



# LE.A COORDINATEUR.TRICE DU RÉSEAU DE SOUTIEN DE L'USAGER, EN SANTÉ MENTALE

RAPPORT RÉDIGÉ PAR :

John Cultiaux

François Wyngaerden

RAPPORT FINAL - DÉCEMBRE 2019



**John Cultiaux** est docteur en sociologie, directeur scientifique d'ORCHIS (Organisations, changements et innovations sociales) et chercheur associé au CRIDIS (Centre de recherches Démocratie, Institutions et Subjectivité, Université catholique de Louvain). Il est également chargé de cours à l'Université de Namur et à l'Université catholique de Louvain.

Ses recherches portent sur les transformations du non-marchand, leur effet sur la pratique du travail social et les questions d'émancipation et d'innovation sociale.

**François Wyngaerden** est sociologue et doctorant en santé publique, chercheur associé à l'IRSS (Institut de Recherche Santé et Société de l'Université catholique de Louvain) et Maître de conférences invité à la Faculté de Santé Publique de l'UCLouvain. Ses recherches portent sur l'organisation des soins en santé mentale, avec un intérêt particulier pour la structure du réseau de support social des usagers des services psychiatriques. Il assume également la coordination de Rézone, commanditaire du présent rapport.

## Contenu du rapport

<b>Introduction</b> .....	<b>5</b>
<i>Origine de la démarche</i> .....	5
<i>Un objectif définitionnel</i> .....	6
<i>Coordination du réseau de soutien d'un usager en santé mentale</i> .....	6
<i>Une méthode participative fondée sur l'expérience</i> .....	7
Animation de deux groupes d'analyse collective .....	8
Restitution et élaboration des perspectives pratiques.....	8
<i>Contenu du rapport</i> .....	9
<b>1. Quels objectifs pour le travail de coordination ?</b> .....	<b>10</b>
1.1. <i>Soutenir durablement la personne dans son projet</i> .....	10
1.1.1. Permettre à l'utilisateur de vivre une vie satisfaisante dans la communauté.....	10
1.1.2. Assurer la cohérence de l'accompagnement .....	11
1.1.3. Assurer un accompagnement dans la durée.....	11
1.1.4. Conserver une place centrale à l'utilisateur et à son projet .....	12
1.1.5. Assurer un rôle de médiation entre l'utilisateur et les membres de son réseau .....	13
1.2. <i>Soutenir les membres du réseau dans leur accompagnement</i> .....	14
1.2.1. Rompre l'isolement des membres du réseau de soutien face à la situation de la personne .....	14
1.2.2. Anticiper et lever les malentendus .....	15
<b>2. Quelles pratiques de coordination du réseau de soutien de l'utilisateur?</b> .....	<b>16</b>
2.1. <i>la base : un accompagnement social flexible</i> .....	16
2.2. <i>Initier le travail de coordination du réseau de soutien de l'utilisateur</i> .....	16
2.2.1. Accueillir une demande de coordination du réseau de soutien de l'utilisateur .....	17
2.2.2. Être désigné comme coordinateur.trice du réseau de soutien de l'utilisateur .....	17
2.2.3. Préciser les besoins de l'utilisateur et des intervenants de son réseau de soutien .....	17
2.2.4. Aller vers les membres du réseau de soutien de l'utilisateur et s'identifier comme point de contact premier pour les membres du réseau de soutien de l'utilisateur .....	18
2.2.5. Définir un plan d'action et un plan de crise .....	18
2.3. <i>« Faire vivre » la collaboration autour de l'utilisateur</i> .....	19
2.3.1. Faire circuler l'information.....	19
2.3.2. Organiser des lieux d'échange .....	20
2.3.3. Demeurer vigilant, réflexif et proactif tout au long de l'accompagnement .....	20
2.3.4. Assumer une position particulière dans le réseau de soutien de l'utilisateur : centralité et flexibilité.....	21

<b>3. Les complications et tensions du travail de coordination du réseau de soutien de l'utilisateur ...</b>	<b>22</b>
3.1. <i>Les complications liées aux logiques politiques et institutionnelles</i> .....	22
3.1.1. Les limites issues du contexte réglementaire du réseau .....	22
3.1.2. Les limites posées par les institutions partenaires.....	23
3.2. <i>Les complications liées à la dynamique de collaboration au sein du réseau de l'utilisateur</i> .....	23
3.2.1. Des réseaux « essoufflés » ou « dilués » .....	24
3.2.2. La méconnaissance du rôle de coordinateur.trice .....	24
3.3. <i>Les complications liées à l'utilisateur</i> .....	24
3.3.1. Le refus ou l'incapacité à accrocher au réseau .....	24
3.3.2. Les attitudes qui épuisent le réseau.....	25
3.4. <i>les tensions propres à la pratique de coordination</i> .....	26
3.4.1. Pour quel usager la coordination de son réseau est-elle pertinente et nécessaire ? .....	26
3.4.2. L'utilisateur au centre : « faire pour » ou « faire avec » ? .....	26
3.4.3. Le.a coordinateur.trice : organisateur ou accompagnateur ?.....	27
3.4.4. Le.a coordinateur.trice : chef d'orchestre ou facilitateur ? .....	27
3.4.5. Soutenir la famille pour soutenir l'utilisateur ? .....	28
3.4.6. Prendre contact avec les autres intervenants : en cas de nécessité ou dès le début de la prise en charge ? .....	28
3.4.7. Contextes institutionnels : rôle officiel ou par la force des choses ? .....	28
<b>4. Le case-management : un(des) modèle(s) proche(s) des pratiques bruxelloises ?</b> .....	<b>30</b>
4.1. <i>Définition et points communs</i> .....	30
4.1.1. Principes .....	30
4.1.2. Tâches-clefs .....	31
4.2. <i>Modèles et différences</i> .....	32
4.2.1. Les caractéristiques qui différencient les modèles .....	32
4.2.2. Les modèles principaux .....	33
4.3. <i>Qu'en retenir ?</i> .....	34
<b>Conclusions</b> .....	<b>36</b>
<i>Résultats principaux</i> .....	36
<i>Perspectives</i> .....	37
<b>Références</b> .....	<b>39</b>



Ce rapport rend compte des principaux résultats d'une démarche initiée par Rézone<sup>1</sup> et conduite en février 2019 auprès de professionnels bruxellois du champ psycho-médico-social.

Rézone est le Réseau Santé Mentale Bruxelles Sud-Ouest, reconnu comme Réseau Santé par la Commission Communautaire Française (COCOF) et comme antenne locale du Réseau « Psy107 » bruxellois, dans le cadre de la réforme de la psychiatrie. Rézone regroupe plus de 65 services de tous types et s'est donné pour objectif de participer au développement d'une offre de soins et d'accompagnement en santé mentale cohérente et coordonnée, dans la communauté, s'appuyant sur les choix des usagers et visant leur intégration dans la cité.

Pratiquement, Rézone cherche à (1) favoriser l'interconnaissance entre services, (2) développer la collaboration entre services autour de la situation de l'utilisateur, (3) développer l'offre de soins et d'accompagnement, particulièrement en rapport avec l'intégration sociale.

### **ORIGINE DE LA DÉMARCHE**

Le présent travail sur la coordination du réseau de soutien des usagers trouve son origine dans les réflexions du groupe de travail n°2 de Rézone, responsable de développer des projets en rapport avec le deuxième objectif mentionné ci-dessus. Ce groupe de travail s'est notamment penché sur le travail de coordination des différents intervenants et proches autour du projet d'un usager, travail qui lui est apparu crucial dans nombre de situations pour soutenir ces derniers dans la communauté et leur permettre de bénéficier du soutien dont ils ont besoin.

Le constat de départ est le suivant : le travail de coordination du réseau de soutien des usagers est de plus en plus présent, il a prouvé son utilité mais n'est pas toujours reconnu comme tel. A l'heure actuelle, s'il n'est pas pris en charge par l'utilisateur lui-même, ce type de travail est de fait assumé par une grande diversité d'intervenants au sein d'une multitude de services, dont certains seulement ont explicitement cette fonction dans leurs missions. Mais, dans le même temps, ce travail n'est pas suffisamment connu et reconnu comme une part importante de la prise en charge ou comme composante du métier des professionnels qui l'assument, même par leur propre service, ce qui pose parfois problème : assurer la coordination de différents intervenants autour d'un usager nécessite que les intervenants en question reconnaissent le coordinateur dans son rôle. Ce manque de légitimité prive également les coordinateurs d'outils ou d'espaces de réflexion pour élaborer collectivement les particularités de leur métier.

---

<sup>1</sup><https://www.rezone.be>

Pour rendre plus visible et plus légitime cette pratique de coordination et permettre d'en questionner les modalités, le groupe de travail a considéré que la première étape nécessaire était de décrire ce travail, dans toute sa diversité, à partir de l'expérience des intervenants directement impliqués.

### UN OBJECTIF DÉFINITIONNEL

L'objectif de cette démarche, et de ce rapport, est d'identifier et de questionner les caractéristiques principales de la coordination du réseau de soutien des usagers dans le domaine de la santé mentale. Il s'agit de saisir les contours d'une pratique professionnelle émergente pour laquelle il n'existe *a priori* pas de consensus ou de description formelle, en tout cas telle qu'elle se déploie dans le contexte du champ de la santé mentale en Région bruxelloise.

L'enjeu est donc bien prioritairement *définitionnel*, exercice qui ne va pas de soi et dont il nous faut noter d'emblée les limites. Ce rapport et la démarche dans laquelle il s'inscrit ne peuvent véritablement prétendre éclairer que ces dimensions plus explicites en identifiant notamment les *objectifs* et les *pratiques principales* qui permettront de caractériser cette pratique de coordination.

