

**Université Lille 2**  
**Université Paris 13**  
**APHM/CHU Sainte-Marguerite, Marseille**  
**CCOMS, EPSM Lille Métropole**

Mémoire pour le Diplôme inter-universitaire  
« Santé mentale dans la communauté »  
Année 2019

**Etude de faisabilité,**  
**pour la mise en place d'une cellule de concertation**  
**des situations complexes**

Johanna PAVIE

## Table des matières

INTRO.....	3
CONTEXTE SOCIO-DEMOGRAPHIQUE SUR LE TERRITOIRE DE LA CACL.....	5
CONTEXTE SANITAIRE SUR LE TERRITOIRE DE LA CACL.....	7
LA CELLULE DE GESTION DES CAS COMPLEXES : DEMARCHE .....	10
METHODOLOGIE :.....	13
LES INSTANCES DE CONCERTATION ACTIVES SUR LE TERRITOIRE .....	14
LEVIERS ET FREINS DES INSTANCES DE CONCERTATIONS OBSERVEES .....	21
LES ACTEURS MOBILISES SUR LE PROJET : ATTENTES ET BESOINS .....	23
RESULTATS ET ANALYSES.....	25
SYNTHESE : CONSTRUCTION D’UN CHEMINEMENT COMMUN .....	28
PERSPECTIVES.....	30
CONCLUSION : LA CELLULE PEUT-ELLE CONSTITUER UN OUTIL DU RETABLISSEMENT ? .....	31
BIBLIOGRAPHIE.....	33
ANNEXES.....	34
Résumé du mémoire .....	39

## INTRO

Les pathologies psychiatriques constituent un enjeu majeur de santé publique et une priorité d'action pour le gouvernement. La psychiatrie et la santé mentale sont ciblées comme des priorités dans la stratégie de transformation du système de santé « *Ma santé 2022* »<sup>1</sup>. Dans la continuité des mesures de la feuille de route psychiatrie et santé mentale présentée par Agnès Buzyn le 28 juin 2019, différentes mesures sont annoncées. Elles s'inscrivent dans une logique de coordination des professionnels de santé autour du parcours du patient et de décloisonnement des prises en charge. Avec notamment l'obligation de mettre en œuvre les projets territoriaux de santé mentale (PTSM) sur les territoires d'ici juillet 2020, l'organisation de réseau territorial de proximité porté par les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et les hôpitaux de proximité. L'objectif central étant de privilégier les prises en charge ambulatoires et garantes de l'accessibilité et de la continuité des soins, notamment pour les parcours les plus complexes.

Dès 2005, le Plan national « psychiatrie et santé mentale » (2005-2008) mettait en avant les difficultés de la prise en charge en santé mentale face aux cloisonnements au sein du dispositif de soins mais aussi entre les différents acteurs sanitaires et sociaux, médico-sociaux, éducatifs et judiciaires.

La complexité des troubles psychiques, de leur prise en charge (prévention, soins et médico-sociale) et de leur retentissement social et familial, associée au renforcement pour la psychiatrie publique de la logique territoriale face à la logique hospitalière, nécessite aujourd'hui la participation de tous dans la cité pour trouver des réponses à apporter à ces situations complexes.

Au niveau régional, en Guyane, le parcours de vie « santé mentale » est défini comme étant prioritaire par le SRS (Schéma Régional de Santé) puis réaffirmé par le PRAPS (programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies) du fait de la vulnérabilité des publics concernés. Les raisons suivantes sont identifiées comme expliquant en partie, les difficultés propres au parcours de santé mentale (PRAPS 2018-2022 ; page 16) :

- *La faiblesse de l'offre de soins de premier recours due d'une part à la pénurie de professionnels de santé, et d'autre part à l'éloignement géographique et/ou la difficulté à accéder à cette offre (pas de transport, coût,) ;*

---

<sup>1</sup> « Ma santé 2022 : Un engagement collectif » Ministère des solidarités et de la santé

- *Les difficultés d’articulation entre les différents opérateurs, notamment au cours échanges entre les acteurs à l’intérieur du secteur médical, puis entre ceux des secteurs du médical et du social (en particulier lorsqu’il s’agit de personnes très mobiles, comme les migrants nouvellement arrivés, ou de personnes sortant de détention ou placées sous-main de justice);*
- *Le manque de places d’hébergement et de logement adapté au sein de la région avec un maintien à la rue ou dans une instabilité résidentielle ou dans un éloignement du lieu d’hébergement, participe aussi à la mauvaise adhésion voire à un renoncement aux soins des publics concernés.*

Ces politiques de santé publique sont la résultante d’une posture centrée sur la Santé Mentale, telle que définie par l’OMS<sup>2</sup>, où la psychiatrie n’est plus l’acteur central du processus du parcours de rétablissement et doit s’articuler avec les autres acteurs qui agissent sur les déterminants de la santé mentale<sup>3</sup>.

Néanmoins, comme le décrivait HUBERT Régis<sup>4</sup> au sein de son mémoire, l’histoire de l’émergence du champ de la psychiatrie et de celui du médico-social, la structuration de leurs champs de compétences (projet thérapeutique/projet socio-éducatif), rend parfois la collaboration difficile et favorise les incompréhensions.

L’articulation des différents acteurs est vue comme nécessaire mais demande à chacun un réajustement et une prise en compte des autres protagonistes qui interviennent sur la même situation.

**L’objectif de cette étude est de questionner la pertinence de la mise en place de la cellule de concertation et de construire avec les acteurs un format qui répondrait à la fois aux attentes des professionnels et à la nécessité de renforcer le pouvoir d’agir des personnes dans leur parcours de santé et leur parcours de vie.**

**Dans un premier temps, je poserai le contexte général du territoire et décrirai les dispositifs de concertation actifs.**

**La seconde partie permettra de recueillir et d’analyser les attentes des différents acteurs impliqués sur le projet, afin d’en extraire ce qui fait consensus tout en tenant compte des**

---

<sup>2</sup> « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d’infirmité. »

<sup>3</sup> « La santé mentale est déterminée par une série de facteurs socioéconomiques, biologiques et environnementaux. » OMS : who.int

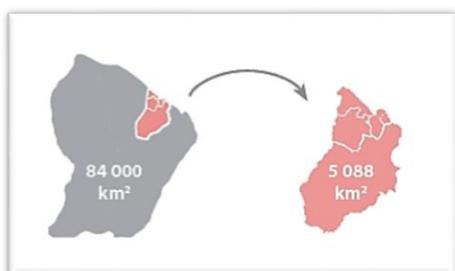
<sup>4</sup>HUBERT Régis (2016), Quels sont les freins à la collaboration entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social ? *Mémoire pour le Diplôme Inter-Universitaire « Santé mentale dans la communauté »*

points de tensions. Le processus de recueil permettra par ailleurs de favoriser une adhésion progressive au processus et de construire un cheminement collectif.

Enfin, j'amorcerai une réflexion sur l'intérêt de positionner la cellule dans une démarche de rétablissement, tant du point de vue éthique que sur celui de l'efficacité de la cellule sur le long terme.

## CONTEXTE SOCIO-DEMOGRAPHIQUE SUR LE TERRITOIRE DE LA CACL

### ➤ Taille et âge de la population



Seule Communauté d'Agglomération parmi les quatre intercommunalités de la Guyane, la Communauté d'Agglomération du Centre Littoral (CACL) est composée de six communes: Cayenne, Matoury, Rémire-Montjoly, Macouria, Montsinéry-Tonnégrande et Roura. Elle ne représente que 6% du territoire guyanais, mais concentre

plus de la moitié de la population guyanaise recensée.

Au 1er janvier 2015, la CACL possède 131 922 habitant-e-s, ce qui représente la moitié de la population guyanaise (Insee, 2016). La population sur la CACL se répartit comme suit, avec près de la moitié de la population située à Cayenne:

CAYENNE	57 614	43,7%
MACOURIA	11 719	8,9%
MATOURY	32 427	24,6%
MONTSINERY-TONNEGRANDE	2 473	1,9%
REMIRE-MONTJOLY	23 976	18,2%
ROURA	3 713	2,8%
<b>TOTAL</b>	<b>131 922</b>	<b>100%</b>

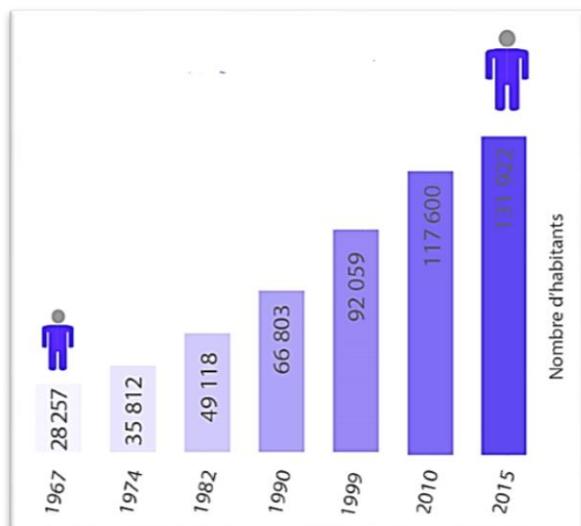
La population est extrêmement jeune, avec 37% de moins de 20 ans et 7% de plus de 65 ans.

	CACL	Guyane	France métropolitaine et Corse
< 20 ans	37%	43%	24%
> 65 ans	7%	5%	19%

### ➤ Croissance de la population

La croissance de la population est élevée : elle a été multipliée par 5 en 50 ans (soit + 103 665 habitants). Un taux de croissance annuel presque cinq fois plus élevé que celui de la métropole.

