD, mais bien plus largement, elle permet de communiquer une autre manière de faire, qui facilite les échanges en dehors même de la RESAD.
- Elle joue enfin un rôle dans la mise en place de définitions partagées ou du moins de compréhension de ce que les mots veulent dire pour chaque professionnel. J'évoquais au début de mon intervention le fait que les mots folie, psychose, ne renvoient pas forcément la même chose dans la tête de chacun. Je pense qu'il est important de créer un corpus qui est spécifique à chacune des Resad, qui est spécifique à chacun des intervenants qui y sont présents. De telle manière, sans transformer un assistant social en psychiatre ou en médecin pas plus qu'un médecin en assistant social on propose à chaque fois la possibilité de comprendre ce que chacun veut dire quand on utilise le même mot, et cela, pour ma part, je trouve que c'est essentiel.

Je vous remercie.



Intervention de Katia Levy,
assistante sociale à la
circonscription de service social de
Noisy-le-Grand

Travailler dans le champ de la polyvalence de secteur c'est prendre en compte la personne et son parcours de façon globale. Le travailleur social doit rechercher les causes qui compromettent l'équilibre physique, psychologique et social et mener toutes actions susceptibles d'y remédier.

Le public qui notamment sollicite l'intervention du service social est spécifiquement celui dont les situations sociales sont les plus

mouvantes : séparations, chômage, hébergement...et pour une proportion des situations de détresse pouvant être liées à une souffrance psychique sans prise en charge de soins.

Les situations, quelles aient trait à l'insertion professionnelle ou à l'insertion sociale interrogent de toute manière la notion de mieux être psychique.

Ce sont ces situations les plus difficiles qui requièrent un regard d'autres professionnels du champ médico-social.

C'est à partir de cette absence de soins que le champ de l'intervention de l'assistante sociale se déplace en direction d'une instance spécialisée.

Le RESAD apparaît comme un outil indispensable et trouve ainsi toute sa pertinence et sa légitimité.

Pour qu'un tel accompagnement se mette en place, il nécessite d'introduire la notion de soin psychique dans le suivi social.

C'est à cet effet que le RESAD est à même d'aider et de soutenir le travailleur social.

Comment expliciter à l'usager, ce que peut apporter un professionnel en charge du soin psychique ?

C'est parce nous pouvons regarder autrement nos capacités d'actions respectives en ayant conscience de nos limites que nous pouvons transmettre à l'usager tous les champs du possible et l'amener à accepter du soin.

Cette démarche est possible d'autant qu'elle est facilitée par la connaissance et la mutualisation des compétences des membres du réseau.
C'est un atout majeur qui s'inscrit dans la pérennité.

Les travailleurs sociaux ont trouvé auprès du RESAD d'autres questionnements ou des réponses face à une population en situation de grande souffrance psychique et très éloignée du soin pour laquelle nous n'étions pas en capacité de trouver un accompagnement adapté.
C'est pour cela que cette instance est devenue complémentaire.

Au cours de cette instance, nous transmettons tout un savoir professionnel autour de la prise en charge que nous avons de cette famille et qui est prépondérant pour l'évaluation.

En effet, notre connaissance de la famille permet d'apporter aux partenaires une évaluation sociale familiale et environnementale de l'usager tout en requérant sa confiance.

Cet apport va notamment conditionner et construire, autour d'une prise en charge avec les partenaires du champ de la santé mentale, le processus d'accès aux soins.

Ayant eu connaissance de nos missions respectives, on ne renvoie pas la situation avec toutes les difficultés que cela peut impliquer dans ce cas, mais on engage un travail dans la complémentarité.

Le RESAD est plus qu'un lieu ressource. Il permet de mettre en place des actions de manière immédiate en direction des personnes.

Ces actions peuvent s'effectuer avec ou sans la présence de l'assistante sociale référente.

Les actions du RESAD amènent un certain nombre de suivis spécifiques où l'on recherche les moyens d'intervention les plus appropriés pour accompagner l'usager vers les soins.

L'aide à l'admission dans les structures (appartements de coordination thérapeutique, maison de convalescence, hospitalisation) constitue autant de réponses possibles issues de l'instance RESAD.

Il arrive que nous élaborions ensemble des réponses simples, un échange concerté, une redistribution des rôles qui vont permettre de progresser dans l'accompagnement social.

Les prises en charge sont diverses : certaines situations rencontrées relèvent d'une démarche de soins de longue durée, d'autres pourraient trouver une amélioration avec un accompagnement spécifique de courte durée (notamment l'intervention de l'équipe mobile psychiatrie et précarité).

La rencontre de la personne en souffrance avec l'équipe mobile a été souvent déterminante et déclencheur parfois d'une prise en compte de la problématique psychique dans une dynamique d'intervention, d'autres fois d'un accompagnement dans une durée qui va permettre de dynamiser en quelque sorte une situation devenue figée.

La saisine de l'équipe mobile à partir du moment où nous avons connaissance de ses missions mais aussi que nous en connaissions les professionnels au sein de la RESAD, s'en est trouvée facilitée.

Certains usagers ont ainsi pu trouver le moyen de renouer avec un soin antérieur lorsqu'ils avaient interrompu toute prise en charge.

Bien sur nous souhaitons aussi évoquer les situations qui feront l'objet parfois de plusieurs rencontres. Cependant, observer par exemple un usager qui même s'il ne se stabilise pas dans le soin fait appel à la structure de manière sporadique est déjà une réponse en soi.

Travailler ensemble nous oblige à davantage d'implication, d'échanges professionnels, de reconnaissance réciproque et à revisiter nos représentations vis à vis des autres professionnels.

Ce schéma positif n'a pu se concevoir et se maintenir qu'avec la confiance réciproque partagée par tous.

Autre aspect positif de cette instance c'est toute la distanciation qui apparaît dès lors que la situation est portée à la connaissance des professionnels.

Pendant un temps nous partageons des éléments ayant comme préalable la confiance de la famille, il a parfois été difficile d'évoquer nos interventions : la crainte de jugement du professionnel peut constituer un frein à la progression de l'analyse.

Les professionnels peuvent parfois avoir un regard critique sur notre implication. Parfois nous sommes interpellés sur une trop grande implication par rapport à certaines situations. Nous avons à expliquer la fragilité extrême de l'usager souvent en absence de liens sociaux, familiaux et qui en fait nécessite ce type d'accompagnement de grande proximité. Cette instance doit nous permettre de transmettre cette manière de faire pour accéder à la confiance de l'autre professionnel qui est une condition indispensable pour introduire la question des soins auprès de l'usager.

Des lors que le bien être psychique fait défaut à la personne, il convient au travailleur social de l'intégrer dans les priorités des actions à mener.

En qualité d'assistante sociale, je pense qu'il est indispensable de développer et pérenniser un partenariat avec les professionnels du champ de la santé mentale. Ce travail partenarial impose deux exigences : reconnaître nos limites respectives et accepter le regard et l'introduction d'autres professionnels dans l'accompagnement de l'utilisateur.

Le RESAD apparaît comme une passerelle indispensable aux prises en charge les plus complexes.

Et la place de l'utilisateur reste fondamentale au sein de cette instance.



Intervention de Brigitte Bureau,
assistante sociale à ATD Quart
Monde

Le centre de promotion familiale ATD Quart Monde de Noisy le Grand est un CHRS qui accueille pour des séjours longs (2 à 4 ans voire plus) des couples avec de jeunes enfants.

Ce centre d'hébergement présente plusieurs caractéristiques. J'en citerai deux :

1 - la structure est gérée par ATD Quart Monde, mouvement dont l'objectif est l'éradication de l'extrême

pauvreté. Il a, de ce fait, vocation à accueillir des familles en très grande précarité, cumulant des blessures affectives et des difficultés dans plusieurs domaines de la vie.

2 - L'équipe est constituée de professionnels, (dont les deux assistantes sociales qui assurent l'accompagnement social global des familles tout au long de leur séjour) et de volontaires permanents engagés dans le Mouvement ATD Quart Monde qui sont dans une posture différente, plus personnelle et qui apportent des soutiens à travers des actions communautaires (accueils parents enfants, actions et projets culturels....)

Malgré un étayage très fort, il arrive que l'équipe soit impuissante à enrayer les conduites d'échec, le mal être, le repli, la violence contre soi et les autres des familles accueillies.

Cela a été le cas pour une des familles dont nous avons demandé l'inscription en RESAD.

Il s'agissait d'un couple parents d'une adolescente. Monsieur est salarié dans une entreprise d'insertion mais il ne va pratiquement jamais au travail, « préférant » aller mendier dans le métro, alors qu'il a parfois du mal à marcher.

Madame, n'a jamais travaillé, elle aussi est en très mauvaise santé, d'une maigreur inquiétante, et parfois, « elle fait des crises ». La situation financière est catastrophique. Leur fille ne va plus à l'école.

L'année précédant le passage en RESAD, Madame a inondé son appartement et a été emmenée à l'hôpital par les pompiers. Elle en veut à l'équipe d'avoir appelé les secours. Après cette hospitalisation très mal vécue, elle est revenue chez elle plus mal à nos yeux, et sans aucun suivi.

Aucune démarche n'avance. Ils n'honorent pas les rendez vous, n'apportent pas les papiers. Ils ne ferment pas non plus leur porte, nous accueillent chez eux, ne se plaignent de rien.

Ils semblent ne pas voir ce qu'il y a d'inquiétant pour nous dans leur situation Et c'est ce qu'ils nous disent.

Nous inscrivons cette situation pour en parler en RESAD et choisissons d'y aller à 3 personnes qui avons des liens privilégiés avec le couple : moi-même, la directrice, qui connaît bien le RESAD pour avoir participé à sa création et qui a donc confiance dans l'éthique de cette instance, et une autre volontaire permanente.