Le travail du/de la coordinateur.trice comporte toutefois, aussi, des dimensions irréductiblement *personnelles* (liées à celui qui la met en œuvre), *interpersonnelles* (liées aux relations dans lesquelles s'engage cette activité) et *locales* (liées au contexte spécifique dans lequel elle se déploie, à la relation, aux caractéristiques de la situation ou, pour ce qui nous concerne ici, au contexte de l'accompagnement). Celles-ci ne sont pas ignorées dans la démarche entreprise ici mais elles ne pourront être approchées ici que de manière générale, notamment en portant notre attention sur les principales *limites* et *complications* qui mettront cette pratique de coordination à l'épreuve dans le cadre d'accompagnements spécifiques.

### COORDINATION DU RÉSEAU DE SOUTIEN D'UN USAGER EN SANTÉ MENTALE

Les termes de coordination et de réseau renvoient à une multitude de choses. Il convient de se doter, à ce stade, de quelques définitions qui nous accompagneront dans la lecture de ce rapport, de manière aussi à mieux préciser ce qui en sera l'objet.

La notion de *réseau*, tout d'abord, doit être précisée et distinguée d'autres qui lui sont proches et avec lesquelles elle est parfois confondue. Dans son acception la plus large, un réseau est un ensemble d'entités en relation les unes avec les autres. Une telle définition permet de décrire de multiples réalités : un réseau informatique (des ordinateurs, mis en relation par des câbles), un réseau ferroviaire (des gares, mises en relations par des voies de chemin de fer), un réseau sanguin, un réseau terroriste, etc.

Dans le domaine qui nous occupe, le terme de réseau peut renvoyer à deux réalités différentes (Cultiaux, 2018) : (1) le réseau personnel des usagers et (2) le réseau interservices (plus ou moins institués).

1. Le réseau personnel est constitué des intervenants et des proches qui soutiennent un usager et des relations de collaboration qu'ils

développent. Dans ce cadre l'objectif commun est l'accompagnement d'un usager en particulier. Sa coordination est qualifiée de travail *de* réseau.

2. Le réseau interservices est quant à lui constitué de divers services de soins et d'accompagnement qui se regroupent pour construire des modalités de prise en charge communes. Dans ce cadre, l'objectif commun est l'amélioration de la prise en charge de tous les usagers, pas d'un usager en particulier. On parlera ici, en matière de coordination, de travail *en* réseau.

Dans ce rapport, nous nous intéresserons exclusivement à la *coordination* de la première forme de réseau décrite ci-dessus, fondée sur la collaboration simultanée ou successive entre intervenants autour d'une situation précise (personne, famille) pour lui élaborer une réponse adéquate. L'enjeu est bien d'identifier les actions qui doivent être délibérément menées par un.e coordinateur.trice pour mobiliser toutes les ressources utiles, qu'elles soient professionnelles ou non (amis, proches, voisins, volontaires, etc.), au bénéfice du projet d'un usager.

Dans notre cadre, par coordination du réseau de soutien de l'usager, nous entendons :

- un travail d'articulation des différentes ressources (professionnelles ou non) d'un usager en particulier
- un travail clinique, qui implique un lien personnel avec l'usager
- une position centrale<sup>2</sup>, qui fait du.de la coordinateur.trice l'interlocuteur premier pour toutes difficultés en rapport avec l'accompagnement de l'usager.

C'est à partir de cette définition de la coordination que les participants aux groupes d'analyse ont été invités à contribuer et à mobiliser leur expérience.

## **UNE MÉTHODE PARTICIPATIVE FONDÉE SUR L'EXPÉRIENCE**

Pour approfondir ces questions, les chercheurs ont privilégié la mise en place d'une démarche essentiellement participative, destinée à soutenir la co-élaboration des observations et de l'analyse. Elle se fonde sur l'expérience de participants qui ont été directement confrontés à une pratique de coordination de réseau en santé mentale sur le territoire de la Région bruxelloise et qui, dans ce cadre, occupaient (et occupent encore pour la plupart) une position centrale dans le réseau d'un usager, tout en demeurant dans une relation d'accompagnement.

---

<sup>2</sup>Par « position centrale » nous faisons référence au fait d'avoir de nombreux contacts avec les autres personnes soutenant un usager. Cela n'implique pas une position d'autorité.

## Animation de deux groupes d'analyse collective



Deux groupes d'une douzaine de professionnels ont été créés en fonction d'un critère de *diversité*. Il importait en effet que la plus grande variété possible d'institutions (voir encadré) et de réalités professionnelles (directions, travailleurs sociaux, médecins, infirmiers, psychologues, etc.) soient représentées dans ces échanges et proviennent de zones géographiques différentes (même si Rézone est actif sur le Sud, des services de toutes les parties de Bruxelles ont été sollicités).

L'animation des groupes s'est inspirée des principes de la *Méthode d'Analyse en Groupe (M.A.G.)* (Van Campenhoudt, Chaumont, Franssen, 2005). La M.A.G. est un outil d'analyse, d'intervention et de formation mis en œuvre dans une perspective concrète de recherche-action, de prise de décision et de formulation de recommandations basées sur l'expérience pratique des acteurs. Elle suppose que l'analyse soit menée *par* un groupe de personnes (les participants) *avec l'aide* des chercheurs : il ne s'agit pas d'une méthode *d'interview de groupe* où diverses personnes sont « mises à la question » par les chercheurs, mais bien d'un travail mené en commun, à partir de la narration de situations concrètes livrées puis analysées par les participants. Les résultats de l'analyse en groupe sont donc le fruit d'un processus progressif de discussion et de production collective de connaissances.

Les participants aux groupes d'analyse étaient issus de :

- 4 services de santé mentale
- 4 services mobiles : équipe mobile 107, soins psychiatriques à domicile (SPAD), équipe mobile issue de services sociaux
- 4 services hospitaliers : hôpital psychiatrique et service psychiatrique en hôpital général
- 2 habitations protégées
- 2 services ambulatoires spécialisés en assuétudes
- 2 maisons médicales
- 2 services de coordination de soins à domicile
- 2 services handicap : équipe mobile et service d'accompagnement
- 4 services précarité : équipe mobile, travailleurs de rue, service logement, maison d'accueil

Ces groupes se sont réunis chacun au cours de deux demi-journées. Durant les premières demi-journées, les participants ont exposé un récit d'une situation concrète qui leur semblait emblématique du travail de coordination du réseau d'un usager. Une première analyse collective s'en est suivie. Une synthèse de ces analyses a été restituée aux participants au début de la seconde demi-journée pour validation et compléments. Il ne s'agissait pas d'arriver à une perspective commune mais de rendre explicite les convergences et divergences interprétatives, de constater les points d'accord mais aussi de « se mettre d'accord sur les désaccords ».

## Restitution et élaboration des perspectives pratiques

Au-delà de ces deux moments d'analyse, deux moments de restitution ont été organisés. Ils avaient pour objectifs de confronter la synthèse réalisée par les chercheurs, d'une part, aux travailleurs qui ont directement contribué à l'analyse et, d'autre part, à un groupe constitué de représentants d'usagers, de familles d'usagers et de pairs-aidants.

Les **groupes d'analyse** ont eu lieu :

- les lundis 4 et 11 février 2019 de 9h30 à 13h pour le premier groupe
- les lundis 18 et 25 février 2019 de 9h30 à 13 h pour le second groupe

Les **réunions de restitution** ont eu lieu :

- Le jeudi 19 septembre 2019 de 14 à 16h pour les participants aux groupes d'analyse
- Le mercredi 25 septembre 2019 de 14 à 16h pour les usagers et proches, dans le cadre d'une réunion du groupe « Interface »

Ces rencontres ont été animées en deux temps. Un premier temps a été consacré à la restitution et à la validation des résultats, sur base de la présentation du rapport intermédiaire. Le second temps de l'animation a consisté à accompagner les groupes de professionnels et d'usagers dans l'élaboration d'une analyse complémentaire et de perspectives pratiques destinées à poursuivre le travail. Ces éléments ont été

intégrés dans cette version finale du rapport.

## CONTENU DU RAPPORT

Le rapport intermédiaire se développera en quatre principales parties, répondant aux différentes questions identifiées dans cette introduction.

- Un premier point approfondira les objectifs de la coordination du réseau de soutien d'un usager en santé mentale et à Bruxelles. *Que permet effectivement le travail de coordination ? De quelle manière soutient-il les usagers, leurs proches et les professionnels ?*
- Le deuxième point traitera plus directement des pratiques de coordination telles que mises en œuvre dans le cadre d'accompagnements réels. *Quelles actions sont attendues de la part d'un.e coordinateur.trice en santé mentale à Bruxelles ? De quelle manière pouvons-nous en déduire un « cahier des charges » ou un « profil de métier » ?*
- Le troisième point s'intéressera plus directement aux difficultés qui s'imposent au travail de coordination. *De quelle manière la coordination du travail de réseau est-elle compliquée dans le contexte de la santé mentale en Région bruxelloise ? A quels niveaux se jouent ces complications ? Quelles tensions peuvent aussi animer la pratique de la coordination ?*

Enfin, le quatrième point sera une revue de littérature centrées sur les modalités de coordination et particulièrement sur le *case management*, qui est susceptible de correspondre aux pratiques décrites par les acteurs bruxellois. La conclusion du rapport pointera les résultats principaux des groupes d'analyse ainsi que quelques pistes d'actions pour soutenir les coordinateur.trice.s bruxellois dans leur travail.

# 1. QUELS OBJECTIFS POUR LE TRAVAIL DE COORDINATION ?

*Le premier point de ce rapport met l'accent sur les objectifs de la coordination du réseau d'un usager en santé mentale. Pourquoi est-il considéré comme utile, voire comme nécessaire, d'investir du temps dans la coordination des réseaux d'usager ? Quels bénéfices en tirent les usagers et les personnes qui les soutiennent ?*

*Deux objectifs principaux sont identifiés dans les récits proposés par les participants lors des groupes d'analyse et ont été confirmés lors des consultations. Ils renvoient au soutien qu'apporte la coordination aux usagers et à leurs proches, d'une part (1.1.) mais aussi aux professionnels psycho-médico-sociaux qui l'entourent, d'autre part (1.2.).*

## 1.1. SOUTENIR DURABLEMENT LA PERSONNE DANS SON PROJET

En premier lieu, les participants aux groupes d'analyse soulignent l'importance de la coordination de réseau dans la mise en œuvre d'un accompagnement global, cohérent et durable au service du projet de l'usager.