	CACL	Guyane	France métropolitaine et Corse
Taux de croissance annuelle entre 2010 et 2015	2.3%	2.6%	0.5%

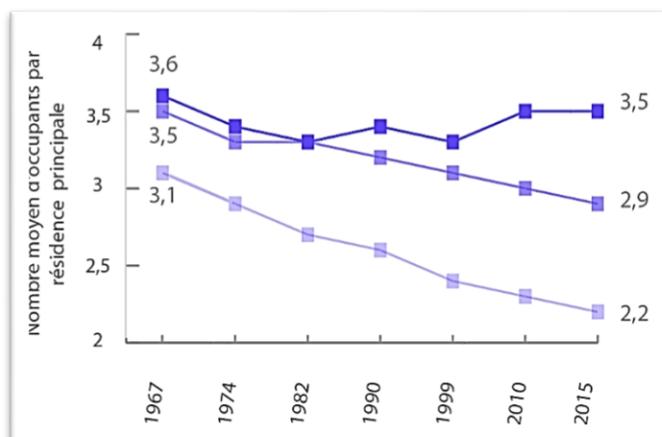


Source Insee 1967 à 2015

### ➤ Composition des ménages

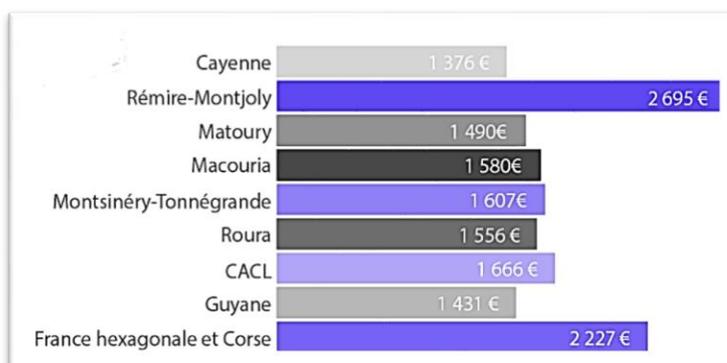
Les données Insee montrent une taille des ménages plus importante qu'en France hexagonale, avec en moyenne 3,5 personnes par résidence principale, ce caractère reste relativement constant depuis 1967. Par ailleurs, les familles monoparentales représentent 25% des ménages, soit 2,8 fois plus qu'en France hexagonale.

La croissance est principalement alimentée par la natalité (3862 naissances en 2017, soit 83% de la croissance), mais aussi par une forte immigration des pays voisins (Brésil, Surinam, Haïti, Guyana, République Dominicaine, Venezuela...). La part du solde migratoire est de 17% dans la croissance globale.



### ➤ Profil de la population

Sur le territoire de la CACL (Source : DGFIP 2017), 26% des foyers fiscaux sont imposables (contre 23% en Guyane et 44% en France métropolitaine). Les revenus moyens révèlent des disparités de niveau de vie avec un écart marqué entre Cayenne et Rémire-Montjoly, seule commune où le revenu moyen mensuel net n'est pas inférieur à la France hexagonale. Le revenu moyen mensuel net sur les 6 communes s'élève à 1666 euros.



La dernière donnée disponible à l'échelle de la CACL date de 2014 (Insee), et montre un taux de chômage à 25.7%. Bien qu'inférieur au département de la Guyane, il reste néanmoins plus élevé que le taux moyen français. Cependant, les données plus récentes montrent que sur la zone d'emploi de Cayenne englobant les communes de la CACL, le taux de chômage est plus faible que sur les autres zone d'emploi de la Guyane, puisque calculé à 20.2 de moyenne annuelle en 2016 (25.6 sur Kourou, et 35.4 sur St Laurent).

	Taux de chômage 15-64 ans 2014 en %
CA DU CENTRE LITTORAL	25,7
Département de la Guyane	34,0
France métropolitaine	13,5

Source: Insee 2014

Les données de la CAF (2017) montrent un niveau de précarité important, avec 63% de la population qui est allocataire de la CAF (contre 47% dans l'Hexagone), 25% de la population est membre d'un foyer allocataire couvert par une aide au logement et 37% de la population compose les foyers allocataires à bas revenus (contre 14% dans l'Hexagone).

Concernant le niveau de formation, les diplômés de l'enseignement supérieur représentent 21% de la population (29% en France hexagonale). 45% de la population reste sans diplôme (30% en France hexagonale).

## CONTEXTE SANITAIRE SUR LE TERRITOIRE DE LA CACL

### ➤ La Psychiatrie « Adultes »

Le Centre hospitalier André Rosemon (CHAR) à Cayenne possède un Pôle de Psychiatrie constitué d'un service de psychiatrie adulte et d'un service de pédopsychiatrie.

Il couvre 2 secteurs psychiatriques 98G01 et 98G02, et ainsi le territoire de la CACL :

le secteur 98G01 (Cayenne Est) regroupe : Rémire-Montjoly, Matoury, Roura, Cacao, Régina, Saint-Georges, Ouanary, Camopi, Trois-Sauts.



- le 98G02 couvre : Cayenne Ouest, Kourou, Macouria, Saül, Saint-Elie, Iracoubo, Sinnamary, Montsinéry-Tonnégrande.

Le service de psychiatrie adulte comprend, en 2016 (source ARS) :

- 84 lits d'hospitalisation complète dont une unité pour les patients admis sous contrainte (seul service à assurer la prise en charge des personnes hospitalisées sous contrainte en Guyane), 2 unités de court séjour (1 par secteur), 1 unité de moyen-long séjour et 1 unité pour patients souffrant de pathologie liée à une consommation abusive de substances toxiques;
- 10 places d'hôpital de jour situé sur le site de la Madeleine avec 1 unité de thérapie institutionnelle;
- 1 pôle addictologie composé de 10 lits d'hospitalisation, d'un Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) et d'une équipe de liaison en addictologie ;
- 1 ELSA
- 1 projet EMPP en cours (démarrage prévu en novembre 2019)
- 2 CMP, un par secteur géographique, au sein du Centre Intersectoriel de Soins Psychiatriques et Psychologiques Ambulatoires (CISPPA);
- 1 Unité fonctionnelle de psychiatrie intra-carcérale, qui reçoit les détenus dès leur incarcération au centre pénitentiaire de Rémire-Montjoly et est en charge de leur suivi psychiatrique pendant le séjour au centre pénitentiaire;
- Des consultations psychiatriques avancées ont lieu périodiquement dans certains des Centres Délocalisés de Prévention et de Soins (CDPS) rattachés au CHAR, notamment à Macouria-Montsinéry (une fois par mois) ;
- Une Cellule d'Urgence Médico-Psychologique (CUMP), activée par procédure préfectorale ;
- Une Maison des Adolescents ;
- Un Centre d'Accueil Thérapeutique à temps Partiel (CATTP) ouvert fin 2018.

Deux « particularités » méritent d'être relevées en terme de mode d'hospitalisation :

-Les patients hospitalisés sous-contraintes représentent plus d'un tiers des patients (38%). A contrario La proportion d'hospitalisation libre était de près de 62% en 2016, chiffre ayant un peu progressé par rapport à 2013 (57% alors, source « Etat des lieux et perspectives vers un conseil intercommunal de santé mentale, CRPV, juin 2017)

Mode d'hospitalisation en psychiatrie au CH de Cayenne – Année 2016	Nombre de patients	Taux	
		Guyane	France
Soins psychiatriques libres	508	61,8%	94.4%
Soins psychiatriques sur décision de représentation de l'état (SDRE)	45	5,5%	1.3%
Soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SDDE)	269	32,7%	4.3%

Source : Drees – SAE - 2016

Parmi les mesures d'hospitalisations sans consentement sur demande d'un tiers (SDDE), les mesures « urgence avec tiers » sont les principales mesures réalisées (près de 80% des situations).

	2014	2015	2016	2017
<b>Total SDDE</b>	<b>343</b>	<b>252</b>	<b>255</b>	<b>280</b>
Dont SDDE avec demande tiers	103	126	10	9
Dont SSDE péril imminent	122	73	122	129
Dont SDDE urgence avec tiers	118	53	123	142

Source : ARS (logiciel HOPSY), interrogation janvier 2018

-Les hospitalisations au long cours (plus d'un an) représentent 5% des patients hospitalisés (moyenne nationale 3.9%) et occupent 42% des lits.

Par ailleurs l'hôpital est en difficulté financière et de gouvernance depuis plusieurs années, mis sous tutelle en mars 2016, puis sous administration provisoire depuis fin 2018. Les difficultés de recrutement sont extrêmement présentes et les équipes médicales sont en sous-effectif constant.

#### ➤ **L'offre médico-sociale :**

-Addictologie : 1 CAARUD (Association RDS : Relai Drogues Santé), une association de Réduction des Risques (Association AGRRR) qui porte le dispositif SINTES (Système d'identification national des toxiques et substances), 1 CSAPA avec hébergement et 5 Appartements thérapeutiques portés par le groupe SOS

-Associations « citoyennes » : 1 antenne de l'Unafam (en veille), 1 GEM « un autre regard », 1 Association d'Aide et de Solidarité aux Aidants en Guyane (2ASAG)

-2 SAMSAH portés par l'APADAG (orienté vers les publics sourds et malentendants) et l'ADAPEI (orienté vers les publics en situation d'handicap psychique),

-1 SAVS porté par l'association Guyanaise contre les maladies neuro musculaire ,

-2 ESAT, portés par les associations Ebène et ADAPEI

- 2 MAS portées par l'association Ebène,

-Après des populations en situation de précarité : Une antenne du Samu social composé de 3 dispositifs : veille sociale (la maraude, le 115 et le SIAO), soins (6 lits en LHSS et des places en LAM à venir), hébergement (22 places en CHRS). Une antenne de Médecins du Monde qui assure des permanences sociales, des animations collectives pour favoriser l'accès aux droits et aux soins ainsi qu'une équipe mobile médicalisées. L'association DAAC (Développement, Accompagnement, Animation, Coopération) qui réalise des missions de médiation en santé sur des quartiers ciblés. Une antenne du COMEDE dont l'objectif est d'améliorer l'accès aux droits et aux soins des personnes migrantes en situation de vulnérabilité, principalement à travers le renforcement de l'expertise, l'évolution des pratiques et des projets des acteurs qui interviennent dans l'offre de prévention et de soin et qui porte une permanence téléphonique, assure des formations-actions et co-anime avec l'ARS le comité de veille régionale sur l'accès aux droits et aux soins. L'équipe du COMEDE travaille actuellement sur un projet de prise en charge du psycho-trauma.