Nous n'avons pas parlé à la famille de notre démarche, par peur de casser le fil ténu de la relation, et par peur de raviver pour Madame le souvenir tellement violent pour elle de son hospitalisation.

Le jour de la présentation en RESAD, la question nous est posée de savoir si la famille a donné son accord. Comme ce n'est pas le cas, nous ne pouvons pas présenter la situation mais nous avons un échange bienveillant avec l'équipe du RESAD et nous sommes invités à revenir après avoir pu en parler avec la famille, ce que nous avons fait quelques semaines plus tard.

De cette expérience, on peut tirer trois points :

1 - L'échange avec l'équipe du RESAD nous a aidés à dépasser l'appréhension qui nous avait empêchés de parler du RESAD à la famille.

Il nous a aidés à leur dire que « nous sommes inquiets pour eux, que nous ne savons pas comment les aider. Que nous avons besoin de chercher de l'aide, de réfléchir avec d'autres, pour mieux les aider ».

La famille ne s'y est pas opposée. Il serait difficile de savoir ce qu'ils en ont compris. Ils ont entendu que nous nous faisons du souci pour eux, ce qu'ils ne trouvaient pas justifié.

En allant parler de leur souffrance en RESAD, nous leur montrions qu'ils étaient dignes de notre inquiétude et que même d'autres personnes qui ne les connaissaient pas pouvaient s'inquiéter pour eux.

2 - Pour cette famille, le fait d'avoir pu présenter cette situation en RESAD a servi d'étape préparant l'intervention de l'équipe mobile, puis l'hospitalisation de Madame, suivie, cette fois, de soins ambulatoires qui se poursuivent toujours aujourd'hui.

3 - Pour l'équipe du Centre de Promotion Familiale, le fait d'aller à 3, à la fois travailleur social et volontaires permanents non professionnels, a aussi été une démarche nouvelle.

En règle générale, les liens avec les professionnels extérieurs intervenant dans la vie des familles sont assurés par les travailleurs sociaux (pour des raisons de compétences, de posture, de langage communs et pour les questions liées au secret professionnel).

Dans ce travail en réseau autour d'une personne ou d'une famille, on sort un peu de ces compartiments séparés entre les différentes postures entourant la personne pour laquelle on s'inquiète, et cette façon de travailler est assez adaptée à des structures comme le CPF (Centre de promotion familiale) et probablement aux associations en général travaillant avec un public fragile.

LES CADRES DE TRAVAIL MIS EN PLACE LOCALEMENT



- Transition faite par Françoise Archer :

Muriel Laffaille dans son intervention a évoqué l'intérêt d'élaborer des règles communes, des principes qui visent à asseoir le cadre du fonctionnement partenarial en matière de partage d'information.

Nous allons maintenant écouter les acteurs de 2 territoires qui ont souhaité formaliser cette démarche par l'écriture de chartes.

Il est apparu tout particulièrement intéressant de les solliciter car les processus de mise en œuvre de ces 2 chartes sont différents :

Au Pré Saint-Gervais le groupe « situations complexes » existe depuis 2004 mais a récemment formalisé son cadre de travail, alors qu'à Sevrans la charte de l'instance a été élaborée au moment même de son démarrage en 2011.

Nous écoutons donc Déborah Martin, responsable de la coordination gérontologique à la ville du Pré-Saint-Gervais accompagnée de Loïc Scordia, assistant social au CMP du Pré Saint-Gervais, puis le Docteur Fabrice Pécot - Psychiatre Chef de pôle au CHI Robert Ballanger, pour le RESAD de Sevrans





Intervention de Déborah Martin, responsable de la coordination gérontologique à la Ville du Pré-Saint-Gervais et de Loïc Scordia, assistant de service social au CMP du Pré-Saint-Gervais

Présentation de la charte réunion situations complexes du Pré-Saint-Gervais

L'origine et le fonctionnement de notre instance réunion situations complexes se sont inscrits dans le registre des relations interpersonnelles entre un triptyque constitué du C.C.A.S du Pré Saint Gervais, de la circonscription de service social du Conseil général et du secteur de psychiatrie générale.

La confiance établie entre ces partenaires locaux et l'habitude de travailler ensemble n'étaient néanmoins pas des moyens suffisants pour constituer le cadre pérenne de l'instance.

Le départ annoncé, en 2009, de deux des représentants d'institutions à l'origine de sa création à savoir le directeur adjoint du CCAS du Pré Saint Gervais et la responsable de la circonscription de service social fut l'élément à l'origine de ce projet de formalisation de l'instance.

Cet élément déclencheur était également renforcé par notre souhait de déclarer en quelque sorte notre identité en nous structurant davantage.

- Pour ce faire nous pensions qu'il était primordial de nous fixer un cadre déontologique, une sorte de code de pensée auquel se référer.

- Communiquer sur notre dispositif avait pour objectif de venir renforcer notre existence, notre présence sur le territoire.
- Enfin nous pensions que pour pérenniser l'instance la question de son financement était à envisager.

Les enjeux de la formalisation de notre instance situations complexes se sont situés à différents niveaux :

- Sur un plan culturel, nous avons le souhait de maintenir cette dynamique de groupe qui n'est pourtant pas évidente compte tenu que nous sommes issus de professions et d'institutions différentes.
- D'autre part, au niveau organisationnel, cette dynamique de groupe favorisait, jusqu'à présent, une réelle stratégie d'intervention concertée. Nous ne voulions pas figer nos pratiques antérieures dans un cadre trop contraignant et restrictif.
- Enfin sur un plan méthodologique, cette formalisation devait être à l'image de notre fonctionnement c'est à dire interinstitutionnel. La formalisation ne devait pas être plus portée par l'une des institutions mais véritablement par le triptyque que j'ai décrit tout à l'heure.

Le processus de formalisation a débuté en 2009, un comité de pilotage très éphémère, puisqu'il n'y eut qu'une réunion, a défini l'idée d'un conventionnement et en a posé les bases méthodologiques.

Afin d'apporter un éclairage supplémentaire à notre projet de formalisation nous nous sommes renseignés sur comment fonctionnait nos voisins et sur quelles bases. Nous avons ainsi eu l'occasion d'assister à une commission du RESAD d'Aubervilliers et de nous entretenir ensuite avec les membres permanents de ce RESAD.

Notre choix en tenant compte de notre histoire, de notre identité et des enjeux que je vous ai exposés auparavant, s'est porté sur la création d'une charte interinstitutionnelle qui officialise un lien entre nos trois grandes entités et qui puisse asseoir de façon pérenne ce partenariat.

Pour concrétiser ce projet, la désignation unanime d'un coordinateur est devenue primordiale. Son rôle a été d'animer, de structurer et de fédérer.



Déborah MARTIN
Responsable du service Information
et coordination gériatrique
CCAS du Pré Saint Gervais



Loïc SCORDIA Assistant social
Pôle 93G12, CMP du Pré Saint Gervais

GROUPE SITUATIONS COMPLEXES DU PRÉ SAINT GERVAIS

*« Les conventions fonctionnent bien quand les
pratiques les précèdent. Les conventions ne
remplacent pas les relations interpersonnelles. »*

*Evaluation du Plan Psychiatrie et Santé mentale 2005-2008, Haut Conseil de la
Santé Publique.*

1

Un partenariat issu du secteur social

- Création du groupe en 2004 à l'initiative du CCAS, du SSD et des Petits Frères des Pauvres
- Début du processus de formalisation fin 2006 : mise en place de comptes-rendus
- Développement du partenariat en 2007 : participation du secteur de psychiatrie (AS du CMP) et d'une AS de la CRAMIF
- En 2009 désengagement des Petits Frères des Pauvres et de la CRAMIF
- Début 2010 : participation du psychiatre responsable du CMP

2

3 structures porteuses : CCAS-SSD-CMP

Une volonté commune de formalisation

1) Les causes :

- Assurer la pérennité : des changements en perspective parmi les participants historiques
- Une volonté d'affirmer notre identité
- Un besoin d'établir un cadre déontologique clair
- Une volonté de communication sur le dispositif
- Une réflexion sur la recherche de financement

3

3 structures porteuses : CCAS-SSD-CMP

Une volonté commune de formalisation

2) Les enjeux de la démarche:

- *Culturel* : arriver à un consensus entre des professionnels de formations variées et issus de différents secteurs
- *Organisationnel* : Ne pas déstabiliser un fonctionnement satisfaisant ; Mettre en place un cadre au plus proche de nos pratiques
- *Méthodologique* : mettre en place une procédure participative égalitaire

4

Début du processus 2009

- Un comité de pilotage éphémère à l'origine de l'idée d'un conventionnement entre les partenaires
- Une recherche d'expérience auprès d'initiatives similaires : rencontre avec le RESAD d'Aubervilliers
- Concrétisation du projet : désignation d'un coordinateur au sein du groupe en charge notamment d'animer la démarche

5

Mise en œuvre 2011-2012

ACTIONS	MOYENS	CALENDRIER
Proposition d'un cadre de réflexion sur 3 thèmes	•Coordinatrice du groupe avec les professionnels du CCAS •Présentation lors de la réunion situations complexes	Septembre 2011
Etoffement et validation de ces thèmes par le groupe	Organisation d'une réunion de travail avec l'ensemble des membres	Début octobre 2011
Echanges et apports de contenu sur les différents thèmes	Temps réservé lors de la réunion des situations complexes	Mi-novembre 2011
Rédaction	Chaque structure a eu la charge de rédiger une des 3 parties	De mi-novembre 2011 à janvier 2012
Relecture et modifications	Temps réservé lors des réunions situations complexes	Janvier à juin 2012
Validation hiérarchique pour signature	Transmission par chaque structure au responsable ou instance compétent	De juin 2012 à nos jours