### 1.1.1. Permettre à l'usager de vivre une vie satisfaisante dans la communauté

De manière générale et presque paradigmatique, l'action du.e la coordinateur.trice doit offrir la possibilité à l'usager de vivre une vie satisfaisante dans la communauté, en fonction de ses objectifs et de ses envies.

Au fur et à mesure de son accompagnement, le.a coordinateur.trice va soutenir l'usager dans la constitution d'un réseau de soutien qui s'appuiera progressivement plus sur des ressources personnelles (proches, activités sociale, vie associative...) et moins sur des professionnels de la santé mentale ou du social.

Accompagner un usager dans la communauté n'est pas seulement une question de mise en cohérence de ressources autour de lui. Il s'agit aussi de développer une relation qui permette d'identifier chez la personne ce dont elle est capable et de la valoriser sans l'infantiliser. Lors de la rencontre avec les usagers, certains ont parlé d'« accueillir la flamme qui est là » et de la « protéger ». Certains usagers peuvent se retrouver sans « flamme », sans cette force qui pousse en avant. Mais quand cette flamme (ré)apparaît, il faut que l'intervenant, et en l'occurrence ici le.a coordinateur.trice, puisse la voir, la nourrir et la mettre en valeur.

Avec le développement d'un réseau de soutien autour de la personne, la coordination du réseau de soutien du patient ne sera pas toujours nécessaire à long terme. Il arrivera un moment – nous pouvons l'espérer ! – où un fil rouge ne sera plus nécessaire, où les intervenants et l'usager n'auront plus besoin de coordinateur.trice pour assurer la continuité et la cohérence de

l'accompagnement. Ce fil rouge pourra être assumé par le psychiatre, lors de consultations mensuelles, par un proche ou par l'utilisateur lui-même ! Les usagers rencontrés insistent d'ailleurs sur ce point : le.a coordinateur.trice doit avoir conscience que ce rôle ne leur est attribué que de manière provisoire.

En attendant, il ou elle doit en assurer la cohérence dans la durée, palier aux manques du cadre administratif et institutionnel et assurer une place centrale, et aussi active que possible, à l'utilisateur en jouant aussi le rôle de médiateur entre lui et les membres de son réseau.

### 1.1.2. Assurer la cohérence de l'accompagnement

La première raison d'être de la coordination du réseau d'un usager est donc d'assurer la cohérence et la continuité de l'accompagnement de l'utilisateur.

Le.a coordinateur.trice, en raison de la position centrale qu'il occupe dans le réseau et de sa proximité à l'utilisateur, peut tout d'abord identifier les besoins non rencontrés dans l'accompagnement de la personne pour ensuite identifier les intervenants susceptibles de soutenir l'utilisateur en rapport avec les différents aspects de son projet.

Il peut, sur cette base, aider à *articuler* leurs différentes actions et modalités d'accompagnement au bénéfice du projet de l'utilisateur. Il peut aider à préciser le rôle de chacun, identifier des double-emploi éventuels et s'assurer que les actions des uns sont cohérentes avec celles des autres.

Il serait naïf, en effet, d'imaginer que les différentes démarches entreprises par les intervenants ou les différentes recommandations qui s'adressent à l'utilisateur vont être « naturellement » cohérentes entre elles. A bien des égards, le.a coordinateur.trice fait office d'intégrateur de complexité et prend à sa charge la tâche de simplifier ou de simplement donner plus de cohérence à l'ensemble.

Le.a coordinateur.trice contribue ainsi à « éclairer »<sup>3</sup>, à « clarifier », à « démêler » les situations et, en ce sens, favorise la prise en compte de la situation de la personne dans sa complexité et dans sa globalité. Ainsi, un problème de logement, une difficulté liée à une démarche administrative ou encore un problème de garde d'enfant, font partie des difficultés à prendre en considération, au même titre que les symptômes psychiatriques ou la détresse psychologique. Les usagers pointent également le fait qu'assurer la cohérence de l'accompagnement implique d'aplanir des difficultés entre institutions parfois sans liens avec l'utilisateur lui-même.

### 1.1.3. Assurer un accompagnement dans la durée

La coordination est envisagée comme un engagement dans la durée. Le.a coordinateur.trice est attentif.ve à la continuité de la prise en charge, aux changements dans le réseau de l'utilisateur, tels que, par exemple, l'entrée de nouveaux intervenants dans la prise en charge ou les moments de transition dans l'accompagnement.

---

<sup>3</sup>Nous reprenons entre guillemets les citations directement extraites des échanges en groupe.

L'évolution de la situation de la personne est un facteur essentiel que la coordination permet de prendre en considération. L'accompagnement est en effet destiné à permettre à l'utilisateur de dépasser certaines difficultés, rendant moins nécessaire l'implication de certains professionnels mais aussi, le cas échéant, l'identification de nouveaux besoins et intervenants ou d'une nouvelle étape de prise en charge. Il importe de le constater et, sur cette base, de repenser les objectifs et modalités d'action avec l'utilisateur et avec les autres intervenants.

Les moments de transition sont particulièrement importants à soigner, comme lorsque l'utilisateur arrive au terme d'une prise en charge, d'un projet ou encore d'une hospitalisation. Garder le lien, même en cas d'hospitalisation, semble être un élément clef de ce type d'accompagnement pour garder « une vision plus à long terme du suivi de l'utilisateur ».

De plus, être présent dans la durée permet d'avoir l'historique en tête et ne pas obliger l'utilisateur à toujours répéter son histoire. Cela permet de ne pas refaire des choses qui ont déjà été faites ou qui n'ont pas marché.

#### 1.1.4. Conserver une place centrale à l'utilisateur et à son projet

Lorsque l'utilisateur n'est pas lui-même en position de coordonner son réseau, le.a coordinateur.trice veille à lui conserver une place centrale. Il tâche de rester au plus près de ses besoins, de ses demandes et de son projet.

Autant que possible, il.elle ne pose aucun acte sans l'assentiment de l'utilisateur car s'il prend des initiatives individuelles, il court de toute façon le risque de dégrader la relation de confiance ou que l'utilisateur ne le suive pas et mette ses initiatives en échec. Il doit trouver l'équilibre délicat entre soulager l'utilisateur du travail de coordination de son réseau et lui laisser progressivement la marge de manœuvre nécessaire pour gagner en autonomie.

Le.a coordinateur.trice soutient l'utilisateur pour qu'il puisse faire ses propres choix et se positionner personnellement par rapport à ce qu'il attend des différents intervenants de son réseau. A cet égard, le rôle du coordinateur.trice est également de fournir toutes les informations dont l'utilisateur a besoin pour prendre des décisions pour lui-même. Lors de la rencontre avec les usagers et proches, les participants ont considéré que le.la coordinateur.trice pouvait également avoir un rôle de psycho-éducation afin de soutenir l'utilisateur dans la gestion de ses troubles.

Toujours dans cette perspective de respecter les choix des usagers, le.la coordinateur.trice doit aussi faire en sorte que le réseau ne s'engouffre pas dans une solution toute faite, axée sur l'identification de problèmes du point de vue professionnel. Ce faisant, il aide l'utilisateur à « trouver sa place dans son réseau ».

Cette attention à la centralité des besoins de la personne peut aussi conduire le.a coordinateur.trice à soutenir la personne dans son souhait de « garder ses distances avec le réseau ». La collaboration entre intervenants peut aussi céder

à la routine et perdre en vitalité<sup>4</sup>. L'utilisateur peut aussi ressentir l'organisation des intervenants autour de lui comme source de pression plus que de soutien. L'utilisateur au centre implique donc que ce soit l'utilisateur qui « vienne vers le réseau lorsqu'il en a besoin », « parce que cela lui convient mieux », « parce que cela respecte sa manière de fonctionner » et, finalement, « parce que ce n'est pas le coordinateur ou n'importe quel professionnel qui est au cœur du réseau, mais l'utilisateur ! ».

La centralité de l'utilisateur est un principe auquel tiennent beaucoup d'intervenants et d'utilisateurs. Il reste que dans la pratique ce n'est pas si facile à mettre en œuvre<sup>5</sup>. La mobilisation et l'implication de l'utilisateur montre parfois leurs limites. Tout d'abord, il n'est pas toujours simple pour le professionnel de prendre distance par rapport à ses propres objectifs et de ne pas les imposer à l'utilisateur, même inconsciemment. Comment s'assurer de coller toujours le plus possible aux objectifs et au projet de la personne ? Comment ne pas amener la personne à embrasser le discours de la médecine à son propos mais l'aider à garder un discours propre, personnel à propos de sa situation ? Comment éviter une vision linéaire de la trajectoire de l'utilisateur ? Ou une vision suppressive du symptôme ? Comment prendre en compte les liens de la personne et ne pas la couper de ses ressources ? Ces questions sont autant de défis quotidiens pour le coordinateur.

Ensuite, les situations de crise qui peuvent survenir dans le fil de l'accompagnement confrontent directement le coordinateur à la nécessité de reprendre l'initiative, d'évaluer dans quelle mesure certaines décisions peuvent et parfois doivent être prises par un professionnel, par un proche, ou par le coordinateur lui-même.

Le travail de coordination demeure cependant essentiel dans ce cas de figure également, en s'assurant, d'une part, du respect de ce besoin de distance, mais aussi, d'autre part, en s'assurant que, en dépit de ce besoin de prise de recul, de l'aide et du soutien demeurent disponibles pour la personne ».