-Ouverture prochaine d'une plateforme handicap psychique comportant 1 Equipe Mobile, 1 dispositif d'habitat inclusif, un accueil de jour et 1 SAD (groupe SOS)

## LA CELLULE DE GESTION DES CAS COMPLEXES : DEMARCHE

Le CISM (Conseil Intercommunal en Santé Mentale) est opérationnel depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2018, il est issu d'une volonté politique conjointe de la Communauté d'Agglomération du Centre Littoral (CACL), des communes et de l'Agence régionale de santé (ARS) et d'une dynamique multi-partenaire. En effet, depuis plusieurs années, la thématique « Santé mentale », souvent liée à celle des « addictions », a fait l'objet de travaux de concertation et/ou d'actions sur le territoire de la CACL:

- Entre 2013 et 2015, plusieurs cycles de qualification ayant abordé ces sujets ont été organisés (avec l'appui du Centre ressources Politique de la ville-CRPV-et le Centre national de la fonction publique territoriale-CNFPT-de Guyane;
- En octobre 2015, un colloque sur les questions d'accès aux soins en matière de santé mentale est organisé par l'Association Guyanaise des Psychologues et Médecins du Monde ;
- Entre 2012 et 2015, la mise en place des Ateliers santé ville (ASV) puis des Contrats locaux de santé (CLS de Matoury puis de Cayenne) a mis en évidence les importants

besoins en matière de coordination des acteurs sur ces champs thématiques, notamment à l'échelle intercommunale,

- A partir de 2016, l'ARS et les collectivités territoriales (avec l'aide des CLS) ont commencé à échanger sur l'opportunité d'un CISM à l'échelle du territoire de l'agglomération. Le CRPV a alors produit (et présenté en juin 2017) un premier état des lieux et des éléments de perspectives concernant la mise en place d'un CISM;
- Une réunion de préfiguration du futur CISM s'est tenue le jeudi 13 juillet 2017. Elle a réuni un grand nombre d'acteurs et a permis de pointer les nombreux facteurs de risques pour la santé mentale des habitants de la CACL, sur des champs divers (conditions de travail éprouvantes, la discrimination, l'exclusion sociale, les addictions, les risques de violence, la violation des droits fondamentaux...).

Le CISM de la CACL, premier CLSM Guyanais, est donc le fruit d'un processus ascendant, initié depuis 2014 et qui a permis une implantation ancrée sur le territoire et portée par les acteurs. Sa mise en place vise à répondre à la nécessité d'une réflexion transversale et coordonnée de l'ensemble des parties prenantes (ARS, Agglo, communes via les Contrats locaux de santé, services de psychiatrie publique, services de la justice, associations...) sur la thématique « santé mentale ».

Lors des différents travaux de concertation évoqués précédemment, puis de nouveau lors diagnostic de préfiguration de mise en place du CISM une des attentes les plus récurrente et unanime qui ait émergée est la mise en place d'une instance de concertation inter-partenariale autour des situations complexes.

Ce même diagnostic a mis en exergue la difficulté de concertation entre acteurs de secteurs très différents et le caractère multifactoriel des situations rencontrées sur le territoire (associant les problèmes de santé mentale avec d'autres difficultés, sociales, socio-économiques, de logement, d'addictions...).

La mobilisation des acteurs autour du parcours de soins semble se heurter à quelques difficultés, voir résistances :

- Le maillage entre acteurs est jugé globalement insuffisant. Même lorsque certaines volontés s'expriment, celles-ci se heurtent au cloisonnement des différents secteurs,
- La prise en charge des personnes à double diagnostic (troubles mentaux et addictions par exemple) ou complexes (problèmes multifactoriels, situations de rupture dans le parcours de santé...) est alors difficile

- Le manque de communication entre les acteurs engendre beaucoup de « fausses représentations » sur ce que font les autres acteurs et génère des incompréhensions (certains acteurs interrogés parlent même de « liens conflictuels » entre les différents intervenants ; « *on se renvoie la balle* ») ;
- Sans concertation, il n'est pas rare que des mêmes démarches soient faites par les différents acteurs ou structures intervenant dans les prises en charge sans savoir que cela a déjà été réalisé, engendrant alors de l'épuisement chez les patients et les professionnels eux-mêmes ;
- Lorsqu'il existe, le travail partenarial repose trop souvent sur du relationnel (réseau personnel), très fragile du fait du Turn-over et de son caractère informel ;
- Les initiatives prises, par conséquent, ne s'appuient pas toujours sur un engagement formel et institutionnel (sous forme de conventions ou de chartes partenariales par exemple).

**Une meilleure coordination, plus formelle et basée sur l'intersectorialité, contribuerait sans nul doute à une prise en charge plus efficiente.** Aussi la mise en place d'une cellule de gestion de cas complexes a été intégrée à la feuille de route du CISM (cf. Annexe) et validée par le comité de pilotage. Elle viserait à favoriser la concertation entre acteurs de secteurs différents autour de situations individuelles et afin de trouver de façon collégiale des solutions efficaces et pérennes aux publics souffrant d'une pathologie mentale ou en souffrance psychique.

La collaboration entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social n'étant pas une évidence, il est primordial de concilier les points de vue afin que les incompréhensions ne se transforment en « hostilité » ou « rivalité ». Ils sont « différents de par leur histoire car la création de ces secteurs d'activités répondait à la nécessité d'une époque particulière<sup>5</sup> », mais partagent au final des situations qu'ils souhaitent tous voir évoluer positivement.

L'étude de faisabilité qui suit vise d'une part à cadrer la démarche de mise en place d'une cellule de concertation et à proposer un modèle qui soit le fruit d'une réflexion partagée, mais aussi à s'assurer qu'elle s'inscrive dans une logique où le patient est actif, au centre de sa prise en charge et où ses compétences et sa volonté sont prises en compte, afin de favoriser une démarche rétablissement et de garantir des effets au long court.

---

<sup>5</sup> HUBERT Régis (2016), Quels sont les freins à la collaboration entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social ? *Mémoire pour le Diplôme Inter-Universitaire « Santé mentale dans la communauté »*

## METHODOLOGIE :

Lors de mon recrutement en tant que coordinatrice du CISM, la feuille de route définissant les différents axes de travail avaient déjà été validée, notamment la « mise en place d'une cellule de gestion de cas complexes ». Au cours du premier semestre d'activité, à travers les différents temps d'échanges avec les acteurs (comités techniques, entretiens, groupe de travail), il m'a semblé que la finalité de ce type d'outil était comprise différemment selon les acteurs. Derrière la même demande il y avait en fait différentes projections. Il est important d'avoir en tête qu'il ne s'agit pas d'un outil de régulation ou d'analyse de pratiques pour les professionnels, mais d'un outil qui vise à positionner le patient au centre de sa prise en charge en mobilisant les ressources autour de ses besoins. Il m'a donc paru essentiel de reprendre avec les différents acteurs le processus de réflexion et de co-construction autour de ce projet en clarifiant certains points :

- Quels sont les enjeux et les attentes pour les professionnels quant à cette cellule ?
- Quels sont les enjeux et les attentes pour les patients quant à cette cellule ?
- Quelle articulation pensée avec les cellules existantes ?
- Au vu des limites exprimées, concernant les cellules existantes, comment ne pas reproduire ces biais ?
- Par quels leviers la cellule de gestion des cas complexes renforcera-t-elle l'articulation des prises en charge autour d'une situation ? ou plus précisément comment cette cellule peut-elle repositionner le patient au centre de sa prise en charge ?

Recueil de données	Analyse
1/ Etat des lieux des cellules de concertation existantes, entretien avec les responsables de cellules afin de définir : le périmètre d'intervention, les modalités de procédure, les freins/les leviers, les professionnels présents, le cadrage juridique/éthique, l'articulation avec les autres cellules. (Cellules identifiées portées par l'ARS, la collectivité Territoriale de Guyane, la MAIA, le CLSPD et la MDPH) -----	Analyse des cellules existantes pour cadrer la mise en place de la cellule de gestion du CISM et éviter les zones de chevauchement. Quel est le périmètre envisagé de la cellule ? Ne vient-il pas pallier à un dysfonctionnement d'autres cellules ? -----

<p>2/ Entretien avec les principaux acteurs concernés, sur la pertinence et l'intérêt pour ce type de cellule (au regard de l'existant), précisions sur les attentes des uns et des autres. Acteurs envisagés : secteur psychiatrie, CMP, bailleurs sociaux, association arbre fromager, GEM, Unafam, association des Aidants.</p>	<p>Analyse des zones de tensions. Quelles sont les enjeux énoncés et les attentes implicites ? Une attention particulière sera portée à distinguer ce qui relève des impacts attendus pour les professionnels de ce qui relève des impacts attendus pour les personnes concernées. En effet, la cellule n'a pas vocation à « aider » les professionnels mais vise à proposer des solutions collectives aux personnes concernées</p>
--	---