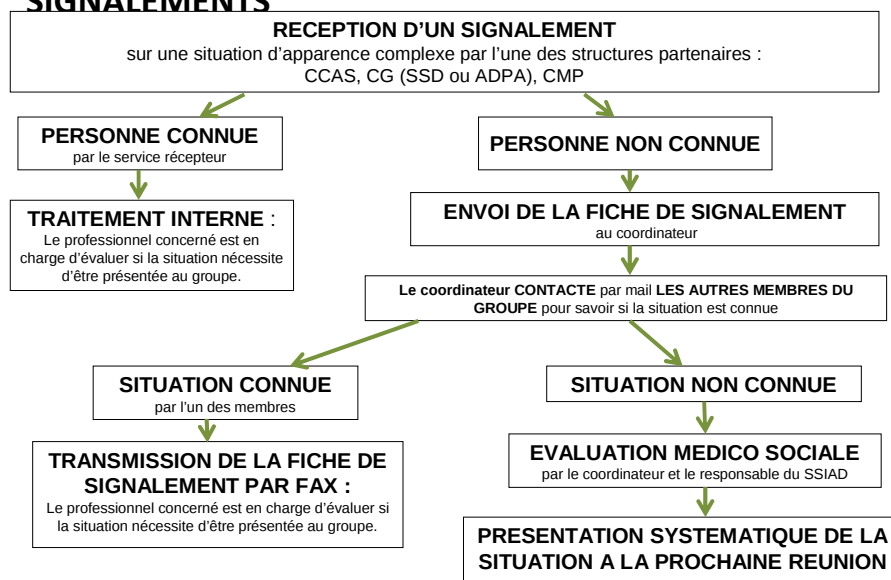
6

Plus value de la démarche

- La mise en place d'un coordinateur issu du CCAS :
 - Soutien administratif : organisation des réunions, diffusion de l'information, bilan annuel
 - Animation et coordination du groupe
 - Evaluation, proximité et réactivité
- L'homogénéisation des pratiques : déontologie
- L'amélioration de la visibilité du groupe
- Le traitement des signalements: création d'une fiche de signalement et d'un schéma récapitulatif (annexé à la Charte)

7

ANNEXE N°1 : MODE DE TRAITEMENT DES SIGNALEMENTS



8



**Intervention du Docteur Fabrice Pécot -
Psychiatre Chef de pôle au CHI Robert
Ballanger, sur le RESAD de Sevrans**

J'aimerais rappeler tout d'abord que Sevrans est une ville où on a plaisir à travailler. C'est une belle ville, riche de son énergie, de sa jeunesse, de ses projets, certes on parle de Sevrans actuellement pour d'autres choses certes il y a des situations difficiles mais franchement, c'est un grand plaisir de travailler à Sevrans et je tenais à le dire.

Alors, tout d'abord le RESAD de Sevrans est né d'une rencontre de trois personnes qui ne se connaissaient pas, Madame Roger, coordinatrice de l'Atelier Santé Ville, le Docteur Hervé Touitou, directeur de la santé et moi-même.

Trop longtemps le secteur de psychiatrie et la municipalité ne s'étaient pas rencontrés. Pour ma part je suis arrivé en 2008 sur ce secteur et ma première démarche a été de rencontrer les gens de la municipalité, notamment du Centre Municipal de Santé. Le RESAD est donc né de ces rencontres.

Le RESAD a permis plusieurs choses : par exemple, l'implantation d'une consultation de psychiatrie au CMS, consultation assurée par le secteur. Et en ce moment on travaille également sur un projet d'externalisation de notre CATTP (centre d'accueil thérapeutique à temps partiel). Je pense que s'il n'y avait pas le RESAD, on n'aurait pas pu avancer sur ces projets.

La première chose lorsqu'on a voulu créer ce RESAD, c'était de voir ce qui se faisait ailleurs et forcément d'aller rencontrer Aubervilliers, la référence. Et donc l'idée toute bête c'était de dire, voilà, n'inventons pas l'eau tiède, faisons un copier/coller ! Eh bien on s'est aperçu que ça ne marchait pas et qu'il fallait qu'on crée nous-mêmes notre outil. D'où la création de ce RESAD pour lequel d'emblée il nous a paru important que l'on puisse avoir une charte qui fasse état des principes de fonctionnement : d'abord bien sûr mettre l'usager au cœur de cette charte et assurer le respect des règles déontologiques. Et donc sans charte, c'est vrai, on s'est aperçu qu'on ne pouvait pas fonctionner.

Puis en effet, la question des intervenants est tout de suite venue. Pour ma part, que l'UNAFAM participe au RESAD de Sevrans ne me posait aucun problème parce que j'ai l'habitude de travailler avec l'UNAFAM, ce sont pour moi des partenaires

très très importants que j'ai impliqués dans d'autres choses, notamment sur la future maison relais pour le pôle adultes de Robert Ballanger. On sait qu'ils travaillent à la MDPH et sur beaucoup d'autres questions. C'est vrai que ça a posé problème, mais en discutant on est arrivé à les résoudre. L'implication des personnes est très importante, on est très « personnes dépendantes » dans un RESAD.

Je pense que la charte est importante également parce qu'on ne sait pas de quoi demain sera fait, on ne sait pas où Hervé (Touitou) et moi seront dans quelques années ! Donc au moins rendons les choses pérennes afin que si un jour on a des successeurs, ils puissent travailler un peu dans les mêmes conditions que celles dans lesquelles on a pu nous-mêmes travailler, c'est à dire très très bien et je souhaite que ça puisse continuer.

Le RESAD s'est élargi, au fil du temps, même s'il faut peut-être faire attention. En effet on a accueilli l'équipe mobile psychiatrie précarité de l'hôpital Robert Ballanger et je pense qu'elle a tout à fait sa place dans le RESAD. Mais cette présence ne doit pas entraîner le désengagement du secteur lui-même. Il est important que le secteur prenne en charge des patients relevant de son territoire, des habitants en grande souffrance, en grande précarité mais également certains sans domicile fixe qui sont sur Sevran depuis de nombreuses années et qui au bout du compte dépendent totalement de notre Commune.

On a également fait venir un psychiatre qui s'occupe de personnes âgées puisqu'on a la chance d'en avoir un à Ballanger, on dispose ainsi de ce regard spécifique.

Mais je pense qu'il faut faire attention à ne pas non plus multiplier les experts pour que ce Resad, quand même, puisse se concentrer sur ses missions propres.

Mon souhait pour le futur, c'est que ce RESAD continue, a priori on est encore là pour quelque temps !, donc on va le faire perdurer afin que l'on continue de travailler dans ces bonnes conditions.

Peut-être faut-il aussi réfléchir à ouvrir le RESAD à d'autres tranches de population : je pense aux grands adolescents ou jeunes adultes qui vivent parfois dans des situations familiales difficiles. Il faudrait avoir une réflexion sur ce sujet bien entendu avec l'inter secteur de pédopsychiatrie. C'est certainement un travail qu'on devra mettre en place dans le cadre de nos projets.

Autre chose : certes on règle, on essaie de régler, on parle surtout des situations difficiles, on essaie d'apporter des solutions mais ce qui me paraît également important c'est qu'on puisse faire le point assez régulièrement sur le suivi de ces opérations, que ça ne soit pas comme ça des choses qui restent en

l'état, dont on a parlé puis plus rien... mais au contraire qu'on puisse voir vraiment si notre RESAD est efficace, sur quoi on peut s'améliorer et que l'on procède à un travail d'évaluation de notre instance.

Je vous remercie.

LA PLACE DE L'USAGER



- Transition faite par Françoise Archer :

Grâce à Patrice Lauthrey, Responsable de la circonscription de Noisy-le-Grand que je remercie, nous avons pris contact avec l'association Française pour la clinique de concertation et plus particulièrement avec l'une de ses psychologues cliniciennes, Catherine Kaplan, qui a animé la RESAD de Noisy-le-Grand durant une année. Elle nous a permis de bénéficier aujourd'hui de la présence de la présidente de cette association, Emmanuelle Dekeyser, qui va nous faire découvrir les principes de travail avec l'utilisateur qui marquent l'identité même de l'AFCC.

Elle est accompagnée du Docteur Béatrice Baudry, médecin psychiatre, praticien hospitalier et thérapeute familiale à Royan.





Intervention d'Emmanuelle De Kayser, présidente de l'AFCC association française pour la clinique de concertation et de la Doctoresse Sophie Baudry, psychiatre et thérapeute familiale à Royan

La « Clinique de Concertation »
un outil au service du travail
thérapeutique de réseau



www.concertation.net

« Clinique de Concertation » ?

- Clinique :
« prendre soin... », « se mettre au chevet... »
- Concertation (concertare) « se battre ensemble ».
- « Clinique de Concertation » :
être « au chevet », « prendre soin » du travail entre les professionnels et les familles, des professionnels entre eux et des membres des familles entre eux, sans nier les conflits.



Histoire de la « Clinique de Concertation »

Jean Marie Lemaire,
psychiatre, thérapeute familial,
directeur d'un Service de Santé Mentale qui a la
particularité de faire partie d'un Centre Public d'Action
Social, à Flémalle en Belgique.