#### 1.1.5. Assurer un rôle de médiation entre l'utilisateur et les membres de son réseau

Coordonner le réseau d'un utilisateur implique aussi souvent d'assumer un rôle de médiation entre l'utilisateur et les membres de son réseau. En accompagnant l'utilisateur dans ses démarches, le coordinateur l'aide à « faire lien » avec les professionnels et les non-professionnels qui le soutiennent et à mieux identifier le rôle de chacun.

Cela peut être d'autant plus nécessaire que certains utilisateurs ont des histoires compliquées avec les institutions, générant appréhensions et difficultés

---

<sup>4</sup>Ce risque de « totalisation » du réseau est documenté dans plusieurs observations : Bartholomé, 2008 ; Fastres, 2009 ; Cultiaux, 2018

<sup>5</sup>Voir aussi, dans ce rapport : Point 3, « Les tensions et complications du travail de coordination »

relationnelles. Au cours de leurs parcours, ils peuvent avoir eu l'impression de ne pas être écoutés ou pris en compte, parfois d'avoir été contraints. Certains peuvent avoir été exclus d'une institution (ou pas acceptés) sans avoir compris pourquoi. Autant d'évènements qui peuvent avoir érodé la confiance de ces usagers vis-à-vis des services. Par ailleurs, certains usagers ne rentrent pas dans les « cases institutionnelles classiques ». L'intervention du.e la coordinateur.trice peut rendre la situation de certains usagers plus lisible aux professionnels et institutions qui n'ont pas nécessairement une « vue d'ensemble de la situation de la personne » et l'utilisateur concerné peut ainsi espérer éviter de se voir adressé indéfiniment de service en service.

## 1.2. SOUTENIR LES MEMBRES DU RÉSEAU DANS LEUR ACCOMPAGNEMENT

La coordination du réseau de soutien d'un usager en santé mentale fournit également un support aux membres du réseau de soutien, aux professionnels et non-professionnels impliqués dans son accompagnement et identifiés comme ressources dans le réseau.

### 1.2.1. Rompre l'isolement des membres du réseau de soutien face à la situation de la personne

Plusieurs situations examinées dans les groupes d'analyse montrent combien le besoin d'une coordination se manifeste souvent lorsqu'un professionnel ou un proche est confronté aux limites de l'accompagnement qu'il peut offrir. Qu'il s'agisse d'un médecin en difficulté pour garantir la prise régulière de la médication, d'un assistant social, d'un logement social débordé par le comportement d'une personne en situation de crise, ou d'un proche épuisé d'assurer lui-même la coordination de l'accompagnement, tous ont en commun le besoin de « passer la main » et de s'appuyer sur d'autres ressources.

« A minima, la coordination permet aux membres du réseau de partager leurs inquiétudes » et de « se soulager les uns les autres ». En faisant circuler l'information, en suscitant des échanges entre professionnels, en identifiant des partenaires potentiels, ou en convoquant des rencontres, le.e coordinateur.trice contribue donc à rompre l'isolement des professionnels et des non-professionnels membres du réseau, à prévenir le risque d'un essoufflement prématuré des professionnels et des non-professionnels<sup>6</sup>.

Même si, dans certains cas, les professionnels ne se rencontrent pas ou peu entre eux ou avec les proches de l'utilisateur, le.e coordinateur.trice leur donne accès à d'autres ressources et à d'autres compétences qui offrent à la fois un support objectif mais aussi une possibilité de recul sur les situations.

Dans ce souci de cohésion entre les membres de l'entourage de la personne, le.e la coordinateur.trice peut jouer un rôle actif dans l'intégration des membres de la famille au processus d'accompagnement de l'utilisateur. Il.elle peut les orienter vers des initiatives psycho-éducatives, les aider à trouver les

---

<sup>6</sup>Nous revenons sur cette question dans le Point 3.3.

informations nécessaires pour mieux comprendre les troubles de leur proche ou l'accompagnement dont il bénéficie.

### 1.2.2. Anticiper et lever les malentendus

Tout accompagnement est par essence complexe. Il exige d'articuler des problématiques, des regards et des interventions de natures différentes. Les acteurs impliqués s'y expriment au départ de leurs compétences et de points de vue (personnels ou institutionnels) qui ne convergent pas nécessairement.

Les malentendus ne sont donc pas exceptionnels. Certains surgissent « *dans le feu de l'action* » ou parce que « *certaines questions nécessitent d'être clarifiées* ». Ils sont inévitables et font partie de toute démarche collective (Van Campenhoudt, 2014). Toutefois, s'ils s'installent dans la durée, ils peuvent être dommageables pour la collaboration. Ils risquent de porter atteinte à la confiance ou au besoin de reconnaissance d'autres partenaires ou de l'usager lui-même.

En faisant lien entre partenaires du réseau, le travail du/de la coordinateur.trice permet aussi d'anticiper ou de lever certains malentendus évitables ou, lorsque ceux-ci surviennent, permet un dialogue constructif entre professionnels.

## 2. QUELLES PRATIQUES DE COORDINATION DU RÉSEAU DE SOUTIEN DE L'USAGER?

*Le deuxième point de ce rapport met en évidence les principales pratiques à partir desquelles le.a coordinateur.trice va œuvrer à la rencontre des objectifs identifiés. Ces actions de coordination peuvent être organisées autour de trois moments clés : la mise sur pied d'un accompagnement indépendamment de la coordination (2.1.), la mise en œuvre de ce qui est nécessaire pour initier (ou redynamiser) la collaboration autour de l'utilisateur et définir le modèle de coordination dans lequel s'inscrit l'utilisateur(2.2.) et la mise en œuvre de ce qui est nécessaire à faire vivre durablement cette collaboration (2.3.).*

### 2.1. LA BASE : UN ACCOMPAGNEMENT SOCIAL FLEXIBLE

La première dimension du travail habituellement assumé par un.e coordinateur.trice n'est paradoxalement pas du travail de coordination proprement dit. Une dimension plus directement relationnelle est à l'œuvre dès les premiers moments, comme acte fondateur, même dans le travail de services dont les missions sont directement orientées vers la coordination, par exemple les services de coordination de soins à domicile. Il s'agit, pour l'essentiel, d'accueillir une demande généraliste et de mettre sur pied un accompagnement qui pourra aboutir, dans une seconde étape seulement, à un travail d'organisation de la collaboration entre les intervenants concernés, mais pas nécessairement. Ce n'est qu'à cette seconde étape que l'intervenant concerné deviendra véritablement coordinateur.trice, pour cet usager.

Une part importante du travail du.de la coordinateur.trice (qu'il coordonne effectivement le réseau de soutien de l'utilisateur ou non) est un accompagnement flexible, au plus proche des besoins de l'utilisateur. Il s'agit de soutenir l'utilisateur pour l'aider à préciser ses objectifs et à analyser des situations problématiques passées pour envisager le futur. Son rôle peut être d'envisager certaines situations délicates (crise, stress) avec l'utilisateur afin de préparer à l'avance les réactions adéquates, comment cela devrait se passer, du point de vue de l'utilisateur.

Le.a coordinateur.trice peut aussi aider l'utilisateur à prendre des contacts, à donner des coups de fil, le soutenir dans des démarches vis-à-vis d'autres services qui prennent du temps et qui nécessitent un suivi dans la durée. Tout ce travail implique souvent de prendre contact avec d'autres intervenants, mais pas nécessairement de coordonner l'action de ces intervenants.

### 2.2. INITIER LE TRAVAIL DE COORDINATION DU RÉSEAU DE SOUTIEN DE L'USAGER

Lorsque le besoin est identifié, l'étape suivante du travail de coordination consiste donc à initier (ou à redynamiser) la collaboration autour du projet de l'utilisateur. Elle se traduit concrètement par l'analyse des besoins de l'utilisateur en

rapport avec son réseau de soutien, par la collecte proactive d'informations auprès des autres intervenants, par la mobilisation de nouveaux intervenants si nécessaire et par la reconnaissance du rôle du.e la coordinateur.trice, pour aboutir à une définition d'objectifs partagés et de modalités d'action communes.

### 2.2.1. Accueillir une demande de coordination du réseau de soutien de l'utilisateur

Plusieurs récits proposés par les groupes d'analyse font état de demandes explicites de coordination adressées au.e la coordinateur.trice par l'utilisateur, par un proche ou par un autre professionnel. D'autres demandes sont plus implicites et sont en quelque sorte *saisies* par le.e la coordinateur.trice suite au constat de problèmes dans l'accompagnement auquel il participait préalablement en tant qu'intervenant psycho-social.

Ce qui justifie la demande initiale est souvent une difficulté dans le réseau de soutien de l'utilisateur : un manque de ressources, une difficulté à articuler différentes exigences, un intervenant qui se sent « bloqué » ou débordé par la situation, un désaccord entre intervenants ou une incertitude sur les orientations que doit prendre l'accompagnement. Pratiquement, les choses se cristallisent souvent autour d'un événement ou d'une situation qui alerte un intervenant, qui génère le besoin de se parler, de se coordonner avec les autres intervenants accompagnant cet utilisateur.

### 2.2.2. Être désigné comme coordinateur.trice du réseau de soutien de l'utilisateur

La fonction n'étant souvent pas officielle, les processus par lesquels un intervenant est « désigné » coordinateur.trice ne le sont pas non plus. Si le service auquel on s'adresse a placé la coordination du réseau au centre de son action, le processus est plus explicite, mais sinon, il sera désigné par l'utilisateur ou par les circonstances de manière beaucoup plus informelle.

Le.e la coordinateur.trice peut ainsi être désigné par l'utilisateur lui-même, être celui avec lequel il a le meilleur contact ou être la personne qui le connaît le mieux, par exemple parce qu'elle l'accompagne depuis longtemps ou parce qu'elle a des contacts plus réguliers avec lui. La personne qui prend l'initiative de s'adresser aux autres intervenants qui soutiennent un utilisateur peut parfois devenir de facto le.e la coordinateur.trice de par l'initiative qu'il a prise vis-à-vis d'eux.