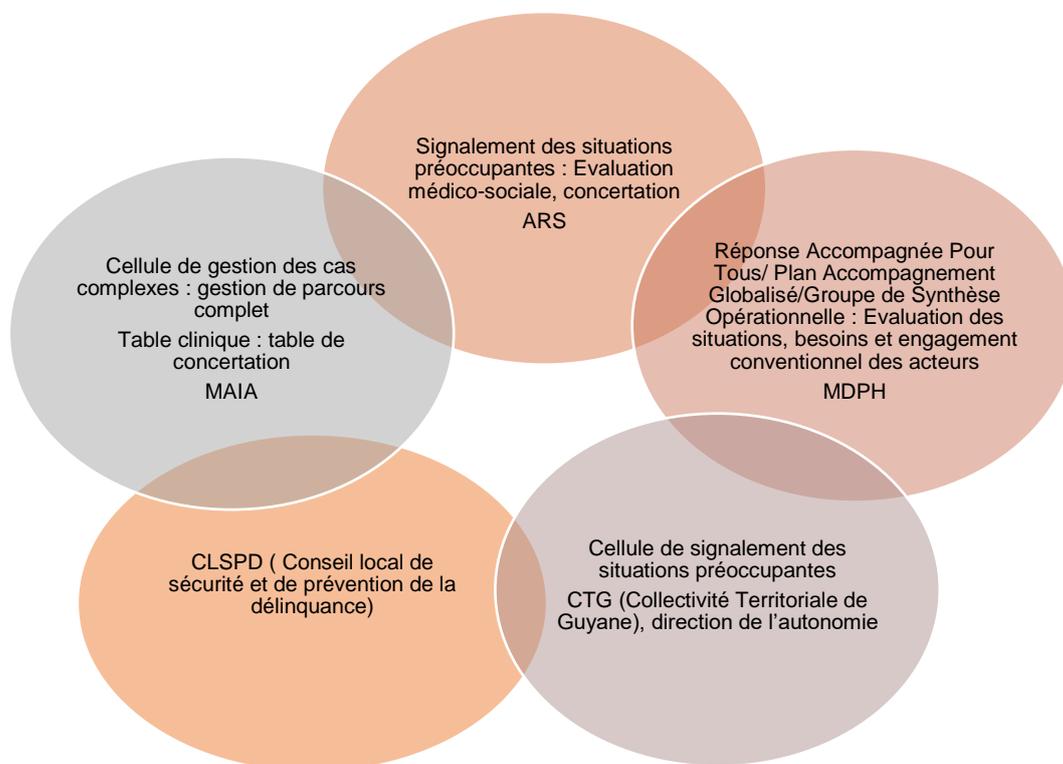
### Résultats attendus

3/ Proposition et validation d'un document de synthèse qui retrace le cheminement commun et définit : les objectifs, le périmètre de la cellule à venir ( et ce que la cellule n'est pas), les freins et les leviers identifiés, les points de vigilance. Concrètement, il s'agit de poser les bases d'une réflexion collective (prise en compte de la parole des acteurs) qui permettra ensuite la co-construction du cadre fonctionnel.

## LES INSTANCES DE CONCERTATION ACTIVES SUR LE TERRITOIRE

Différentes instances de concertations existent sur le territoire de la CACL. Les retours des acteurs concernant le fonctionnement de ces instances tendant à mettre en exergue les dysfonctionnements pour justifier la nécessité de mettre en place une autre cellule qui serait plus fonctionnelle.

La démarche adoptée consiste davantage à mieux cerner les causes des freins fonctionnels afin d'éviter de les reproduire et de proposer un modèle le plus efficient possible. Par ailleurs, avoir une vision précise des différents dispositifs en présence permettra d'avoir une vision fine des compétences de chaque cellule, d'orienter certaines situations, de mutualiser les instances au besoin, de favoriser la communication entre les différents dispositifs.



## CLSPD,

### Conseil Local de Sécurité et de Prévention de la Délinquance

#### Commune de Matoury

**Référente :** Mme FRANCOIS Simone, [simone.francois@mairie-matoury.fr](mailto:simone.francois@mairie-matoury.fr), 0594.38.65.28.

**Présentation :** Le conseil local de sécurité et de prévention de la délinquance (CLSPD) est la première instance de concertation et de coordination à l'échelle communale pour prévenir et lutter contre la délinquance. 4 des 6 communes de la CACL en sont dotées. Le CLSPD n'est pas, à proprement parlé, une cellule de concertation, pour les situations présentant des troubles mentaux, néanmoins, un certain nombre de situations y atterrissent, faute de mieux.

Lors des situations de troubles à l'ordre public ou de conflits de voisinages répétés, si les gendarmes sont sollicités, les situations sont alors signalées à la chargée de mission du CLSPD. Si la chargée de mission constate qu'il ne s'agit pas d'un problème de délinquance, ni de sécurité mais plutôt de comportements « inadaptés », elle sollicite, au cas par cas, les acteurs ressources (CCAS, Assistante sociale de secteur...). Les situations sont néanmoins répertoriées au CLSPD, même si ce dernier ne se juge pas compétent en la matière.

**Quel public ?** Personnes signalées comme troublant l'ordre public

**Quelles mesures ? suivi ?** Signalement et orientation vers les professionnels compétents, pas de concertation ou de suivi partagé

**Le Plan d'Accompagnement Globalisé – PAG**  
**Groupe Opérationnel de Synthèse - GOS**  
**Un dispositif inhérent à la RAPT : Réponse Accompagnée Pour Tous-MDPH**

---

**Référente** : Mme Aminata O'REILLY, [aminata.oreilly@mdph973.fr](mailto:aminata.oreilly@mdph973.fr), 0594 392457

**Présentation** : Le PAG est un nouveau dispositif qui est porté par la Loi santé 2016-41 du 26 janvier 2016 (articles 44 et 89) qui modifie le Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) donnant un cadre juridique légal à la mise en place d'un dispositif permanent d'orientation.

C'est un document opposable, c'est-à-dire que, juridiquement, les engagements pris par les signataires doivent être respectés. C'est un levier de dernier recours lorsque d'autres solutions ont déjà été envisagées.

La loi a aussi créé le Groupe Opérationnel de Synthèse (GOS) (article L 146-8 du CASF alinéa 4). Le GOS est réuni à l'initiative du directeur de la MDPH ou à la suite d'une demande de la personne, de son représentant légal ou d'un établissement.

Le GOS est une réunion d'acteurs de différents champs ayant les compétences pour réfléchir à une situation donnée. Le GOS peut mener à un PAG, mais parfois, il faut plusieurs GOS pour aboutir à un PAG formalisé. De plus, tous les GOS n'aboutissent pas forcément à la formalisation d'un PAG. Le GOS est l'instance qui va définir les objectifs du PAG et qui peut également choisir de le modifier. Les partenaires convoqués ont l'obligation d'être présents ou de se faire représenter par une personne ayant la capacité d'engager la structure qu'il représente.

**Quel public ?** Les personnes en situation de handicap bénéficiant d'une notification de la MDPH.

**Qui sollicite un PAG ?**

- La personne concernée, sa famille ou son représentant légal ;
- Les professionnels ou l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH avec le consentement de l'utilisateur (ou de son représentant légal).

**Un GOS ?**

- Le directeur de la MDPH,
- La personne concernée, sa famille ou son représentant légal
- Un établissement.

## **Comment ? Quelle procédure ?**

Vers le PAG :

- La personne concernée, sa famille ou son représentant légal via la fiche de saisine à compléter et à transmettre à la MDPH.
- Les professionnels, lorsqu'une situation est complexe ou qu'il y a risque de rupture dans le parcours, via la fiche de saisine.
- L'équipe pluridisciplinaire de la MDPH

Une première phase d'évaluation de la situation de la personne devra confirmer que le PAG est le dispositif adéquat permettant de répondre à la situation de la personne. Si ce dispositif n'était pas retenu, la personne sera réorientée vers le dispositif ou l'instance la plus adaptée.

## **Quelles mesures ? Suivi ?**

Le PAG s'élabore après un ou plusieurs GOS. Il permet la co-construction d'une réponse réaliste et adaptée à la situation de l'utilisateur.

Le document PAG formalisé précise :

- Le nom des établissements et services médico-sociaux vers lesquels l'enfant, l'adolescent ou l'adulte est orienté et qui vont participer à l'accompagnement ;
- La nature et la fréquence de l'ensemble des interventions (quoi, quand, comment ?) ;
- La durée de l'engagement des acteurs chargés de sa mise en œuvre opérationnelle (date d'application à la signature de la personne concernée/ date d'échéance) ;
- Le nom d'un coordonnateur de parcours.

Il peut inclure les champs suivants : l'accompagnement médico-social de la personne, l'éducation, la scolarisation, les soins, l'insertion professionnelle ou sociale, l'appui aux aidants.

C'est la MDPH qui s'occupe de la rédaction du PAG et de sa diffusion auprès des acteurs engagés.

Le document PAG est validé et signé par l'ensemble des acteurs et l'utilisateur (ou son représentant légal). Il peut être actualisé chaque fois que nécessaire. Une révision annuelle est obligatoire.

**Cellule de signalement des situations préoccupantes –  
Direction de l'Autonomie – Collectivité territoriale de Guyane**

---

**Référente :** Mme Agnès SEUX, [agnes.seux@ctguyane.fr](mailto:agnes.seux@ctguyane.fr), 0594295756

**Présentation :** Cette cellule a été créée en réponse aux constats de situations de personnes âgées rencontrées par l'équipe médico-sociale de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) et nécessitant un accompagnement allant au-delà de la simple proposition d'un plan d'aide, ainsi que pour donner suite aux signalements adressés au Président de la Collectivité Territoriale de Guyane. Elle est constituée d'une assistante sociale (Mme Seux), d'un médecin gériatre (Mme le docteur Rosnel) et d'une juriste (Mme Néron-Dalphrase). Elle vise à apporter un soutien aux professionnels se trouvant en difficultés pour poursuivre un accompagnement permettant de faire évoluer favorablement une situation préoccupante et complexe.

Son objectif premier est de garantir la bienveillance des personnes vulnérables âgées de plus de 60 ans et des personnes vulnérables porteuses de handicaps. Son objectif secondaire est de faciliter l'accès aux droits en permettant le « débloqué de dossiers complexes ».

**Quel public ?** Personnes âgées de plus de 60 ans et adultes en situation de handicap, vivant à leur domicile et non en institution.

**Qui oriente ?** Les professionnels exclusivement : CCAS, travailleurs sociaux, infirmiers libéraux, services d'aide à domicile...

**Comment ? Quelle procédure ?** En transmettant la fiche de signalement, complétée avec précisions, par mail ou par courrier sous pli confidentiel. Les principaux signaux d'alerte sont des indicateurs et facteurs de risque tels que la baisse de l'autonomie fonctionnelle, des conditions matérielles précaires, l'usure des aidants, des dysfonctionnements dans la gestion financière, des négligences, des violences. C'est la multiplicité des indicateurs qui rend difficile l'approche des problématiques et rend nécessaire la réflexion partagée pour résoudre les problèmes rencontrés

**Quelles mesures ? suivi ?**

Evaluation de la situation et vérification de la bonne orientation. Si la personne concernée par le signalement bénéficie d'une notification MDPH, la situation sera renvoyée vers la RAPT (Réponse Accompagnée Pour Tous) de la MDPH.

La cellule, de par sa constitution, dispose de compétences, sociales, juridiques et médicales. Une évaluation multidimensionnelle est réalisée à partir des signaux d'alerte et une réflexion au sein de l'équipe permet de définir la stratégie de résolutions des problèmes.