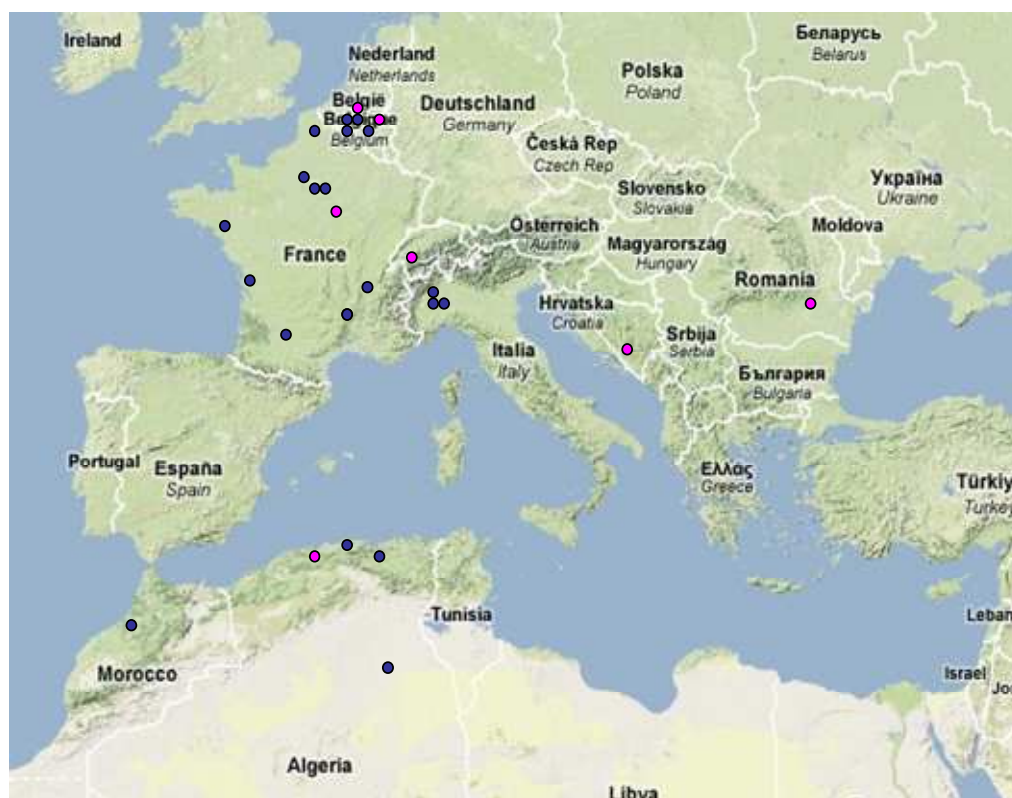
Developpement en Belgique, en France, en Italie, en
passant par la suisse,

Une proposition de travail qui a pu « bénéficier » de
l'expérience de situations de guerre ou de crise, comme
en ex-Yougoslavie (1993) ou en Algérie (depuis 1998)

Developpement en France à la fin des années 90, puis
en Italie depuis 2000

Le terme est né à Wavre, en 1996, avec la volonté de
dé-confisquer les pratiques thérapeutiques et de
reconnaître la portée thérapeutique du « travailler
ensemble » dans les situations de familles en détresses
multiples, travail dans lequel on ne saurait donner une
médaille à l'un ou l'autre des professionnels, qu'il soit
médecin ou éducateur.

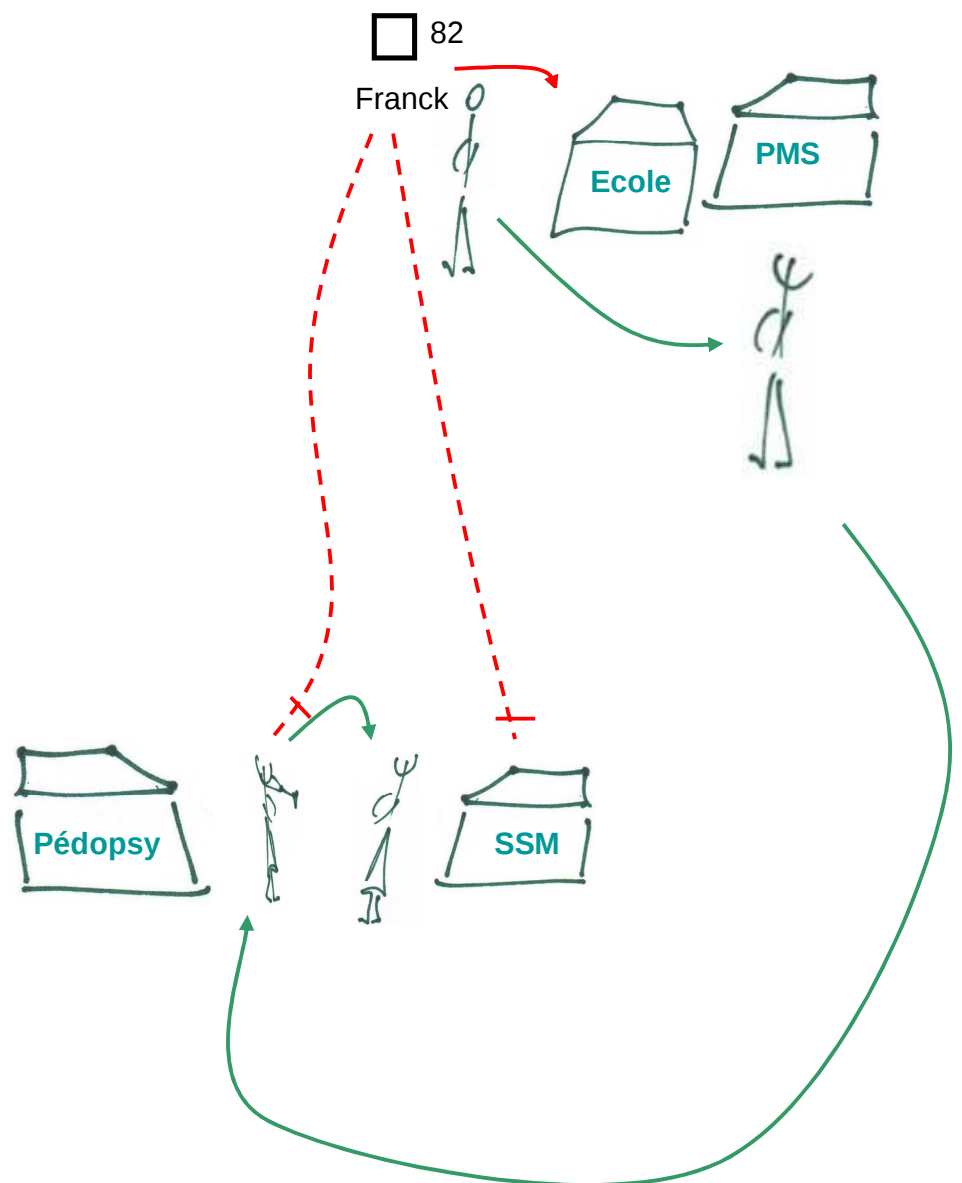
La Clinique de Concertation est présente sur plusieurs territoires



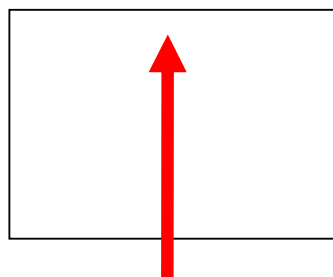
Dans quel état, les situations des
familles en detresses multiples,
nous mettent-elles ?