### 2.2.3. Préciser les besoins de l'utilisateur et des intervenants de son réseau de soutien

L'accompagnement offert par le.e la coordinateur.trice prend sens au départ des besoins de l'utilisateur et de ceux qui le soutiennent, qu'ils soient professionnels ou non. Le.e la coordinateur.trice devra commencer par établir un état des lieux de la situation et des besoins. Il s'adressera pour ce faire directement à l'utilisateur, à ses proches et aux intervenants déjà impliqués dans l'accompagnement de l'utilisateur. C'est une démarche proactive, chronophage mais indispensable pour démarrer une collaboration.

Les informations que le.a coordinateur.trice va chercher à obtenir concerneront d'abord *l'utilisateur lui-même* : quelle est sa demande ? Quelles sont ses ressources ? Quelle est sa situation actuelle et quel a été son parcours jusqu'ici ? etc. Il s'intéressera aussi *au réseau de soutien de l'utilisateur* : Qui sont ceux qui entourent ou accompagnent effectivement la personne ? Quels sont leurs mandats ? Leurs ressources et leurs limites ? Comment se déroule l'accompagnement de leur point de vue ? Quel est la nature de leur relation avec l'utilisateur ? A-t-il des relations privilégiées avec certains d'entre eux ? Son réseau de soutien couvre-t-il effectivement tous les besoins identifiés ?

Sur ce dernier point, dans un certain nombre de situations, le réseau de soutien des usagers est tellement peu développé que le travail du.de la coordinateur.trice consiste surtout à identifier et mobiliser de nouveaux intervenants pour faire face à des besoins non rencontrés.

#### 2.2.4. Aller vers les membres du réseau de soutien de l'utilisateur et s'identifier comme point de contact premier pour les membres du réseau de soutien de l'utilisateur

Cette élaboration progressive des besoins passe souvent, dans un premier temps, par de multiples prises de contact bilatérales, (parfois) préalables à une rencontre plus collective (idéalement avec la personne). C'est au cours de cette démarche initiale que le.a coordinateur.trice s'identifie aussi en tant que tel auprès des partenaires du réseau et s'attache à être reconnu par eux (ou, dans certains cas, à identifier un.e autre coordinateur.trice qui puisse l'être).

En retour, le.a coordinateur.trice se met en position de recevoir tout type de demande concernant l'utilisateur dont il coordonne le réseau (« il n'y a pas de demande mal adressée »), quitte à la faire suivre à un autre intervenant.

Dès cette étape, le.a coordinateur.trice se positionne donc comme un point de contact central dont la fonction première sera d'ordonner et de simplifier la communication dans le réseau de soutien de l'utilisateur en offrant un lieu où les intervenants, l'utilisateur et ses proches peuvent adresser leurs questions et préoccupations.

#### 2.2.5. Définir un plan d'action et un plan de crise

C'est grâce à cette analyse des besoins, aux démarches qui l'ont nourrie et depuis cette position particulière dans le réseau de soutien de l'utilisateur que le.a coordinateur.trice va tâcher de faire émerger un « plan d'action », c'est-à-dire, « des objectifs partagés » (par ex. éviter l'hospitalisation de l'utilisateur, l'aider à trouver un logement...), « des modalités de travail en commun » (à travers l'établissement d'habitudes de collaboration), une « répartition des rôles » (notamment par la mise en place d'une organisation du travail entre intervenants qui « évite les doublons et les recouvrements ») et, si possible, une première planification des activités (c'est-à-dire aussi, l'établissement de priorités).

Dans cet exercice, et dès cette étape d'initiation du travail de collaboration, le.a coordinateur.trice tente de créer des ponts entre des cultures différentes (ambulatoire / hospitalisé, enfant / adulte...) et de faciliter des arbitrages entre

des positions contraires et légitimes, de manière à déjà prévenir les malentendus évitables.

Il peut aussi, dès cette étape fondatrice, anticiper les modalités d'action en situation de crise (un « plan de crise »), moment qui requiert une action du réseau pour soutenir l'utilisateur, mais au cours duquel ce dernier perd aussi temporairement sa capacité d'initiative ou de validation des décisions qui sont prises à ce sujet. Anticiper ces situations avec lui à travers un tel outil, prévoir ce qu'il privilégierait dans ce cas et s'assurer de la disponibilité des informations nécessaires permet de lui conserver, même dans ces moments particuliers, une position centrale.

### **2.3. « FAIRE VIVRE » LA COLLABORATION AUTOUR DE L'USAGER**

Le travail de coordination ne consiste pas seulement à initier une collaboration entre partenaires au départ d'une définition initiale des besoins de l'utilisateur et des intervenants. Il doit aussi, au quotidien, s'employer à « faire vivre le réseau ». Dans le cas contraire, nous l'avons dit, celui-ci pourrait tomber dans la routine, se satisfaire de « réponses toutes faites », voire céder à une absence de remise en question des objectifs et des pratiques de réseau au risque de perdre le contact avec la réalité de l'utilisateur ou de lui imposer ses solutions.

#### **2.3.1. Faire circuler l'information**

« Faire vivre le réseau » autour de la situation d'un utilisateur consiste, en premier lieu, à faire circuler l'information auprès des intervenants et de l'utilisateur et à adapter, au fur et à mesure, le rôle de chacun dans l'accompagnement. C'est, en effet, le partage de cette information et cette mise en cohérence constante des actions de chacun qui met véritablement les professionnels en lien.

Le secret professionnel est un point de repère important qui encadre l'échange d'information. Le partage du secret, tel que défini par la jurisprudence, nécessite de répondre à plusieurs critères, de manière cumulative : (1) être tous soumis au secret professionnel, (2) avoir les mêmes objectifs de prise en charge, (3) ne partager que les informations nécessaires à la prise en charge (4) et, bien entendu, avoir l'accord de l'utilisateur (Ligue des Droits Humains, 2016) Si ces critères donnent des points de repère, une réflexion au cas par cas sur ce qui peut ou non être transmis et sur la manière d'impliquer l'utilisateur est nécessaire.

Pratiquement, le coordinateur va utiliser une variété de moyens pour organiser la circulation d'information et la cohérence de la prise en charge, tout en tenant compte des contraintes des différents intervenants en matière de disponibilité : le recours aux courriels ou à des échanges téléphoniques, la tenue de rencontres bilatérales ou la mise en présence des intervenants directement concernés par telle ou telle question.

En situation de crise, disposer d'un outil pour faciliter la circulation de l'information semble d'autant plus crucial que certaines informations, sur les modalités d'action en cas de crise notamment, doivent pouvoir être disponibles

et pas seulement au.à la coordinateur.trice. Les usagers, autant que les proches ont confirmé cette nécessité lors de la rencontre. Une personne a par exemple mentionné le fait qu'en cas de crise, il est fort probable qu'elle ne fasse pas appel à son.sa coordinateur.trice, rendant indispensable un plan de crise construit au préalable avec elle.

Une combinaison de ces différentes modalités demeure le plus probable, mais dans tous les cas, qu'il s'agisse pour les intervenants de se rencontrer effectivement ou par l'intermédiaire du.de la coordinateur.trice, l'essentiel est de passer de relations strictement bilatérales au cours desquelles « tout le monde fait part au.à la coordinateur.trice de ses angoisses et de ses problèmes », à la mise en place d'une transversalité effective à travers laquelle on se parle et on s'adresse les questions et besoins, tout en étant assuré de la cohérence des actions entre elles.

### 2.3.2. Organiser des lieux d'échange

Pour organiser la circulation d'information et la cohérence de la prise en charge, le.a coordinateur.trice peut également créer et faire vivre des espaces d'échange, « un lieu autour de la personne pour la soutenir et pour aider les professionnels ». Ce « lieu » peut être matérialisé par la réunion physique des intervenants, des proches et de l'utilisateur. Ceci apparaît être la modalité privilégiée par les participants aux groupes d'analyse.

Un outil en particulier est susceptible d'être mobilisé par les intervenants : la concertation clinique. Il s'agit d'une rencontre ponctuelle rassemblant les intervenants et proches souhaités par l'utilisateur pour clarifier et le projet de l'utilisateur et le rôle de chaque intervenant en rapport avec celui-ci. La particularité de ce dispositif est qu'il est animé par une personne neutre, qui n'est pas en relation clinique avec l'utilisateur, et que l'utilisateur est systématiquement présent aux rencontres.

Le.a coordinateur.trice peut toutefois organiser des rencontres de manière moins formelle et moins systématique, avec ou sans l'utilisateur, en fonction des nécessités. La concertation clinique est plus souvent utilisée dans des moments de transition ou des moments où le réseau de l'utilisateur est fragilisé. « La plupart du temps, dans mon travail, je contacte d'autres intervenants avec l'utilisateur, on peut se mettre autour d'une table si nécessaire. Mais, quand il y a des soucis dans le réseau, là je prends contact avec quelqu'un de neutre, qui organise la concertation ».

### 2.3.3. Demeurer vigilant, réflexif et proactif tout au long de l'accompagnement

Le.a coordinateur.trice doit aussi s'assurer de l'actualisation de l'information dont il dispose à propos des rôles des intervenants et de leurs difficultés éventuelles, mais aussi à propos de l'utilisateur et de ses objectifs. Une écoute vigilante et critique maintenue tout au long du projet, concourt à une évaluation continue du réseau et participe de « la fonction préventive de la coordination ».

Les questions identifiées pour la phase initiale de mobilisation des intervenants qui soutiennent l'utilisateur doivent être, de fait, posées de manière régulière par le.a coordinateur.trice au travers d'une relation continue avec chacun. Cette

démarche doit permettre de prendre la mesure des évolutions de la personne (où en sont ses besoins ?), de l'accompagnement proposé par les intervenants (où en sont leurs interventions ? Quelles réussites peut-on saluer ? A quels obstacles se confrontent-ils ?) et du réseau de soutien lui-même (le modèle d'accompagnement est-il toujours pertinent ?), par exemple, lorsque de nouveaux intervenants sont impliqués ou lorsque certaines prises en charge arrivent à leur terme (Bartholome, 2008).