Si la fiche de signalement correspond aux compétences de la cellule, plusieurs solutions sont envisageables en fonction de l'évaluation de la situation :

- Une réponse ponctuelle au travailleur social qui a effectué le signalement : le soutien apporté prend la forme d'informations et de conseil ;
- Une mise en relation avec d'autres partenaires et la mise en place d'un travail de coordination ;
- Un accompagnement personnalisé en relais à celui du travailleur social signalant : La cellule se substitue alors au professionnel ;
- Une interpellation des autres acteurs (ARS, MAIA...) sur les situations qui nécessitent de croiser les compétences.

Une réflexion est en cours avec l'ARS dans la perspective d'élaborer une gouvernance multi-institutionnelle (avec la participation active de la DJSCS) qui garantisse le suivi des situations préoccupantes.

## Signalement des cas complexes

Direction de l'autonomie - Organisation de l'offre et des parcours médico-social

ARS

---

**Référente** : Mme Marie-Lou DARCHEZ, [Marie-Lou.DARCHEZ@ars.sante.fr](mailto:Marie-Lou.DARCHEZ@ars.sante.fr), 0594 257266

**Présentation** : Cette mission est sous-jacente aux compétences du service et s'inscrit directement dans la logique de parcours. Il n'y a pas de cellule à proprement parlé, cependant, la référente peut être saisie pour signaler une situation alarmante qui met en danger la personne. Les solutions existantes doivent avoir été identifiées et testées.

**Quel public ?** Personnes âgées, personnes en situation d'handicap, publics spécifiques (errance, addictions, maladies chroniques...)

**Qui oriente ?** Les structures ou les familles lorsqu'elles rencontrent des blocages administratifs ou sociaux.

**Comment ? Quelle procédure ?** Un courrier ou mail doit être adressé à la référente. Une évaluation sociale et administrative est réalisée, par compilation des retours des professionnels. L'ARS peut, si besoin, réunir les acteurs en lien avec la situation ou orienter vers d'autres cellules/institutions (ex : cellule de signalement des situations préoccupantes de la CTG, GOS de la MDPH)

**Quelles mesures ? suivi ?** Il n'y a pas de conventionnement entre les acteurs, l'ARS veille au suivi des préconisations qui ont été faites.

**Complément d'information** : Le projet de mise en place d'une PTA (Plateforme Territoriale d'Appui) est en cours. Il s'agit d'un dispositif de coordination des parcours de santé complexes qui visent à apporter une réponse aux professionnels, et en particulier aux médecins traitants, dans la prise en charge des situations complexes. Il propose un guichet unique au carrefour des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux qui met généralement à disposition 3 types de services :

- Information et orientation des professionnels vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales de leurs territoires ;
- Appui à l'organisation des parcours complexes, dont l'organisation des admissions et des sorties des établissements ;
- Soutien aux pratiques et initiatives professionnelles en matière d'organisation et de sécurité des parcours, d'accès aux soins et de coordination, en apportant un appui opérationnel et logistique

## Table clinique

### MAIA (Méthode d'Action et d'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie)

---

**Référente :** Mme Marie-Louise NOUVELLET, [contact@maia-guyane.org](mailto:contact@maia-guyane.org), 0694 414776

**Présentation :** C'est un temps de concertation collective autour d'une situation individuelle. Elle réunit les gestionnaires de cas complexes (professionnels interne à la MAIA) et les personnes ressources identifiées selon les situations. Elle vise la coordination et la mise en coresponsabilité des différents acteurs impliqués dans une situation complexe. Elle permet un partage des évaluations et des pratiques, une adaptation des aides en fonction des besoins et une planification harmonisée des interventions.

**Quel public ?** Les personnes âgées de plus de 60 ans. Suivies dans le cadre de la gestion de cas complexes (3 critères d'inclusion :-aides et soins apportés sont insuffisants ou inadaptés, -absence d'entourage proche pouvant coordonner les prises en charge, -maintien à domicile compromis).

**Qui oriente ?** Les gestionnaires de cas de la MAIA, les professionnels ou les familles peuvent saisir la table clinique.

**Comment ? Quelle procédure ?** En transmettant la « fiche alerte » complétée au Pilote Réseau Géronto-MAIA.

#### **Quelles mesures ? suivi ?**

Une évaluation multidimensionnelle permet de dégager des pistes d'accompagnement avec les acteurs présents et les gestionnaires de cas, cependant les engagements des uns et des autres ne sont pas conventionnel.

## LEVIERS ET FREINS DES INSTANCES DE CONCERTATIONS OBSERVEES

Lors des entretiens de présentation du fonctionnement des cellules, hormis la description du dispositifs, l'entretien était orienté de façon à recueillir un premier niveau d'analyse permettant d'anticiper les points de blocage éventuels et les leviers pour la future cellule.

### Leviers :

- Le volet collectif de l'instance pousse chacun à s'engager sur la situation présentée.
- La présence des institutionnels (ARS+CTG) permet d'engager des réponses financières et des dérogations concernant les procédures habituellement appliquées sur le traitement des dossiers, pour une mise à l'abri accélérée.
- Ces espaces représentent un point d'observation fin sur les points de blocage dans le parcours de vie des personnes présentant des troubles mentaux à la manière de « situations traçuses » : les questions de blocage administratif sont très présentes.

### Freins :

- Difficulté de garantir la présence des « décideurs », les personnes présentes ne sont pas systématiquement en mesure d'engager leurs structures sur les décisions envisagées lors de la cellule.
- Les carences du territoire (manque de professionnels et de structure) et la chute du nombre de structure lors du passage à l'âge adulte (deux fois moins de places adultes que de places enfants) mène de façon récurrente au constat partagé d'un manque. La cellule vient alors souligner le sentiment d'impuissance partagée sans offrir d'alternatives : effet démotivant pour les participants.
- Ce même sentiment d'échec est partagé lorsque certaines situations ayant déjà fait le « tour » des structures sont exposées, sans que cela n'ait débouché sur une réelle solution.
- Les acteurs se saisissent parfois des espaces de concertation pour régler leurs différends ou renvoyer les partenaires vers leurs compétences/incompétences supposées, le conflit peut rapidement prendre le pas sur la démarche de prise en charge combinée.
- Lorsque le dispositif est efficace, il voit rapidement une montée en charge des situations qui lui sont soumises, se trouvant ainsi rapidement submergé.

La vision globale de ces différentes instances permet, en outre, d'avoir un panorama des dispositifs qui peuvent être sollicités selon les situations d'une part, et de communiquer sur la mise en place de la cellule de concertation d'autre part. Les trois entrées suivantes peuvent d'ores et déjà permettre un premier niveau d'orientation ou de coopération entre les cellules.



Au vu de ces éléments, plusieurs points de vigilance et perspectives sont identifiées :

- L'enjeu et les objectifs de la cellule doivent être explicites afin de ne pas générer d'attentes qui ne seront pas satisfaites : La cellule n'apportera pas de moyens supplémentaires (pas de nouvelles places ou de solutions aux problématiques), mais une prise en charge concertée. Ainsi chacun s'engage à mobiliser ses propres ressources
- Pour ce faire, les structures impliquées dans la démarche doivent s'engager à autoriser un certain niveau d'autonomie à la personne qui les représente au sein de la cellule afin qu'elle puisse être force de proposition dans les échanges et qu'elle puisse ensuite mettre en œuvre le plan d'action proposé.
- Le nom proposé dans la feuille de route doit être modifié afin de ne pas porter à confusion avec le dispositif de gestion des cas complexes de la MAIA, le nom construit au fur et à mesure des échanges sera « cellule de concertation pour les situations complexes ».

## LES ACTEURS MOBILISÉS SUR LE PROJET : ATTENTES ET BESOINS

### ➤ Acteurs rencontrés dans le cadre d'entretiens bilatéraux

- Un groupe d'adhérents du GEM « un autre regard »
- La cheffe du pôle psychiatrie du Centre Hospitalier André Rosemon
- La responsable du pôle social de la SEMSAMAR (bailleur social)
- La chargée de mission du CLSPD d'une des communes de la CACL, Matoury
- Une des référentes du CCAS de Matoury
- L'équipe de l'association Arbre Fromager qui reçoit les femmes en situation de vulnérabilité
- La coordinatrice de l'Association de Solidarité Avec les Aidants de Guyane (2ASAG)
- La coordinatrice régionale France Assos Santé, la voix des usagers

### ➤ Demandes initiales des acteurs :

-Le bailleur social : en difficulté avec certains locataires pour des raisons de « nuisances sonores », « plaintes des voisins pour comportements inadaptés », « incurie » ou « impayés », le pôle social de la SEMSAMAR a signalé au CISM qu'il souhaitait trouver des solutions à ces problématiques. Pour autant, l'équipe du pôle social se sent démunies face à ces situations qui lui semble relevé davantage de « troubles du comportement » ou « d'incapacité de gestion du budget » que de problèmes d'incivilité ou financier. Concernant les situations évoquées, les travailleuses sociales tentent de créer un lien avec la famille lorsque c'est possible et évitent autant que possible les solutions répressives, mais restent impuissantes face à des situations qui

s'installent. Leur souhait est de pouvoir « suivre et accompagner en amont afin d'éviter les expulsions ».

-Le pôle psychiatrie : des hospitalisations qui se prolongent de façon conséquente (+ d'un an) car il n'y a pas de projet de sortie. Les équipes gardent les patients afin d'éviter de les mettre « à la rue » et de les retrouver un mois plus tard dans une situation plus dégradée. Glissement de compétences ?

-L'arbre fromager : est une association ayant pignon sur rue et qui accueille des femmes vulnérables, qui doivent faire face, à un moment donné, à un cumul de difficultés (1/3 de leur file active est concernée par les violences conjugales). Les femmes viennent de manière volontaire. Sur une file active totale d'environ 600 femmes, 3 profils leur posent des difficultés en terme d'accompagnement, du fait d'incohérence dans les propos, de violences verbales et menaces de violence physique en direction des autres femmes ou de l'équipe. L'orientation vers les structures de soins (CMP) est compliquée du fait des délais de prise de RDV. Il est arrivé que l'équipe sollicite la gendarmerie pour une hospitalisation sous contrainte, suite à des menaces particulièrement convaincantes, mais la démarche représente pour eux un dernier recours et fait naître un sentiment d'échec.