« Clinique de Concertation »
Flémalle (Belgique)
1996

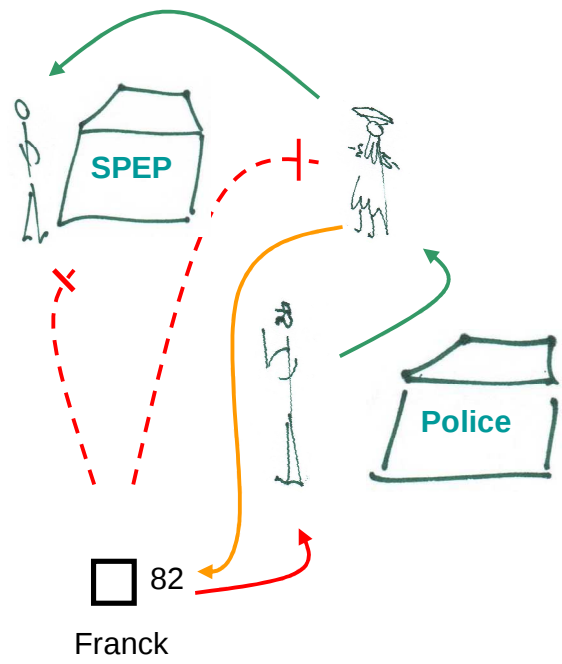


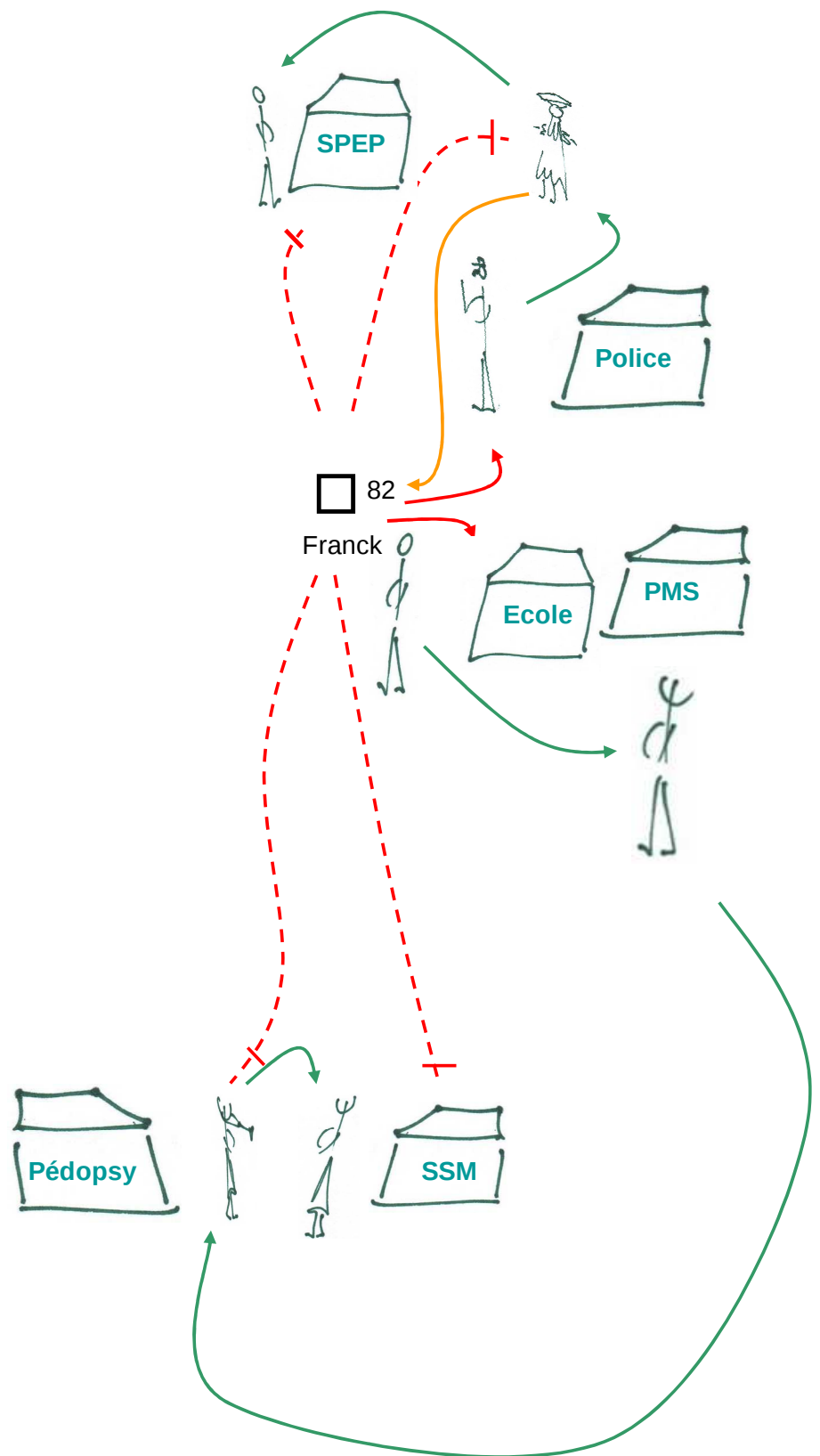


**1. Refus de l'offre
Rupture du
lien**



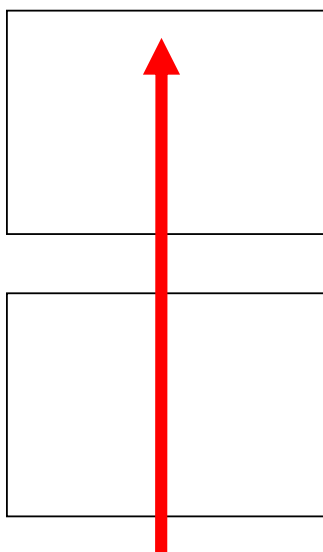
**Clinique de la
Consternation**





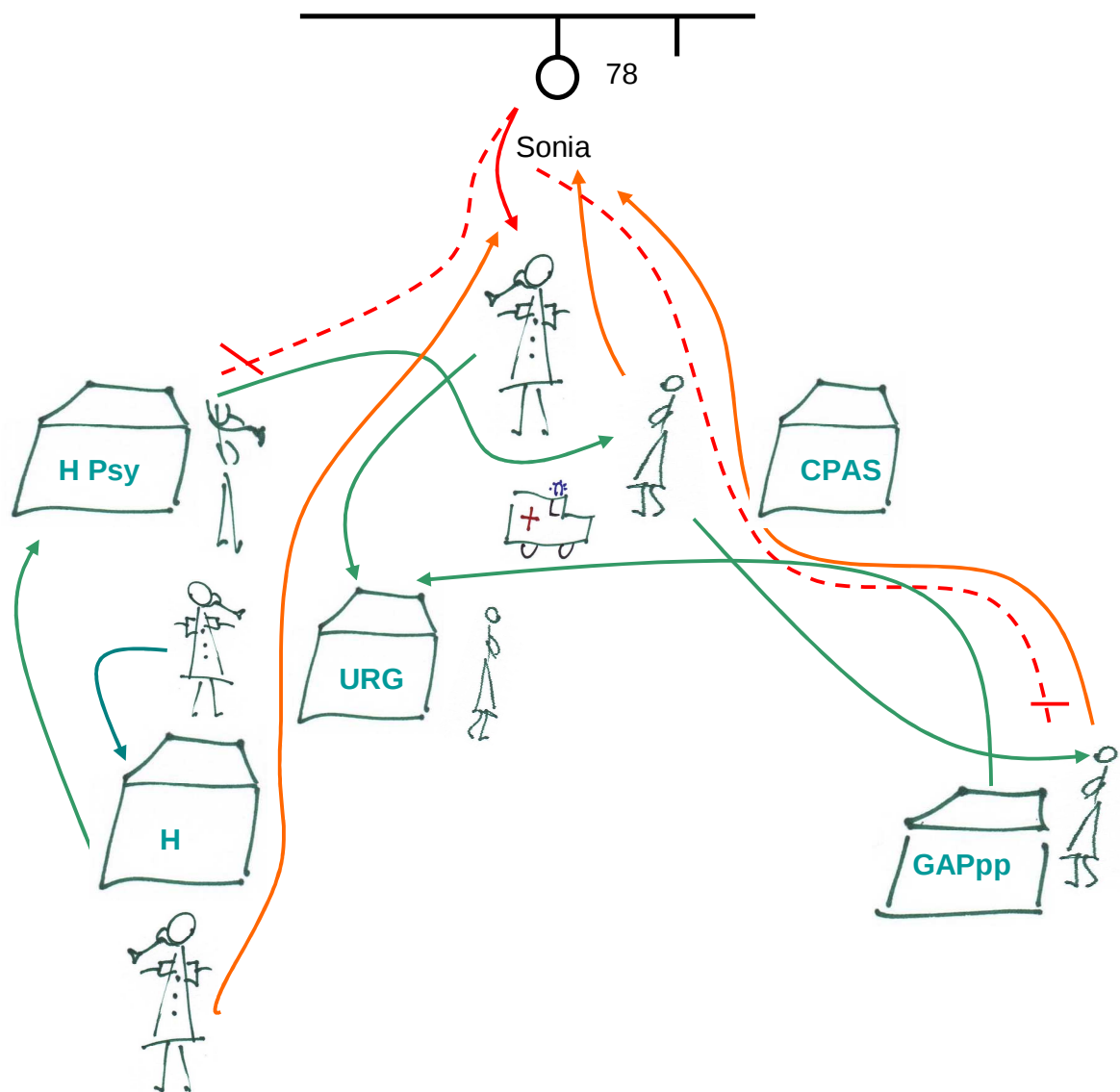
**2.
Complexification**

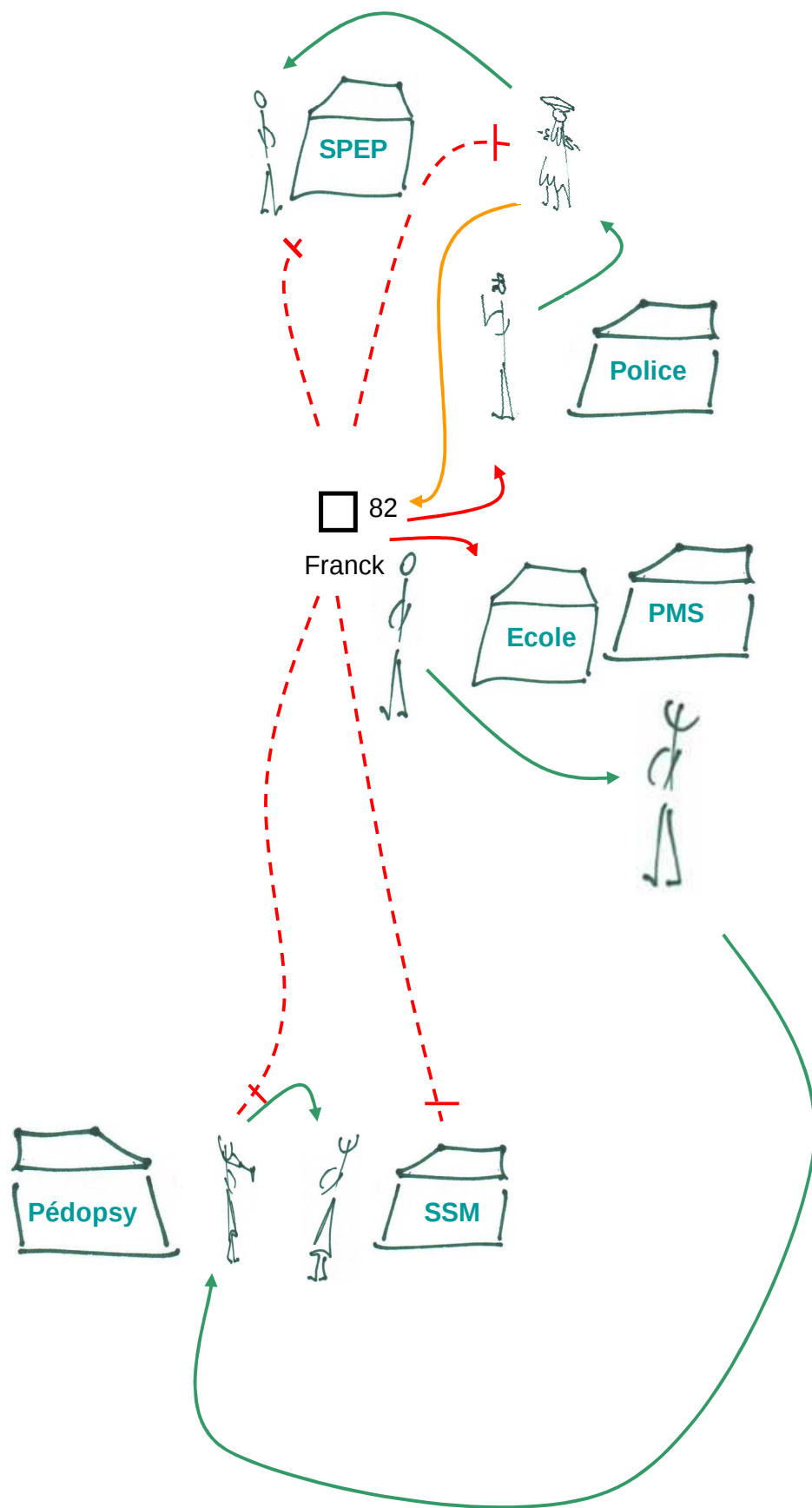
**1. Refus de l'offre
Rupture du
lien**

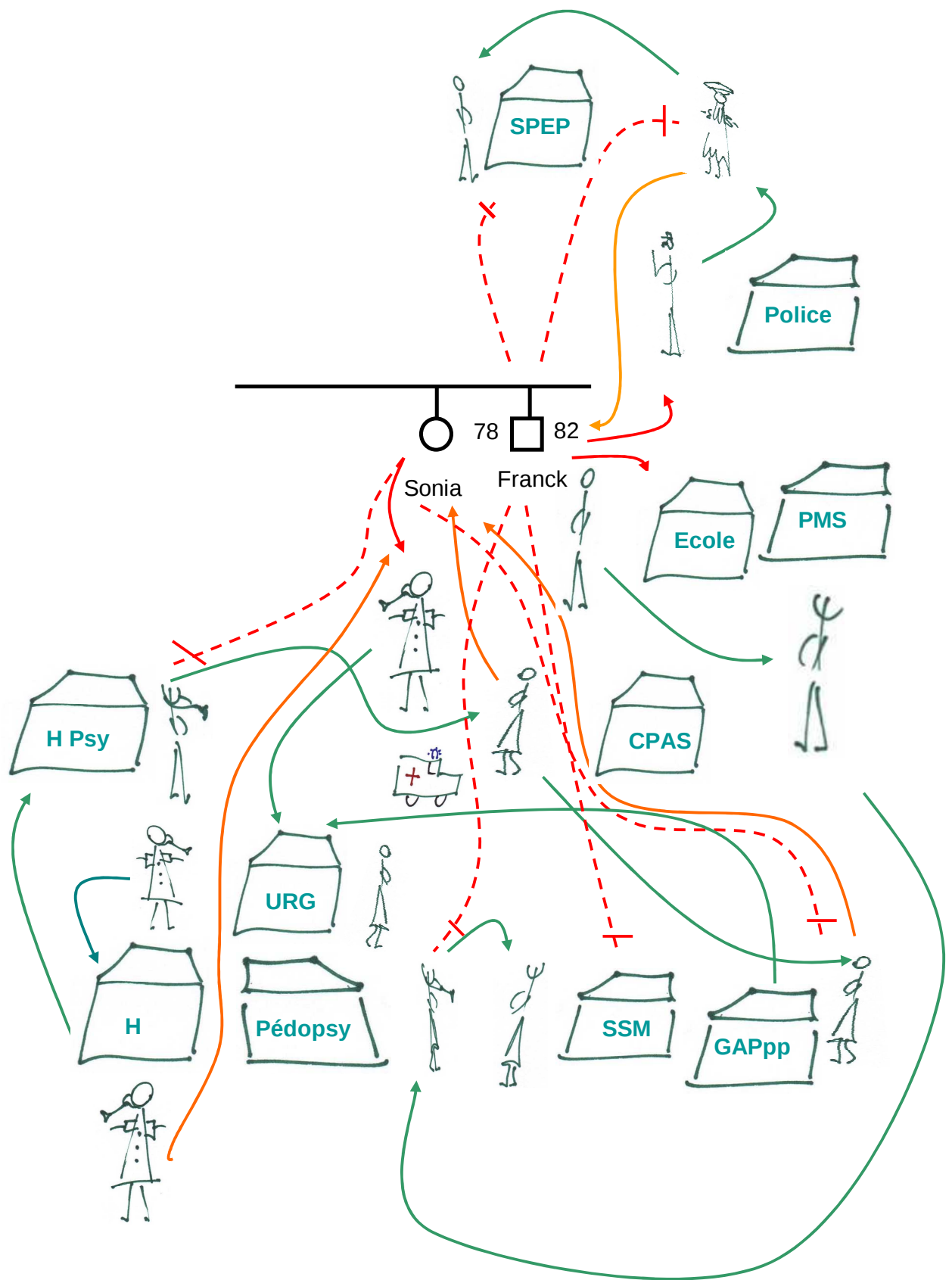


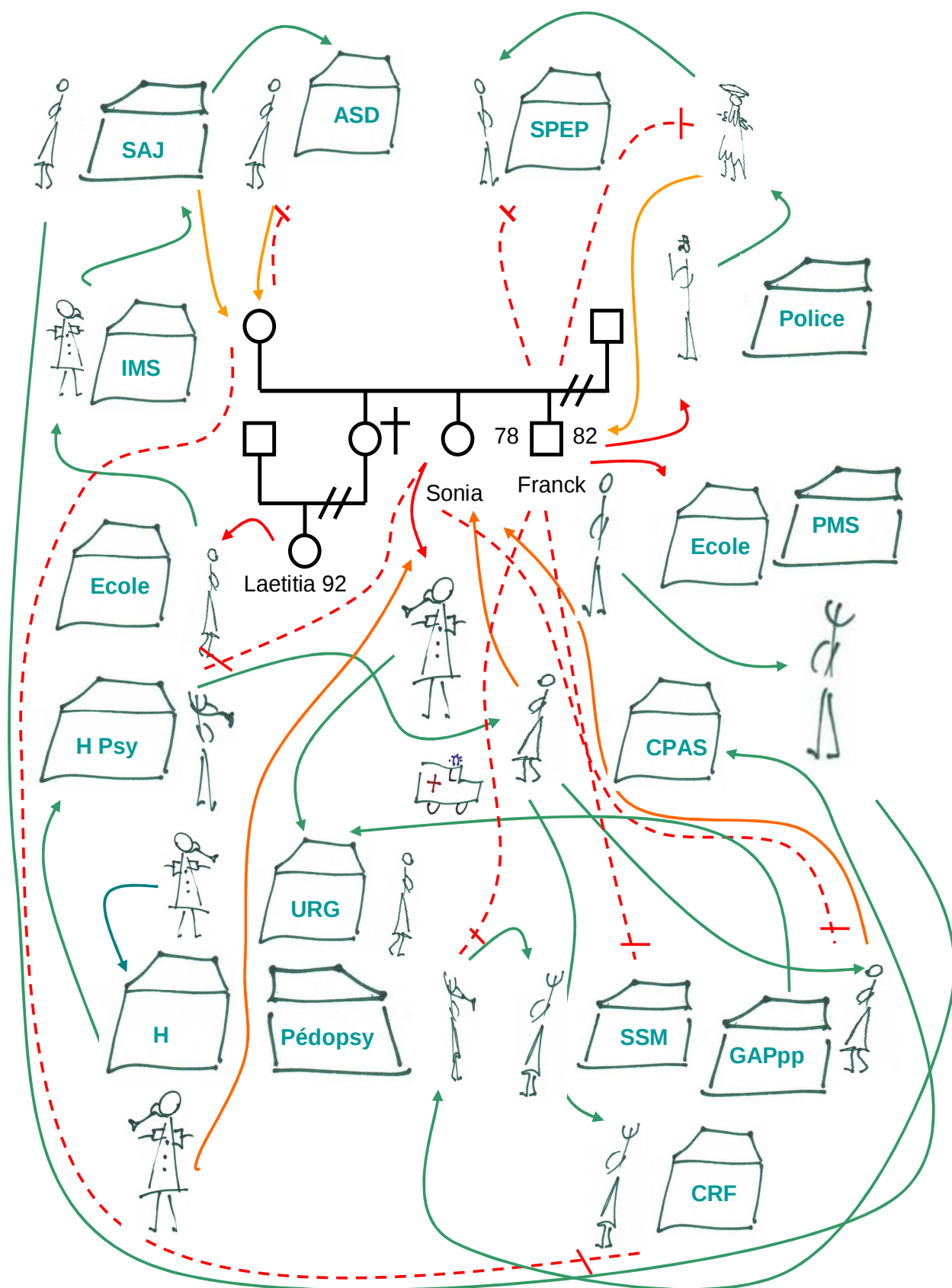