Cette attention continue permet aussi de constater, de soutenir et de prendre appui sur les évolutions de l'utilisateur tout en permettant d'intervenir rapidement lorsqu'il est en difficulté.

#### 2.3.4. Assumer une position particulière dans le réseau de soutien de l'utilisateur : centralité et flexibilité.

En étant généralement « à l'initiative » et proactif dans ses relations avec les intervenants et avec l'utilisateur, le coordinateur occupe *de facto* une place « à part » dans le réseau de soutien de l'utilisateur. Par définition, il est celui dont on attend qu'il « impulse » et « dynamise » la collaboration.

En cas de problèmes, c'est généralement vers lui que les intervenants se tournent et à lui que les membres du réseau de soutien de l'utilisateur adressent leurs sollicitations. Pour y répondre, il doit parfois se montrer créatif, assumer des démarches qui ne sont portées par personne d'autre, soutenir lui-même l'action d'un partenaire et, au besoin, « *sortir du cadre pour trouver des solutions inédites* ». D'ailleurs, « *sortir du cadre, c'est peut-être son véritable cadre de travail.* ».

La véritable spécificité du travail de coordination vient peut-être de là : la possibilité de faire tout ce qui est nécessaire et de ne pas être tenu par un cadre restrictif. Même si sa mission n'est pas de tout faire et de se substituer aux intervenants, il doit pouvoir offrir une large palette d'interventions si nécessaire.

### 3. LES COMPLICATIONS ET TENSIONS DU TRAVAIL DE COORDINATION DU RÉSEAU DE SOUTIEN DE L'USAGER

*Les deux premiers points définissent la coordination en fonction de ses objectifs et de pratiques typiques destinées à assurer la rencontre de ces objectifs. Pour autant, chaque situation d'accompagnement est spécifique et porteuse de ses propres complications qui, en se cumulant ou en raison de leur nature, peuvent aller jusqu'à empêcher le travail du coordinateur ou l'existence même d'un réseau de soutien autour de l'utilisateur.*

*Les analyses en groupe ont mis en évidence quatre principales sources de complications qui renvoient successivement : aux logiques institutionnelles qui pèsent sur les personnes ou sur les professionnels du réseau (3.1.), à la dynamique de collaboration elle-même (3.2.) ou aux limites liées à la situation ou à l'attitude des usagers et de leurs proches (3.3.). Un certain nombre de tensions viennent également caractériser la pratique de coordination et compliquer sa définition (3.4.)*

#### 3.1. LES COMPLICATIONS LIÉES AUX LOGIQUES POLITIQUES ET INSTITUTIONNELLES

Le premier nœud de complications mis en évidence dans les analyses concerne les contraintes qui pèsent *de l'extérieur* sur la collaboration entre les intervenants qui accompagnent un usager. Le champ de la santé mentale à Bruxelles s'inscrit, en effet, dans un contexte particulier que borne, d'une part, le cadre réglementaire et politique et d'autre part, les réalités propres à chaque institution dont sont issus les intervenants impliqués dans l'accompagnement d'un usager.

##### 3.1.1. Les limites issues du contexte réglementaire du réseau

L'accompagnement des usagers et la collaboration entre intervenants sont balisés par des lois, des décrets et des règlements et par le contexte institutionnel, qui ne concernent pas seulement le champ de la santé mentale mais s'imposeront néanmoins à lui. Comme nous l'avons dit, la superposition de ces réglementations et leur déclinaison institutionnelle constituent un cadre d'action dont la cohérence n'est pas d'emblée donnée. Les participants aux groupes d'analyse et aux restitutions constatent ainsi la prévalence de certaines dispositions par rapport aux enjeux de santé mentale ou, plus simplement des contradictions qui les empêchent parfois de développer ou de garantir la pérennité de l'accompagnement.

Les récits et analyses pointent les dispositions légales qui fragilisent ce qui peut être construit avec l'utilisateur. Un des récits illustre, par exemple, les difficultés liées à l'accompagnement de personnes d'origine étrangère non-régularisées. Un accompagnement est bien évidemment possible et avait d'ailleurs été

organisé mais, dans les faits, « *ça tourne en rond du fait de leur situation* » : difficile de trouver un logement ou d'envisager un suivi à moyen terme des difficultés de l'utilisateur, puisque « tout peut s'arrêter du jour au lendemain par suite du refus de leur titre de séjour ». Dans un autre récit, ce sont les mesures prises par le Tribunal de la Jeunesse qui mettent à mal le travail de constitution d'un réseau de soutien élaboré pour une mère et son enfant.

### 3.1.2. Les limites posées par les institutions partenaires

A une autre échelle, mais avec des conséquences comparables, les institutions dont sont issus les intervenants font aussi peser des contraintes parfois fortes sur eux et, à travers eux, sur l'ensemble des intervenants qui collaborent au réseau de soutien de l'utilisateur.

La définition du périmètre d'action dont se dote nécessairement toute institution est un exemple classique de ce type de limites. Cela peut avoir des conséquences négatives pour la coordination et pour l'accompagnement lorsque les moyens qu'elle met à disposition sont limités, par exemple le nombre de places ou lorsque, par exemple, elle envisage le suivi uniquement dans le cadre d'une prise en charge spécifique mais ne propose pas de procédures de « passage de relais » vers un.e autre coordinateur.trice ou vers d'autres acteurs externes.

Des « différences de cultures professionnelles » ont aussi été identifiées comme problématiques, d'ailleurs aussi bien entre institutions qu'entre départements d'une même organisation. Elles viennent compliquer l'échange entre professionnels, la définition d'objectifs partagés ou de modalités d'action. Dans plusieurs situations, une institution ne reconnaît simplement pas la participation au réseau d'un de ses membres comme faisant partie intégrante du descriptif de fonction du professionnel. Si le professionnel décide malgré tout d'y participer, « c'est en prenant sur son temps ou sur d'autres choses », créant une instabilité de fait.

Dans d'autres situations encore, c'est la définition donnée de la collaboration qui diverge pouvant, dans certains cas extrêmes, s'assimiler à « une simple réunion de personnes autour d'une table » ou « au fait de déléguer à d'autres ce qu'on n'a pas envie de faire soi-même ». A nouveau, le professionnel qui souhaite s'impliquer peut être pris en porte-à-faux dans une situation nécessairement pénible et peu tenable à long terme.

Enfin, si ces difficultés peuvent être structurelles, il se peut également que des institutions traversent des circonstances particulières qui les empêchent de soutenir la participation d'un de leurs travailleurs à un travail de collaboration autour d'un utilisateur.

## 3.2. LES COMPLICATIONS LIÉES À LA DYNAMIQUE DE COLLABORATION AU SEIN DU RÉSEAU DE SOUTIEN DE L'USAGER

Indépendamment de la dynamique institutionnelle et du cadre réglementaire qui pèsent sur chaque intervenant, la dynamique même de collaboration qui s'installe entre les intervenants qui soutiennent un utilisateur peut aussi être

porteuse de difficultés spécifiques, notamment parce que le réseau s'essouffle ou parce que la coordination n'est pas assez clairement identifiée.

### 3.2.1. Des réseaux « essoufflés » ou « dilués »

Si une collaboration durable peut favoriser la coopération entre participants, le temps peut aussi intervenir de manière plus négative sur la dynamique même du réseau.

Les participants aux groupes d'analyse témoignent de situations dans lesquelles les réseaux apparaissent « essoufflés ». Les intervenants, parce qu'ils ont peut-être connu trop d'impasses, trop de contraintes externes ou, comme nous le verrons, trop de difficultés avec l'utilisateur, se démobilisent pour investir d'autres projets. Le réseau s'en trouve déformé, trop étiré que pour assurer un accompagnement de qualité.

A l'inverse, dans certains cas, un réseau de soutien composé d'un grand nombre d'acteurs peut provoquer une dilution de responsabilités. Les intervenants sont trop nombreux, le partage des tâches et au final, « tout le monde pense que quelqu'un d'autre finira par prendre telle ou telle action en charge. »

### 3.2.2. La méconnaissance du rôle de coordinateur.trice

Autre difficulté potentielle : un.e coordinateur.trice dont le rôle et la position ne sont pas claires pour les autres intervenants peut également créer des difficultés. Le.a coordinateur.trice peut se retrouver à la marge du réseau et ne pas avoir accès aux informations dont il a besoin pour exercer sa fonction ou à l'inverse, il peut être sur-investi, sur-sollicité (« il doit répondre à tout », « il est mis dans une posture de sauveur »).

Les échanges en groupe de travail et en restitution ont laissé apparaître une cause possible de cette confusion autour de la fonction de coordinateur.trice. Elle tient à la polysémie de ce terme, à la multiplicité des pratiques auxquelles il renvoie. « On parle de coordinateur pour toutes sortes de choses. Ça désigne des activités différentes dans des contextes différents mais même parfois dans le champ de la santé mentale (...). A la fin, c'est peut-être normal qu'il y ait confusion ».

## 3.3. LES COMPLICATIONS LIÉES A L'USAGER

Un certain nombre de complications sont également liées aux réalités des usagers pour qui la collaboration entre intervenants s'est élaborée. Là encore, les cas de figure illustrés dans les récits et les analyses en groupe sont nombreux.