-Le CLSPD : Les situations récurrentes de « troubles à l'ordre public » et plaintes à la gendarmerie lui sont communiquées via le service DSU. Pour certaines d'entre elles le CLSPD constate qu'il ne s'agit pas de problème ni de délinquance, ni de sécurité et cherche à orienter vers les services de la commune au cas par cas.

-Le CCAS : Le suivi social de certaines personnes est difficile du fait d'interruptions thérapeutiques. Les AS se trouvent démunies devant le refus de soins.

-Pas de demande particulière de la part du GEM « un autre regard », de l'association 2ASAG (Association d'Aide et de Solidarité aux Aidants en Guyane), et de France Assos Santé. Cependant au vu des objectifs du CISM et de la volonté d'intégrer les usagers au sein du CISM, il a semblé indispensable de les inclure dès le début de la réflexion.

A chaque fois le pré-projet leur a été présenté tel que défini dans la feuille de route du CISM (en annexe) et enrichi/modifié par les apports et réflexions des acteurs rencontrés précédemment. Les questionnements abordés, suivent la trame proposée dans le guide du

Centre National de Ressources et d'Appui aux Conseils Locaux de Santé Mentale<sup>6</sup>, en soulignant les points suivants :

#### ATTENTES ET IMPLICATION :

- Ce projet vous semble-t-il intéressant, pertinent ou pas...
- Est-ce que vous seriez susceptible de solliciter ce type de dispositif et dans quel type de situation ?
- Comment votre structure pourrait-elle se positionner sur ce type de cellule ?

#### LE FONCTIONNEMENT ET LE PILOTAGE

- Validation ou pas des modalités envisagées par la feuille de route
- Quelle fréquence ? Membres permanents, invités ? Nom de la cellule ?

#### LE CADRE ETHIQUE ET JURIDIQUE

- Quelle méthodologie employer pour respecter le secret professionnel et favoriser le plus de confidentialité possible, tout en faisant avancer la situation (secret partagé) ?
- Quelle est la place de la personne dont la situation est abordée, en amont, pendant, en aval de la réunion de la cellule ?

## RESULTATS ET ANALYSES

### ➤ **Consensus**

Au retour des entretiens, certains points apparaissent comme étant des directives porteuses pour tous.

Le principal « fil rouge » est le besoin de mutualisation des moyens pour trouver des solutions avec une prise de conscience forte de l'imbrication des différentes dimensions de vie (social, logement, santé): « Pouvoir résoudre des situations devant lesquelles nous n'avons pas les ressources pour faire face seul », « travailler ensemble dans l'intérêt de la personne ».

Le besoin d'améliorer, pour chacun des partenaires, leur niveau de connaissance des dispositifs existants et leurs métiers respectifs est prégnant. L'importance de renforcer le travail en réseau autour des situations individuelles est aussi perçu comme un objectif à court terme ayant un impact durable sur les partenariats.

---

<sup>6</sup> Centre National de Ressources et d'Appui aux Conseils Locaux de Santé Mentale (2018), « *Repères sur les commissions de réflexion et d'aide pour des personnes en situation difficile dans le cadre des Conseils Locaux de Santé Mentale* »

La question de la participation des usagers est aussi un point qui a fait débat. Rapidement, les acteurs tombaient d'accord sur le fait que les situations de « non-demande ou de déni » ne peuvent être traitées dans le cadre de la cellule comme cela était initialement indiqué dans la feuille de route, car les propositions d'accompagnement ne pourront être mises en œuvre sans l'adhésion de la personne concernée. Cependant, l'implication des personnes est vue différemment selon les acteurs, certains voient positivement la présence des personnes concernées par les situations, d'autres craignent que la posture ne soit pas confortable (« être le sujet des échanges », « se noyer dans le jargon des professionnels »), voire mettre les personnes en difficulté. Plusieurs propositions ont été évoquées pour que la personne puisse formuler ses besoins et ses difficultés : par courrier, en personne, par l'intermédiaire d'un travailleur social. Les modalités pourront être adaptées en fonction des situations et des possibilités d'engagement des personnes.

Les adhérents du GEM ont fait remarquer qu'il était « plus inconfortable qu'ils parlent de nous sans nous, plutôt qu'on soit là quand ils parlent de nous ».

Néanmoins, le fait d'être seul face à un groupe de professionnels peut être impressionnant, le GEM, l'2ASAG et France Assos Santé ont été questionnés sur leur appui possibles aux usagers. Ils pourront tous les trois être cités comme ressources possibles en amont de la présentation de la situation à la cellule, pour les usagers et leurs familles, et pourront siéger lors des commissions si l'utilisateur le souhaite, ils ne désirent cependant pas être présents systématiquement.

Chaque structure rencontrée a posé la question de la nature des informations qui pourront être partagées au sein de la cellule. Trois préoccupations ont émergé : le **respect du secret professionnel** qui diffère selon les corps de métiers, le **bienveillance/le non-jugement** vis-à-vis des choix de vie de la personne et le **la confidentialité** particulièrement importante à l'échelle guyanaise. L'arbre fromager, qui accompagne des femmes victimes de violences issues de tous milieux sociaux et professionnels a particulièrement insisté sur ce point, en évoquant la possibilité qu'il y ait des liens familiaux entre les situations et les professionnels présents, par exemple. C'est un point qui fera l'objet de groupes de travail à part entière afin de sécuriser les personnes concernées et les professionnels.

Un dernier point évoqué : le référent-situation. Un des acteurs rencontrés en premier lieu a suggéré que le professionnel qui saisisse la cellule soit identifié comme personne référente sur la mise en œuvre et le suivi du plan d'action. D'une part, pour assurer une coordination entre

les différentes solutions apportées, mais aussi pour éviter la multiplication des intermédiaires auprès de l'utilisateur. Ainsi le référent sera le « fil rouge » de la situation complexe :

-En amont de la cellule, il repère la situation dite complexe et propose à l'utilisateur de la présenter au sein de la cellule. Il l'informe des différentes possibilités (présence physique ou pas, courrier, représentation par un professionnel/un représentant d'utilisateurs, anonymisation de la situation ou pas) et de ses droits. Il identifie les besoins de l'utilisateur, son projet, ses difficultés/limites, ses ressources, les points de blocages de la situation, les acteurs mobilisables.

-En commission plénière, il présente la situation et assure la cohérence entre les propositions faites et le projet de l'utilisateur.

-En aval, il propose le/s plan d'action proposé par les partenaires et selon l'adhésion de l'utilisateur aux propositions, il recontacte les partenaires pour la mise en œuvre du plan.

-Si besoin, il présentera l'avancée du plan d'action et les éventuels points de blocage lors d'une prochaine commission.

### ➤ Divergences

Une des tensions principales constatée réside dans l'attente d'un bénéfice immédiat sur le plan professionnel : chacun s'attend à ce que l'action des partenaires lui permette de faire son « travail ». Ainsi l'impuissance ressentie face à une situation complexe serait remplacée par une reprise de contrôle sur la situation. Afin d'échapper à cette réminiscence du cloisonnement entre champs d'interventions, il semble pertinent de focaliser la démarche sur les bénéfices pour la personne dont la situation est complexe. L'intérêt de la personne devenant ainsi l'objet principal de la cellule, son implication et sa parole prennent alors une dimension nouvelle et indispensable.

Le second point qui a été questionné quasi systématiquement est la question des situations de crise ou d'urgence. La cellule de concertation ne pourra aborder de situations d'urgences, l'urgence générant la confusion, cela irait à l'encontre de la construction de réponses réfléchies qui tiennent compte des différentes dimensions de vie de la personne. En sus, l'accord de la personne ne peut être recueilli de façon convenable en situation de crise et d'urgence. Au vu de la fréquence de la question, ce sera un élément à souligner : **La cellule de concertation est un outil qui propose des solutions sur le long terme et nécessite l'accord et la volonté de la personne dont la situation sera présentée.** Il s'agit d'agir avant l'urgence ou la crise.

### ➤ **Analyse**

Comme évoqué précédemment, les différents éléments recueillis, mettent en exergue que la coopération entre des acteurs de champs et de compétences différentes demande une certaine gymnastique. La formalisation des attentes et besoins permet de constater que pour atteindre l'objectif premier de concertation autour d'une situation donnée, il va falloir aussi travailler sur les représentations de l'action des professionnels de santé (les compétences présupposées et l'action /inaction supposée, le projet induit...).

Thierry ANTOINE<sup>7</sup>, dans son étude « Construction d'une cellule de crise : un vrai challenge partenarial », identifie 4 phases de coopération entre acteurs, qui, au vu des enjeux mis en exergue via les entretiens, sont pertinentes à prendre en compte dans le cadre de l'animation de notre cellule :

« **L'inter connaissance** : ou la reconnaissance »

A ce niveau, il est question d'améliorer le niveau de connaissance mutuelle du fonctionnement des différentes institutions mais aussi de la spécificité des métiers afin de mieux repérer les contraintes et les limites de chacun. Le niveau de connaissance mutuelle impacte directement sur la capacité de construire un projet concerté et donc sur la cohérence des réponses apportées à l'utilisateur.

« **La co-évaluation** » : Il s'agit alors de comprendre, analyser et évaluer ensemble les situations par une clarification des points de vue de chacun. La finalité de cette seconde phase est de pouvoir créer les marges de manœuvre d'action.

« **La concertation** » : C'est un préalable essentiel à la vérification de la cohérence d'actions menées entre différents professionnels.

Enfin, « **la coordination** »: S'organiser ensemble, articuler les différentes interventions pour accompagner la personne. T. ANTOINE souligne qu'au cours de la dernière phase « il y a nécessité d'informer l'utilisateur et de le positionner comme acteur de son projet ».