**Clinique de la
Lamentation**

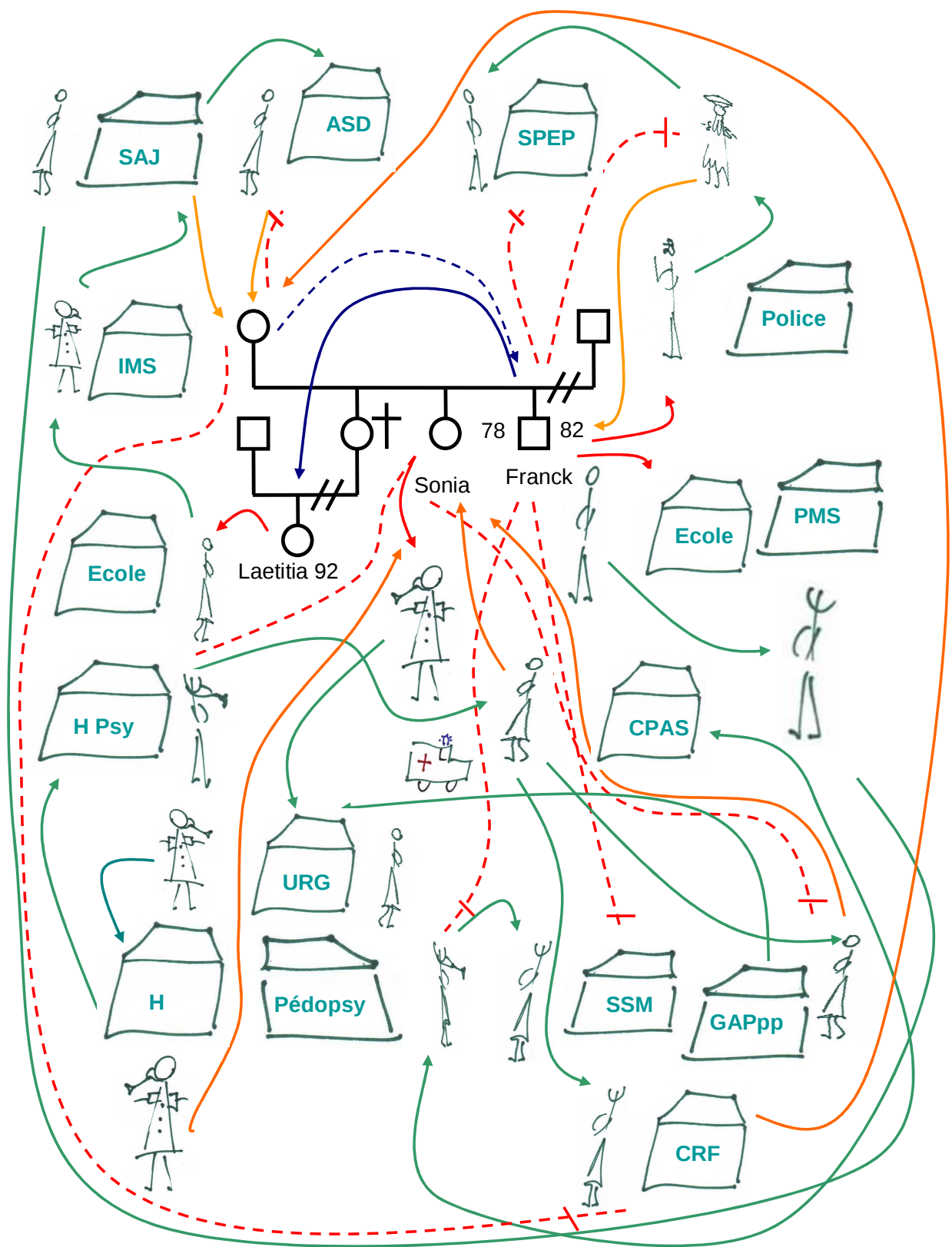
**Clinique de la
Consternation**

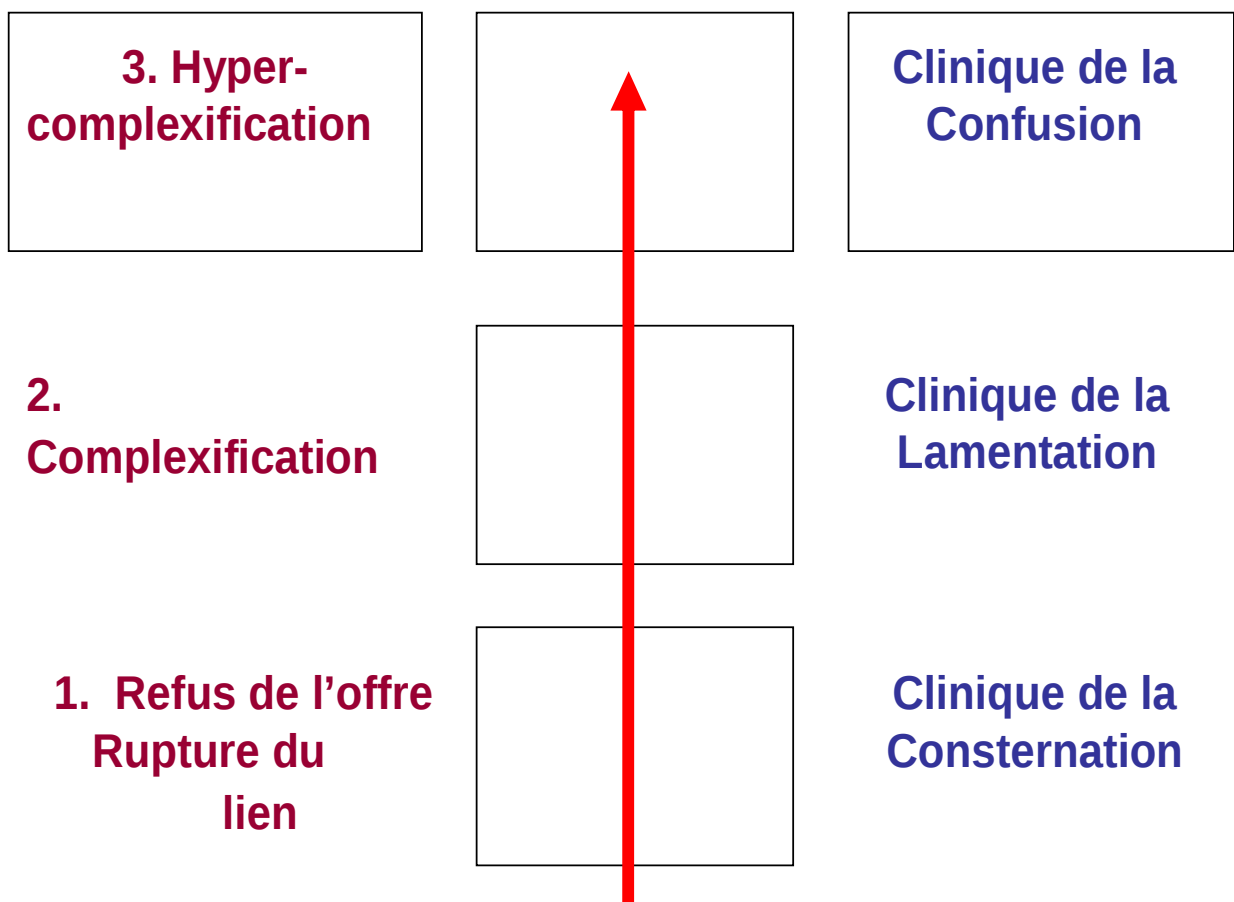


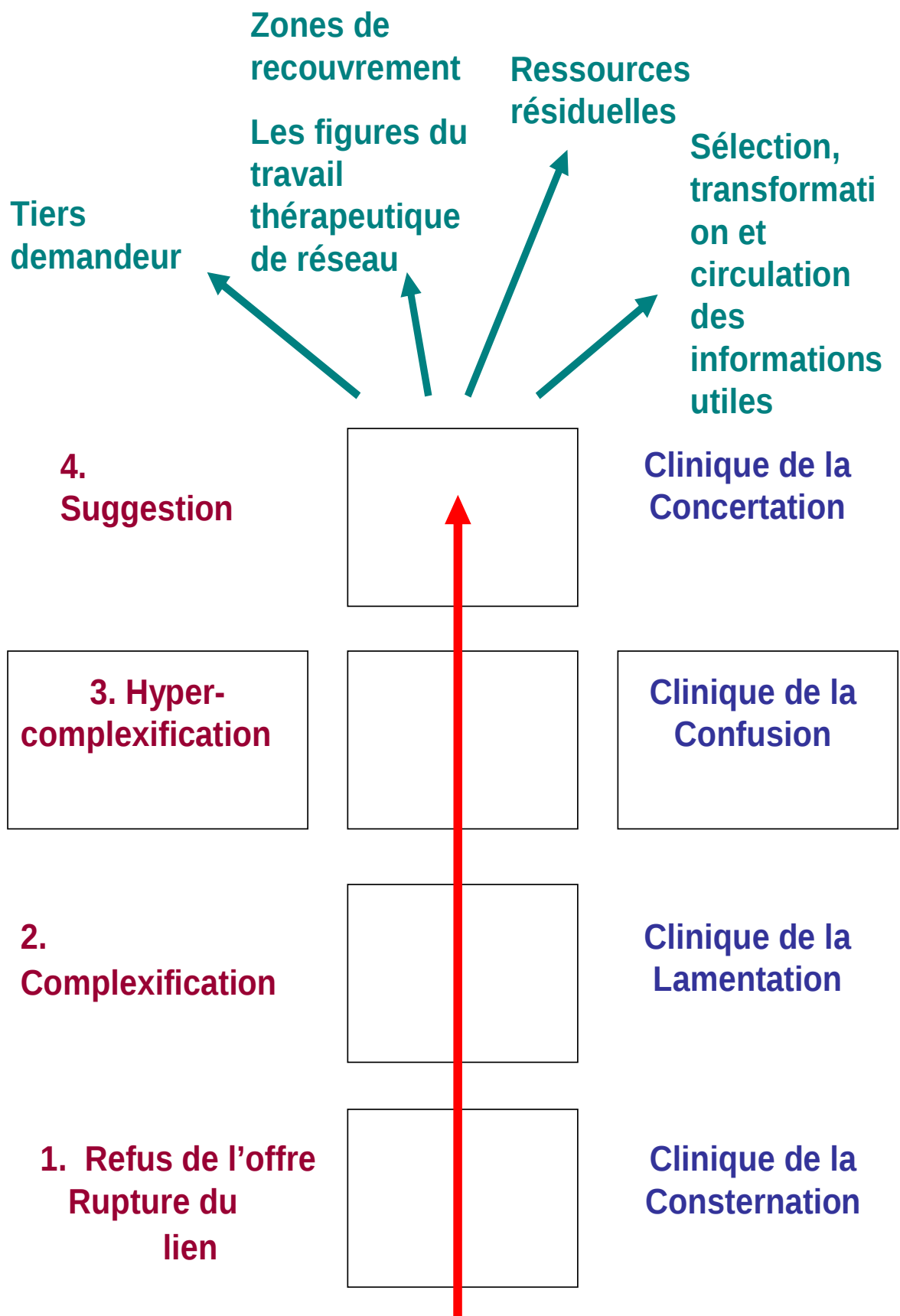












La Clinique de Concertation: une figure du travail de réseau sur un territoire

Elle se définit par les personnes
et les éléments qui la composent :

$$\text{CdC} = \text{XUdC} + \text{XPdC} + \text{XPpC} + \text{XPndC} + 1\text{CC} + 1\text{Sg} + 1\text{Ag}$$

La Clinique de Concertation : un cadre rigoureux

- Ne pas résister à la force convocatrice des familles en détresses multiples mais s'y associer

Renoncer à considérer qu'à l'origine de nos interventions il y a une demande, mais envisager que nous sommes mis au travail par une succession d'activations

- Garantir l'ouverture

La place de l'intrus (professionnel non directement concerné) permet d'apprendre à ouvrir son espace de travail, à partager l'expertise.