### 3.3.1. Le refus ou l'incapacité à accrocher au réseau

Il arrive que l'utilisateur refuse la prise en charge qui lui est proposée en ce compris le travail de coordination des différents intervenants autour de lui. Se

pose alors la question de « l'accrochage » des usagers au travail qui leur est proposé et, en retour, des limites que doivent s'imposer les professionnels dans leur souci d'implication des usagers. De fait, « la personne rentre dans le réseau avec son histoire » et celle-ci peut parfois abriter un passif de violences institutionnelles. S'opposer au travail de collaboration entre intervenants ou éprouver des difficultés à s'inscrire dans une relation de confiance avec des professionnels s'explique parfaitement

Dans d'autres situations, les intervenants sont confrontés à l'incapacité de l'utilisateur à adhérer (ou à s'opposer) aux propositions d'accompagnement qui lui sont adressées. Ainsi, dans une situation rapportée au sein d'un des groupes, une participante fait état d'une situation dans laquelle « tout avait été travaillé et décidé avec la personne » qui « du fait de son alzheimer, ne se souvenait plus de rien au moment de démarrer l'accompagnement », ne reconnaissant plus même la coordinatrice.

S'ils sont souvent une ressource, les proches de l'utilisateur peuvent aussi, pour différentes raisons, faire barrage à la collaboration entre intervenants. Dans certaines situations examinées, ce sont eux qui refusent certaines prises en charge ou la mise en place d'un réseau de soutien coordonné autour de l'utilisateur. La difficulté dans ce cadre est de savoir si cette personne se fait légitimement la porte-parole de l'utilisateur ou si elle exerce sur lui une influence. Dans tous les cas, ce type de refus met généralement à mal la dynamique de collaboration sans offrir beaucoup de possibilités au coordinateur.trice.

### 3.3.2. Les attitudes qui épuisent le réseau

A un autre niveau, c'est parfois l'attitude de certains usagers, pourtant déjà impliqués dans un accompagnement ou demandeurs d'un travail en réseau, qui éprouve les professionnels.

Sur un mode mineur, certains professionnels regrettent une participation irrégulière de l'utilisateur, ou sa passivité lorsqu'il est attendu d'eux qu'ils s'impliquent ou qu'ils prennent position. A nouveau, cette attitude peut aussi être interprétée, par d'autres professionnels, comme une tentative légitime de l'utilisateur « de prendre le pouvoir sur le réseau » ou « d'adresser un message ». L'essentiel, pour eux, serait alors de « maintenir un réseau même si la personne n'y est qu'irrégulièrement impliquée », de « prendre acte de la volonté de la personne » et dans tous les cas, d'éviter les situations où l'organisation de la collaboration autour de lui « échappe à la personne ». Il en est de même pour les bénéficiaires qui peinent à « garder leur place » et veulent jouer jeu égal avec les professionnels qui composent son réseau : « ça peut aussi être l'occasion d'un travail ».

La situation est, par contre, plus unanimement présentée comme problématique lorsque cette attitude finit par user ou par épuiser les intervenants. A force d'agressivité et de passages à l'acte contre des personnes ou des biens ou encore en raison de trop nombreux actes de sabotage, « certains usagers sont grillés dans le réseau », selon l'expression partagée par plusieurs participants. Le travail du coordinateur.trice s'affronte alors au refus de professionnels

« qui ne voient plus ce qu'ils peuvent faire avec la personne », qui disent « avoir tout essayé avec elle » et, à regret, préfèrent investir d'autres projets.

### 3.4. LES TENSIONS PROPRES À LA PRATIQUE DE COORDINATION

Enfin, au-delà des complications identifiées et qui en appellent à différents niveaux d'intervention, notamment politiques, institutionnels ou organisationnels, un certain nombre de désaccords entre les participants sur certaines questions apparaissent. Ces complications témoignent de tensions qui traversent la fonction et amènent les différents services concernés à faire des choix organisationnels différents.

Les débats ouverts ici ne sont pas tranchés et, dans une certaine mesure, ne doivent pas l'être. Ils témoignent, au-delà des différentes cultures d'accompagnement qui les matérialisent, de la difficulté d'établir des démarcations claires au départ de principes qui sont pourtant partagés par tous. C'est à cet égard que la fonction de coordinateur.trice en appelle à des compétences professionnelles spécifiques. C'est un « métier » ou une composante de métier qui, comme tous les métiers, ne se limite pas à l'exécution de tâches mais implique l'exercice de compétences et d'expériences qui prennent sens dans des situations toujours particulières (Dejours, 1993a, 1993b).

#### 3.4.1. Pour quel usager la coordination de son réseau est-elle pertinente et nécessaire ?

Pour quels usagers la coordination du réseau de soutien par un tiers est-elle utile ou nécessaire ? Pour qui et à quel moment faut-il passer d'un réseau qui s'autorégule par contact entre intervenants à un réseau plus structuré, c'est-à-dire coordonné ? Dans certaines situations les intervenants (professionnels ou non) éprouvent le besoin de se coordonner, mais ont-ils pour autant besoin d'un.e coordinateur.trice attiré.e ?

Tout le monde est d'accord pour dire que tous les usagers n'ont pas *a priori* besoin d'une coordination de leur réseau de soutien ou qu'ils peuvent eux-mêmes en assurer la coordination et que cette question doit être posée au cas par cas. Il semble également clair que l'objectif de la coordination revienne *in fine* à l'usager lui-même.

Au-delà de l'expression d'une demande, il ne semble cependant pas évident d'identifier les éléments ou critères précis qui vont permettre d'assurer ce choix et justifier la mobilisation d'un.e coordinateur.trice.

#### 3.4.2. L'usager au centre : « faire pour » ou « faire avec » ?

Mettre l'usager au centre est un principe important pour tout le monde. Partir des besoins et du projet de l'usager pour organiser l'accompagnement, tenir compte de sa perception de sa propre situation, faire en sorte qu'il puisse prendre des décisions pour lui-même... sont des éléments-clé du travail de coordination en santé mentale. C'est pour cette raison aussi, comme cela a déjà été dit, que des « Plans de crise » sont également envisagés dès la fondation du réseau. Ils permettent que les décisions qui sont prises dans cette

situation où l'utilisateur, par définition, est empêché de le faire lui-même, demeurent néanmoins conformes à sa vision et à son projet.

Néanmoins, dans la pratique, il n'est pas nécessairement aisé de mettre ce principe en œuvre dans toute situation. La mobilisation et l'implication de l'utilisateur montrent parfois leurs limites. La question se pose parfois de manière aiguë quand il semble nécessaire aux intervenants d'avancer, de prendre des initiatives alors même que l'utilisateur n'est pas (encore) dans cette temporalité-là. Parfois, le contexte, les contraintes administratives ou autres imposent ce type de choix mais l'utilisateur n'est pas en mesure de se positionner.

Certains parmi les participants considèrent que quoi qu'il en soit, le rôle de l'intervenant est d'accompagner l'utilisateur, pas de faire des démarches à sa place. Son rôle est, nous l'avons dit, de « guetter la flamme » et de se tenir prêt à accompagner et à stimuler la personne dès qu'elle en sera capable. D'autres considèrent, au contraire, la nécessité d'envisager l'accompagnement de manière plus flexible. Toujours exiger de l'utilisateur un positionnement actif et le responsabiliser par rapport à chaque démarche peut être contre-productif. Parfois, il faut « faire à la place de l'utilisateur », pour autant que l'utilisateur en soit bien entendu informé.

#### 3.4.3. Le.a coordinateur.trice : organisateur ou accompagnateur ?

Nous l'avons vu, le.a coordinateur.trice du réseau de soutien de l'utilisateur peut avoir une variété de missions,

Une différence importante entre les différentes manières d'assumer la fonction de coordination est la suivante : est-ce que le.a coordinateur.trice assume lui aussi une part de l'accompagnement psycho-médico-social ? Certain.e.s coordinateur.trice.s peuvent être uniquement dans une position d'organisation du rôle des autres intervenants là où d'autres assument concrètement tout ce qui ne peut être assumé par d'autres.

Nous prolongeons en fait ici la précédente réflexion. Si la coordination est un métier, est-elle un métier « en soi » ou la composante d'un métier dont les fonctions et missions sont nécessairement plus larges ?

#### 3.4.4. Le.a coordinateur.trice : chef d'orchestre ou facilitateur ?

Dans le même ordre d'idées, le.a coordinateur.trice est-il un « chef d'orchestre » qui doit faire en sorte que chacun respecte ses engagements ou un facilitateur qui n'a pas de pouvoir sur les autres intervenants du réseau de soutien de l'utilisateur ?

Les deux positions sont représentées dans les groupes d'analyse. Certains vont considérer que le.a coordinateur.trice doit, pour exercer son rôle, être en mesure de trancher, de prendre des décisions qui s'imposeront aux autres intervenants. Ce pouvoir qu'exerce le.a coordinateur.trice sur les intervenants est légitimé par la reconnaissance qui lui est accordée par ces derniers et par l'utilisateur, dès la phase d'initiation du réseau. Pour autant qu'il œuvre au projet de la personne tout en maintenant un bon état de collaboration entre

intervenants, cette prise d'autorité sur le réseau est précisément ce qui est attendu de lui : elle est une garantie de réussite du projet.

Pour d'autres, cependant, le.e coordinateur.trice n'a pas de pouvoir décisionnel sur les interventions des autres, il est simplement responsable de rappeler à chacun ses engagements le cas échéant, mais n'a jamais le pouvoir effectif de contraindre qui que ce soit. Il occupe davantage une fonction de « pivot », chargé de faire circuler l'information.

#### 3.4.5. Soutenir la famille pour soutenir l'utilisateur ?

Le.e coordinateur.trice doit parfois assumer une position d'équilibriste entre l'utilisateur et sa famille. Cet élément est apparu d'autant plus saillant dans la rencontre avec les usagers et les proches. Les familles évoquent la nécessité d'être impliqués dans l'accompagnement ou au minimum que l'on tienne compte des informations qu'ils peuvent transmettre. Dans beaucoup de situations ils sont en effet en première ligne dans l'accompagnement de leur proche. Faute d'autres ressources, l'accompagnement et la coordination leur reviennent souvent.

Les usagers, quant à eux, considèrent qu'à certains moments, impliquer leur famille aurait mené à une rupture de confiance avec les professionnels. La question se pose donc : comment soutenir les proches au bénéfice de l'utilisateur, tout en respectant les limites posées par ce dernier ?