## SYNTHESE : CONSTRUCTION D'UN CHEMINEMENT COMMUN

### ➤ **Proposition d'un modèle de fonctionnement**

Sur la base des éléments recueillis lors des entretiens le modèle de fonctionnement suivant synthétise et tente de concilier les besoins de chacun :

---

<sup>7</sup> ANTOINE Thierry (2013), « Construction d'une cellule de crise : un vrai challenge partenarial ». *Mémoire pour le Diplôme Inter-Universitaire « Santé mentale dans la communauté »*

1/ En amont, le professionnel doit s'assurer que la situation corresponde au champ d'intervention de la cellule. La complexité de la situation suppose-t-elle des modalités de prise en charge prenant en compte la personne dans sa globalité ? Des premières tentatives isolées de réponses ont-elles été mises en œuvre et ont-elles échouées ? La personne concernée a-t-elle donné son consentement pour présentation de sa situation à la cellule ?

2/ La fiche de saisie/d'orientation, pourra être complétée par le référent de situation. Il est préférable d'impliquer au maximum la personne concernée et/ou sa famille dans la description de la situation afin d'avoir une vision la plus complète possible de la situation et de garantir des réponses adaptées. Le trame de la fiche sera élaborée en groupe de travail afin de cadrer les informations qui peuvent être partagées ou pas, néanmoins il devra comporter les éléments suivants : le projet de la personne (ce qu'elle voudrait/ ne voudrait pas, ses besoins, ses difficultés/limites), les ressources mobilisées et mobilisables (personnelles et professionnelles) et les contacts des professionnels. Le référent aura aussi pour obligation de présenter les associations citoyennes à la personne : le GEM, l'2ASAG et France Assos Santé. Les coordonnées et missions seront intégrées dans la fiche d'orientation.

3/ La coordinatrice du CISM recueillera les fiches et reviendra, si besoin, vers le référent pour davantage de précisions ainsi que pour l'informer des suites (présentation à la cellule ou orientation vers un autre dispositif plus adapté). Elle contactera les acteurs identifiés comme étant ressources sur la situation afin de les inviter lors de la tenue de la cellule.

4/ La cellule se réunira tous les deux mois. Elle sera pilotée par la coordinatrice du CISM et un professionnel de santé du pôle psychiatrie (médecin psychiatre ou cadre de santé), qui auront pour mission :

- D'organiser et d'animer les séances plénières ;
- De faciliter la coordination des professionnels sur les situations complexes tant sur la mobilisation en première instance que sur le suivi ;
- De développer la démarche « réseau » nécessaire au bon fonctionnement de la cellule (communication) ;
- De faire état des impacts de la démarche (Bilan de la cellule, tant sur l'activité que sur le dispositif : démarche intérêt des professionnels, mobilisation, modification des pratiques, évolution des situations...).

Elle sera constituée d'un « noyau dur » : secteur psychiatrique (CMP), secteur social (CCAS, CTG) et le CISM.

Des « intervenants ponctuels » seront sollicités en fonction des situations: secteur gériatologique, police et justice, services de tutelles/curatelles, professionnels de santé libéraux/Maisons de santé, représentants des usagers et des familles (GEM, 2ASAG, France Assos Santé), bailleurs sociaux, secteur médico-social (dont addictions), secteur associatif et de médiation...

- La cellule sera scindée en trois temps successifs et animée en tenant compte des 4 phases de coopération décrites précédemment :
- Présentation des acteurs présents (interconnaissance) ;
- La **commission plénière** : présentation de nouvelles situations (co-évaluation + concertation) et définition d'un « plan d'action » commun sur lequel chacun des acteurs présents se positionne (coordination);
- La **commission de suivi** : point d'information sur les situations suivies présenté par le référent de situation, et si besoin réajustement du plan d'action. L'ensemble des professionnels concernés par la situation ne sera pas forcément présent à chaque fois.

5/ Le « plan d'action » est proposé à la personne concernée, qui valide/invalides les propositions. Le référent réajuste en fonction et assure le suivi du plan (prise de contact avec les autres professionnels et coordination de prises en charge.

## PERSPECTIVES

La mise en place de groupes de travail vise d'une part à affiner la question du partage des informations depuis la saisie de la cellule jusqu'à la mise en place du plan d'action, mais aussi à produire des outils qui cadrent la démarche, notamment pour ceux qui n'auraient pas participé à la co-construction. Ainsi, deux documents seront produits afin de définir à la fois, les conditions nécessaires pour le travail de concertation concernant le respect et l'accès aux droits des personnes et le cadre de collaboration nécessaire au travail partenarial.

La fiche de saisie de la cellule : Le recueil de l'accord de l'intéressé, l'implication de l'intéressé (une place doit être laissée pour l'expression de son projet/sa situation), l'information du droit de l'intéressé,

La Charte Ethique : Le volet du partage des informations reste un élément à affiner. La mise en place de groupes de travail permettra d'établir une « charte éthique » qui tiendra compte : du **respect du secret professionnel** qui diffère selon les corps de métiers, de **la bienveillance/le non-jugement** vis-à-vis des choix de vie de la personne et la **confidentialité** (respect de la vie

privée des personnes et des familles). L'enjeu sera de définir quelles sont les informations qui permettront de faire avancer la situation et peuvent être partagées.

## CONCLUSION : LA CELLULE PEUT-ELLE CONSTITUER UN OUTIL DU RETABLISSEMENT ?

Le rétablissement est un concept qui trouve son origine dans les mouvements d'usagers, mais qui aujourd'hui est la continuité logique du concept de Santé Mentale tel que défini par l'OMS. En effet, Si une « bonne » santé mentale, est un équilibre entre des facteurs internes et externes propres à chaque personne et que les facteurs de risques et les facteurs de protection dépendent du milieu dans lequel évolue la personne, alors l'accompagnement proposé, afin d'être efficace, doit s'adapter à chaque personne, à SES besoins propres et à SES ressources propres qui lui permette de sauvegarder, stabiliser ou rétablir cet équilibre.

L'autonomie et le pouvoir d'agir sont deux éléments forts de la démarche de rétablissement et ce travail est sous-tendu par la volonté de créer un espace qui favorise ces deux points. Si la personne est prise en charge, selon les projections des professionnels, le risque d'échec est bien plus élevé que si la personne a été entendue et qu'elle adhère au projet qui lui est proposé. Ainsi, dans un souci de respect de l'individu, mais aussi d'efficacité de la cellule et d'optimisation de l'énergie déployée pour la prise en charge

BACQUE Marie-Hélène et BIEWENER Carole soulignent que le concept d'empowerment articule deux dimensions, « celle du pouvoir, qui constitue la racine du mot, et celle du processus d'apprentissage pour y accéder. Il peut désigner autant un état qu'un processus [...] à la fois individuels, collectifs et sociaux ou politiques [...] impliquant une démarche d'autoréalisation et d'émancipation des individus, de reconnaissance de groupes ou de communautés et de transformation sociale » (p. 6)

Favoriser l'empowerment des personnes vivant avec des troubles mentaux doit alors tenir compte autant du **processus** que du **résultat de ce processus**, et se décline sur deux niveaux d'action : individuel et collectif.

Qu'en est-il de la prise en compte de ces différents niveaux dans la modèle de cellule de concertation ?

**Au niveau individuel :** La prise en compte de l'expérience du vécu de l'intéressé-e quant à sa maladie (savoir expérientiel) et de sa connaissance de ses difficultés/limites, mais aussi, en tant que personne par la prise en compte de son projet, de ses envies de sa capacité à identifier ses propres solutions et ressources représente un point important de la démarche.

La considération accordée aux compétences et savoirs de l'intéressé-e, la confiance en sa capacité à mobiliser ses ressources, lui permet de les exercer et favorise ainsi le processus de renforcement de ce savoir et de ce pouvoir. Qui plus est, l'implication/information en continu de l'intéressé (au moment de la saisie puis de la présentation du plan d'action) permet une montée en connaissances sur ses droits, les dispositifs existants, les circuits de prise en charge, les professionnels.

**Au niveau collectif et organisationnel,**

La cellule offre un espace où différents points de vues vont devoir s'écouter et s'enrichir mutuellement. Cela représente une rupture avec les dualités habituelles entre patient/professionnel de santé, bénéficiaires/travailleurs sociaux, où le pouvoir/savoir est supposé du côté du professionnel, pour proposer un format où l'objectif commun des acteurs présents est l'amélioration de la situation de l'intéressé. Ainsi les professionnels sont amenés à se décentrer de leur objectif thérapeutique ou éducatif pour entendre et construire une autre version de la prise en charge : une version concertée et plurielle ! Indirectement, la cellule représenterait un levier pour faire évoluer les pratiques des professionnels et favoriser un rééquilibrage dans la relation soignant/soigné.

La participation de l'intéressé-e aux décisions le-la concernant est une première forme de reconnaissance et induirait alors des changements dans la posture des professionnels et l'organisation des prises en charge.

## BIBLIOGRAPHIE

ANTOINE Thierry (2013), « Construction d'une cellule de crise : un vrai challenge partenarial ». *Mémoire pour le Diplôme Inter-Universitaire « Santé mentale dans la communauté »*.

BACQUE Marie-Hélène, BIEWENER Carole (2013), *L'Empowerment, une pratique émancipatrice ?* Paris, Éditions. La Découverte.

HUBERT Régis (2016), Quels sont les freins à la collaboration entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social ? *Mémoire pour le Diplôme Inter-Universitaire « Santé mentale dans la communauté »*.

\*Agence Régionale de Santé de Guyane (2018), *Projet Régional de Santé*.

\*Centre National de Ressources et d'Appui aux Conseils Locaux de Santé Mentale (2018), « *Repères sur les commissions de réflexion et d'aide pour des personnes en situation difficile dans le cadre des Conseils Locaux de Santé Mentale* ».

\*Centre de Ressources Politique de la Ville de Guyane (2017), « *Etat des lieux et perspectives vers un conseil intercommunal de santé mentale* ».

\*Ministère des solidarités et de la santé (2018) « *Ma santé 2022 : Un engagement collectif* ».

## ANNEXES

### **ANNEXE 1 : Convention constitutive ARS-CACL → Feuille de route CISM → fiche action concernant la mise en place de la cellule de gestion des cas complexes.**

#### Axe stratégique 3 :

#### Le renforcement des partenariats dans le cadre des prises en charge

#### OBJECTIF GENERAL :

Fédérer les acteurs des différents secteurs professionnels (santé, social, logement, justice, addictions...) autour des situations complexes nécessitant une réponse multiple et coordonnée.