Le tour de présentation invite les professionnels à s'exposer et à se mettre au rythme des membres des familles.

L'association des deux invite les professionnels à laisser s'exprimer leur part inadéquate.

La Clinique de Concertation: un cadre rigoureux

- Sélection, transformation et circulation des informations utiles :

Le bien parler

Parler des absents comme s'ils étaient présents

- Maintenir une attention multidirectionnelle

- Le Sociogénogramme : Un outil pour retracer le parcours de l'activation

Aller sur le lieu de la détresse et ne pas attendre que la détresse rencontre le bon professionnel, dans la bonne institution, au bon moment et dans la forme adaptée.

Aller à la recherche des ressources résiduelles

La Clinique de Concertation : une figure du travail thérapeutique de réseau

- Travail Thérapeutique de réseau : créer un contexte extensif de confiance

« l'essence de la thérapie et de tout rapport humain est d'augmenter sa capacité de s'impliquer et d'avoir confiance » I. Boszormenyi Nagy

Clinique de Concertation : Thérapie contextuelle appliquée au réseau

- Renversement de la vulnérabilité :

Mettre le projecteur plus sur les professionnels que sur les familles, permet d'envisager l'expertise ailleurs que chez les professionnels, de ne plus focaliser sur l'un ou l'autre, et de s'intéresser à ce qui se passe entre les deux : la concertation, le travail ensemble.

La Clinique de Concertation : une figure du travail thérapeutique de réseau

- Une expérience formative

pour apprendre une partie de notre travail que nous connaissons mal, celle de travailler ensemble.

Ce dont on peut remercier les familles

- Pas fétiche mais « faitiche »

Envisager cette figure de travail comme possible nous permet de pouvoir habiter toutes les autres figures d'une autre manière quand bien même elle n'est pas mise en œuvre.



- Transition faite par Françoise Archer :

La conclusion de la journée revient à Riad Bouhafs, responsable du pôle offre de soins et médico-social, à la Délégation Territoriale 93 de l'ARS.

En complément à ce que nous disait le Docteur Pilar Giraux ce matin, Riad Bouhafs va faire le lien avec le groupe d'appui action sociale santé mentale et également nous apporter son éclairage sur le développement des CLSM, Conseils Locaux de Santé Mentale, sur notre département.





**Intervention de Riad Bouhafis,
Responsable du pôle offre de soins et
médico-social à la Délégation
Territoriale 93 de l'ARS**

Bonjour,

Exercice toujours difficile de faire la conclusion de la journée après des débats très riches, très animés et bien chargés donc en terme de réflexion et d'initiatives locales autour des RESAD.

Donc je vais essayer d'être assez bref, pour ne pas redire tout ce qui a été dit pendant toute cette journée. Je voudrais

d'abord insister sur l'intérêt et l'importance des RESAD pour nous, Agence Régionale de Santé. Non seulement pour la pertinence de la réflexion et de l'articulation entre les différents interlocuteurs pour résoudre les situations complexes. Mais au-delà de ça, c'est pour nous un dispositif innovant, important dans ce Département pour au moins 3 raisons :

- La première, c'est que nous sommes, comme vous le savez, dans un département qui est caractérisé par une offre de soins psychiatriques notamment ambulatoires et libéraux déficitaire. Les établissements psychiatriques de Ville Evrard et de Robert Ballanger font des efforts importants pour pallier ce déficit en psychiatrie libérale mais comme vous le savez la démographie médicale libérale est très très basse. Et la situation est encore plus inquiétante en pédopsychiatrie.
- La deuxième chose c'est que nous sommes dans un Département qui se caractérise par des indicateurs sociaux et de précarité très défavorables et on connaît également l'impact et le lien entre la précarité et l'état de santé de manière générale et la santé mentale en particulier. Donc il est important de mettre en place ces dispositifs innovants, pour apporter des réponses innovantes, originales sur le terrain pour pallier ces carences.
- La troisième raison, elle est d'avantage stratégique et on va dire institutionnelle. Comme vous le savez nous sommes à quelques jours, nous Agence Régionale de Santé, de l'adoption du Projet Régional de Santé, ce fameux PRS, qui est la compilation d'un certain nombre de schémas d'organisation : le schéma régional de l'offre de soins

hospitaliers d'une part, ambulatoire d'autre part ; mais aussi du schéma régional de prévention et du schéma régional médico-social.

Et donc, à l'occasion de cette compilation des schémas, et je crois que c'est une première pour notre administration sanitaire, nous avons acté l'importance d'inscrire des sujets transversaux, des thématiques transversales et leur nécessaire articulation. Trois exemples phares pour notre département : la périnatalité, le parcours de santé de la personne âgée (ce n'est pas l'objet de la réunion d'aujourd'hui) et le troisième exemple important, c'est la santé mentale et la psychiatrie. C'est-à-dire que concrètement, il est demandé dans le cadre PRS la mise en place de dispositifs transversaux pour apporter des réponses concrètes sur le terrain. On estime que les RESAD font partie de ces réponses innovantes qu'il faudra consolider.

De notre point de vue, les éléments à retenir concernant l'importance des RESAD dans ce département, c'est une opportunité pour les professionnels et les intervenants au niveau local :

- de mieux aborder les situations complexes,
- de mieux coordonner les différentes interventions au niveau du terrain
- de rechercher l'ensemble des synergies avec les autres intervenants potentiels.
- et enfin, toujours pour les intervenants, c'est aussi une opportunité pour renforcer les liens de confiance, comme cela a été dit durant les débats.

Ces RESAD sont également une opportunité d'aide pour les personnes concernées et leur entourage, en recueillant leur accord et en leur restituant les propositions, ce qui est tout à fait important.

Le deuxième point que je souhaiterais aborder, en termes de mise en perspective, est d'intégrer la réflexion RESAD dans le cadre des conseils locaux de santé mentale. Effectivement, il est important de faire la distinction entre les deux dispositifs mais aussi de prévoir les articulations.

Les RESAD sont des instances de concertation, de réflexion pour résoudre des situations complexes, donc ce sont des réunions entre professionnels.

Les conseils locaux de santé mentale tels que souhaités notamment par l'agence dans les dernières recommandations, sont plutôt une instance politique avec un comité de pilotage composé d'acteurs de terrain, professionnels, institutions, pour réfléchir à la recherche de solutions au niveau local.

Dans le cadre de l'appel à projet actuellement en cours et initié par l'Agence Régionale de Santé, il est clairement annoncé que les conseils locaux de santé mentale devront travailler sur la mise en place d'instances de réflexion pour la résolution de situations difficiles ou complexes. Très clairement, il est demandé à chaque CLSM, s'il veut être éligible, de réfléchir à la mise en place de RESAD.

Une autre articulation également importante à souligner, concerne celle avec les contrats locaux de santé. Vous le savez, nous sommes dans un département qui est assez pilote, assez promoteur dans la mise en place des contrats locaux de santé, nous sommes à une vingtaine de CLS déjà signés dans le département. Et notre volonté est d'afficher clairement l'importance d'inscrire les conseils locaux de santé mentale dans le cadre des contrats locaux de santé. C'est-à-dire que de manière très concrète on regardera de façon privilégiée les conseils locaux de santé mentale qui s'inscrivent dans une démarche globale de contrat local de santé.

De la même manière, l'articulation avec les dispositifs politiques de la Ville, notamment les volets santé des CUCS et particulièrement les Ateliers Santé Ville (25 en Seine-Saint-Denis) souvent initiateurs ou au moins associés aux RESAD, est souligné.

Un dernier mot pour vous dire également que l'Agence Régionale de Santé travaille à la perspective de mettre en place une démarche d'évaluation des RESAD. Comme vous le savez, il y a eu une évaluation de la RESAD d'Aubervilliers, notre souhait maintenant, est de faire une démarche globale de l'évaluation de l'ensemble du dispositif, on y travaille avec l'ensemble des partenaires concernés, notamment les centres hospitaliers, les acteurs de terrain et le Conseil général. Il s'agit d'identifier les facteurs de succès, d'identifier les éléments de blocage et peut-être d'aller encore plus loin dans le développement de ces instances au niveau du département.

Il me reste maintenant à remercier les organisateurs de cette journée : Délégation Territoriale, Conseil général, les centres hospitaliers Ville Evrard et Robert Ballanger, et les Villes ainsi que l'ensemble des participants présents dans la salle. Rendez-vous aux prochaines étapes !