<b>Objectifs opérationnels</b>	<b>Objectif 3a : Mettre en place une cellule de gestion des situations complexes</b>
<b>Rappel des constats</b>	<p>Le caractère multifactoriel des situations est souvent mis en avant, avec de nombreux cas complexes liant les questions de santé mentale avec d'autres facteurs concomitants ou aggravants. Nous pouvons évoquer plusieurs associations, régulièrement évoquées :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ <b>Santé mentale et addictions</b> : il est observé de nombreuses situations associant des problèmes de santé mentale et la consommation excessive de substances psychoactives, alcool, cannabis cocaïne, crack etc..., notamment chez les jeunes et les personnes en errance. Le Pôle Psychiatrique évoque notamment des schizophrénies présentant des troubles plus graves car associés à l'usage de drogues, crack et cannabis.</li><li>▪ <b>Santé mentale et précarité</b> : il est observé de nombreuses situations de souffrance psychique ou psychosociale liées aux facteurs socio-économiques (chômage, manque d'instruction, déscolarisation, difficultés d'insertion, isolement social, conditions de vie...). Le Pôle Psychiatrique évoque une aggravation de la symptomatologie des troubles mentaux liés à la précarité et aux conditions de vie.</li><li>▪ <b>Santé mentale et vieillissement</b> : face aux difficultés de la prise en charge des personnes âgées souffrant de démence, des personnes âgées se voient « abandonner » aux Urgences du CHAR par leur famille ; ces dernières se</li></ul>

	<p>retrouvent alors hospitalisées en Psychiatrie.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Santé mentale et conditions de logement/hébergement</b> : la problématique du logement est très souvent citée comme prioritaire, avec les problèmes <u>d'accès</u> à un logement pour les personnes en souffrance psychique (insuffisance des structures d'hébergement adaptés pour ce public spécifique et frilosité des bailleurs à accueillir des personnes usagers de la Psychiatrie) et <u>de maintien</u> dans le logement (les bailleurs sont confrontés à des problèmes de voisinage, à des situations de souffrance psychique causes ou conséquences de mauvaises conditions de logement).</li> <li>▪ <b>Santé mentale et justice</b> : des difficultés pour assurer le suivi des détenus au Centre pénitentiaire, pour hospitaliser les détenus « difficiles » (pas d'unité spécialisée au CHAR), et pour réaliser les expertises médicales dans le cadre de ces gardes à vue.</li> </ul> <p>Aussi, la concertation entre acteurs de secteurs très différents et l'harmonisation des prises en charge sont jugées nécessaires afin de trouver de façon collégiale des solutions efficaces et pérennes aux publics souffrant d'une pathologie mentale ou en souffrance psychique. <b>Une meilleure coordination, plus formelle et basée sur l'intersectorialité, contribuerait sans nul doute à une prise en charge plus efficiente.</b></p>
<p><b>Cohérence avec la commande publique</b></p>	<p><u>Stratégie intercommunale de cohésion urbaine et sociale</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mettre en place et animer un conseil intercommunal de santé mentale (développer les prises en charge partenariales et pluridisciplinaires en réseau et dans la continuité des soins)</li> </ul> <p><u>Projet Régional de Santé 2</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Développer des structures d'appui qui puissent appuyer l'ensemble des services hospitaliers y compris les Centres Délocalisés de Prévention et de Soins</li> </ul>
<p><b>Modalités d'actions</b></p>	<p>Il s'agit de mettre en place <b>une cellule de gestion des situations complexes</b> (multifactorielles) : présentation et prise en charge collective de situations individuelles concrètes.</p> <p>Les principes de base concernant le fonctionnement de cette cellule sont (à</p>

	<p>affiner avec les acteurs concernés) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>en commission plénière</b> : présentation de nouvelles situations et définition d'un plan d'action commun ; point d'information sur les situations suivies de façon anonyme et réajustement du plan d'action si besoin ; temps d'échanges de pratique ; temps de production des outils et supports de la cellule ;</li> <li>▪ <b>en réunion de suivi</b> : réunions mobilisant seulement les professionnels concernés par la situation organisée à leur initiative pour la mise en œuvre du plan d'action (définition d'une stratégie d'intervention commune).</li> </ul>
<b>Population cible</b>	<p>Il s'agit de <b>personnes adultes et/ou des familles</b> qui présentent des problèmes de santé mentale associés à d'autres difficultés (sociales, d'insertion, de santé somatique, de logement, éducatives...)</p> <p><b>Critères d'inclusion :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ des premières tentatives isolées de réponses qui ont échoué ;</li> <li>▪ très souvent, une non demande de prise en charge, voire le déni de la situation par la personne elle-même et/ou son entourage familial ;</li> <li>▪ une complexité des situations qui suppose des modalités de prise en charge adaptées prenant en compte la personne dans sa globalité.</li> </ul>
<b>Territoire</b>	Communauté d'agglomération du Centre littoral
<b>Pilote/porteurs</b>	<p><b>Double portage assuré par le coordinateur du CISM avec un professionnel de santé ou un cadre de santé du pôle psychiatrique du CHAR.</b></p> <p>Les animateurs de la cellule ont pour missions :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ d'organiser et d'animer les séances plénières ;</li> <li>▪ de faciliter la coordination des professionnels sur les situations complexes en aidant les référents à organiser les réunions de suivi ;</li> <li>▪ de développer la démarche « réseau » nécessaire au bon fonctionnement de la cellule ;</li> <li>▪ de faire état des impacts de la démarche (intérêt des professionnels, mobilisation, modification des pratiques, évolution des situations...), sous</li> </ul>

	forme d'un document de bilan annuel.
<b>Partenaires</b>	<p>La commission est constituée « d'un noyau dur » de structures et secteurs, et d'intervenants ponctuels.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Noyau dur</b> : secteur psychiatrique (CMP), secteur social (CCAS, CTG), secteur du logement (bailleurs sociaux), secteur médico-social (dont addictions), secteur associatif et de médiation.</li> <li>▪ <b>Intervenants ponctuels</b> : secteur gérontologique, police et justice, services de tutelles/curatelles, professionnels de santé libéraux/Maisons de santé, représentants des usagers et des familles (UNAFAM, GEM, UDAF)...</li> </ul>
<b>Moyens engagés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ¼ ETP Coordinateur CISM</li> </ul>
<b>Calendrier prévisionnel</b>	<p><b>1<sup>ère</sup> année :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Réalisation d'<b>une étude d'opportunité</b> : entretiens avec les principaux acteurs concernés (cf. « partenaires : noyau dur ») sur la pertinence et l'intérêt pour ce type de cellule, avec précisions sur les attentes des uns et des autres ; recensement des cellules déjà existantes ;</li> <li>▪ Mise en place d'<b>une formation-action</b> visant à construire une culture commune : présentation des différents partenaires (mission, organisation, modalités d'interpellation et d'intervention...), échanges de pratiques, travail sur la sémantique (santé mentale, souffrance psychique, troubles psycho-sociaux), échange sur le secret professionnel et le secret partagé, présentation des enjeux et de l'organisation de la psychiatrie publique générale, éclairage sur le mécanisme de mise sous tutelle, approfondissement de la question des admissions en soins psychiatriques à la demande d'un tiers, présentation d'autres expériences de CLSM, interventions de personnes ressources sur des sujets précis...</li> </ul> <p><b>2<sup>ème</sup> année :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Phase test avec bilan</b> : travail sur des études de cas, et présentation des premières situations.</li> <li>▪ Production d'un <b>référentiel de fonctionnement</b> et d'une <b>charte d'engagement</b>.</li> </ul>

	<p><b>3<sup>ème</sup> année :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Fonctionnement de la cellule :</b> cf. « modalités d’actions ».</li> </ul>
<p><b>Indicateurs de suivi et d’évaluation</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Suivi et évaluation de l’activité :</b> nombre de séances en commissions plénières, nombre et qualité des participants, nombre de situations présentées, types de situations présentées.</li> <li>▪ <b>Suivi et évaluation du processus :</b> entretiens annuels avec les partenaires de la cellule, avec analyse des éléments facilitateurs, résistances humaines et organisationnelles, obstacles techniques et matériels concernant le fonctionnement de la cellule (commission plénière et réunions de suivi).</li> <li>▪ <b>Suivi et évaluation des résultats :</b> analyse des principales démarches réalisées ; satisfaction des acteurs concernant la mobilisation des structures et services ; nombre de situations ayant obtenu des réponses.</li> </ul>
<p><b>Points de vigilance</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nécessité de préciser le « périmètre thématique » de la cellule (notamment ce qu’on entend par « santé mentale »).</li> <li>▪ Vérifier s’il n’existe pas déjà des cellules répondant à certaines situations (personnes âgées, enfants, problèmes de/dans le logement, handicap, réseaux divers...) et travailler alors sur la complémentarité.</li> <li>▪ Définir de façon précise le cadre déontologique et éthique de la cellule, notamment concernant la question du secret partagé et de la confidentialité des informations.</li> </ul>

## Résumé du mémoire

La complexité des troubles psychiques, de leur prise en charge (prévention, soins et médico-sociale) et de leur retentissement social et familial, associée au renforcement pour la psychiatrie publique de la logique territoriale face à la logique hospitalière, nécessite aujourd'hui la participation de tous dans la cité pour trouver des réponses à apporter à ces situations complexes.

L'objectif de cette étude est et de questionner la pertinence de la mise en place de la cellule de concertation et de construire avec les acteurs un format qui répondrait à la fois aux attentes des professionnels et à la nécessité de renforcer le pouvoir d'agir des personnes dans leur parcours de santé et leur parcours de vie.

La proposition d'un modèle de cellule s'est construit pas à pas, en s'appuyant sur les éléments amenés par l'ensemble des acteurs via des entretiens individuels et collectifs afin de travailler simultanément sur une adhésion progressive au processus et de construire un cheminement collectif.

Le modèle proposé et finalement questionné sous l'angle du rétablissement avec la volonté de positionner la cellule dans une démarche d'empowerment, tant du point de vue éthique que sur celui de l'efficacité de la cellule sur le long terme.

**Mots-clés :** Concertation, Implication du patient, transdisciplinarité, empowerment, rétablissement.