#### 3.4.6. Prendre contact avec les autres intervenants : en cas de nécessité ou dès le début de la prise en charge ?

Deux pratiques différentes émergent au sein du groupe. Certains prennent systématiquement contact avec les intervenants du réseau de soutien de l'utilisateur dès le début de la prise en charge. Ils mobilisent le réseau préventivement, même s'il n'y a pas de nécessité immédiate d'agir conjointement. L'objectif est de pouvoir anticiper des situations de crise et, dans ce cadre, de permettre une identification rapide du coordinateur.

D'autres, au contraire, considèrent qu'il est difficile d'agir ainsi préventivement étant donné qu'il faut qu'une relation de confiance se construise, progressivement, pour imaginer obtenir des informations complètes de la part de l'utilisateur. Ces intervenants préfèrent prendre contact avec les autres intervenants au moment où l'accompagnement le justifie.

#### 3.4.7. Contextes institutionnels : rôle officiel ou par la force des choses ?

Parmi les participants deux grands types de contextes institutionnels semblent se dégager : les services où la coordination fait officiellement partie de leurs rôles et les services où la coordination est assumée au cas par cas, en fonction des nécessités. Cette distinction semble avoir un impact à différents niveaux.

D'un côté, pour les services où la coordination fait partie des missions de base, la demande sera probablement adressée à ce service spécifiquement pour ses capacités de coordination ; un.e coordinateur.trice (ou un binôme de

coordinateurs.trices) sera probablement désigné en fonction de l'organisation du service (et moins en fonction du choix du patient) ; l'évaluation des autres services impliqués et les contacts vont probablement démarrer immédiatement.

De l'autre, pour les services qui font de la coordination sans que ce soit officiellement dans leurs missions de base, la première demande ne sera probablement pas axée sur la coordination du réseau de soutien. Le.a coordinateur.trice sera plus probablement désigné par l'utilisateur en fonction de la relation personnelle qu'il développera avec lui; et la mise en branle du travail de collaboration se fera le jour où quelque chose le rendra nécessaire.

## 4. LE CASE-MANAGEMENT : UN(DES) MODÈLE(S) PROCHE(S) DES PRATIQUES BRUXELLOISES ?

*Les pratiques de case management, largement décrit dans la littérature scientifique, ne sont pas sans rapport avec celles décrites par les coordinateur.trice.s bruxellois.e.s ayant participé aux groupes d'analyse. Il nous a semblé opportun de livrer ici quelques-uns des éléments descriptifs des différents modèles de case management afin de les confronter aux résultats des groupes d'analyse.*

### 4.1. DÉFINITION ET POINTS COMMUNS

Le *case-management* (\*) est une stratégie de mise à disposition et de coordination des ressources de tous ordres, en fonction des besoins d'un usager, aussi longtemps que nécessaire. L'objectif est d'assurer la cohérence et la continuité du soutien dont la personne a besoin en tirant le meilleur parti des ressources forcément limitées que le système social et de santé peut mettre à disposition. Il s'agit de favoriser l'accès aux soins de santé et au soutien psychologique, mais aussi à tous les types de soutien dont la personne aurait besoin : logement, déplacement, gestion domestique, activités, emploi, relations... Le *case-manager* est le point de contact premier pour la personne, responsable de la soutenir pour qu'elle reçoive les aides dont elle a besoin dans un système de soins fragmenté.

(\*) « Le terme "*case management*" est utilisé tout au long de ce texte parce que c'est le terme utilisé dans les articles consultés. Nous reconnaissons que ce terme est considéré comme péjoratif pour de nombreuses personnes souffrant de troubles mentaux. Ces personnes ne sont pas des "cas" et n'ont pas besoin d'être "gérés". Il serait plus juste, par rapport à ce que le *case management* offre, de dire que ce sont les ressources qui sont gérées ou organisées pour permettre aux personnes d'atteindre leurs objectifs. Nous utilisons donc ce terme faute de mieux en tenant compte des connotations négatives qu'il comporte. »

(Charles A. Rapp & Richard J. Goscha, 2004)

#### 4.1.1. Principes

Le *case management* a pris de nombreuses formes (comme nous le verrons plus loin), mais quelques principes semblent communs à tous les modèles.

**Accessibilité.** Le *case-manager* s'assure que les personnes ont accès à un ensemble de services correspondant à leur besoin. Son rôle est non seulement d'identifier les services adéquats avec la personne mais aussi de s'assurer que la personne y accède effectivement.

**Continuité des soins.** Le *case-manager* s'assure que la personne continue à bénéficier des services qui lui conviennent, même quand ses besoins changent ou quand ce que les services proposent change. Cela implique de réévaluer régulièrement avec la personne la pertinence du soutien qu'elle reçoit.

**Implication de la personne.** Le *case-manager* soutient la personne pour qu'elle puisse faire ses propres choix. Il s'attache à comprendre les priorités de la personne, sa manière de penser, son histoire, sa culture...

**Individualisation.** Le soutien proposé par le *case-manager* répond aux besoins spécifiques et aux circonstances spécifiques à chaque personne. Il tient compte du fait que chaque usager est une personne distincte ayant des forces, des intérêts et des désirs particuliers.

**Durée indéterminée.** Conséquence du principe de continuité et d'individualisation, le *case manager* accompagne la personne aussi longtemps que nécessaire. Son rôle est cependant temporaire, la perspective étant que la personne puisse *in fine* assumer la mise en cohérence de son réseau de soutien elle-même.

**Facilitation.** Le *case manager* est au côté de la personne dans ses rapports avec les services. Il est amené à jouer un rôle de médiateur ou de négociateur avec les services dont la personne pourrait voir besoin.

**Orienté vers la communauté.** Le *case manager* travaille avec le réseau social de la personne et avec les ressources de la communauté. Ce sont ses partenaires premiers. Il est ainsi amené, si nécessaire, à interagir avec les proches, les employeurs, les propriétaires, les voisins, les enseignants, etc., toujours au bénéfice de la personne.

**Responsabilité.** Le *case manager* est le responsable principal de l'accompagnement de la personne et son premier interlocuteur quelle que soit la problématique. Cela ne veut pas dire qu'il assume tout lui-même ou qu'il n'oriente pas vers d'autres services, cela veut dire qu'il garde en permanence une vision globale de la situation et de l'accompagnement de la personne.

**Difficultés au long cours.** Le case management est a priori mis en place pour les personnes souffrant de troubles mentaux au long cours. Les usagers les plus susceptibles de bénéficier du case management sont ceux qui ont des difficultés à accéder aux services habituels et à assurer eux-mêmes (ou avec l'aide de leurs proches) la cohérence de leur accompagnement

#### 4.1.2. Tâches-clefs

Quelques tâches-clefs sont également systématiquement associées au travail du *case-manager* : l'évaluation, la planification et le suivi.

**Evaluation.** Le travail du *case manager* commence systématiquement par une évaluation, avec la personne concernée, de ses besoins d'un point de vue médical, psychologique, social, logement, emploi, activités, relations, etc.

**Planification.** Le *case manager* identifie ensuite, avec la personne, les différentes dimensions qui nécessitent une intervention, les priorités et sélectionne les services compétents pour répondre à ces besoins. Il prend contact avec les services et met en place un plan de soins, de telle sorte que chaque intervenant soit au clair avec ses responsabilités dans le cadre de l'accompagnement de la personne.

**Suivi.** Le *case manager* assure le suivi en se tenant au courant des interventions des uns et des autres. Il réévalue régulièrement avec la personne l'adéquation du plan de soins avec ses besoins et adapte certaines choses si nécessaire.

## 4.2. MODÈLES ET DIFFÉRENCES

Outre ces principes et tâches-clefs partagés par la plupart des expériences de *case-management*, il existe de nombreuses différences. Nous avons tenté de rassembler ici les quelques caractéristiques qui différencient le plus souvent les modèles de *case management*. Nous avons ensuite présenté 4 grands modèles parmi les plus connus. Certains de ces modèles ont été décrits précisément et leurs principes de fonctionnement sont très clairs. D'autres regroupent un ensemble de pratiques très diversifiées.

### 4.2.1. Les caractéristiques qui différencient les modèles

**L'implication dans l'accompagnement.** Dans certains contextes, le *case manager* a un rôle purement administratif et organisationnel. Il n'offre pas lui-même d'accompagnement ou de soutien et n'a pas de relation personnelle avec la personne. D'autres modèles considèrent que la relation de proximité est l'outil de travail du *case manager* sans quoi il ne peut s'adapter aux besoins de la personne. Certains vont même jusqu'à offrir eux mêmes le plus possible de soutien, facilitant ainsi la mise en cohérence des différentes ressources de soutien.

**L'intensité des interventions.** L'intensité des interventions, la régularité des contacts et la possibilité de faire varier l'intensité des interventions sont d'autres éléments de différenciation, souvent liés au nombre de personnes pris en charge par le *case manager*. Certains modèles limitent fortement le nombre d'usagers par *case manager* (à 20 voire à 10 usagers) pour gagner en flexibilité.

**La spécialisation des intervenants ou du service.** Les dispositifs de *case manager* varient également fortement en fonction du secteur à partir duquel ils sont organisés : social, santé, santé mentale, emploi, logement, etc. Les *case manager* peuvent également avoir des formations spécifiques, travailleurs sociaux, psychothérapeutes, spécialistes en emploi, etc. qui peuvent influencer leurs interventions. Par ailleurs, certains services de *case management* se positionnent comme généralistes et accordent leur attention à l'ensemble de la situation de la personne, d'autres vont se focaliser sur une dimension spécifique, une maladie en particulier ou le logement, etc.

**La participation des usagers.** L'implication des usagers dans le processus d'évaluation des besoins et de planification des services peut être différente d'un modèle à l'autre. Dans certains modèles, le *case manager* travaille à partir d'évaluation fonctionnelle et cherche à répondre à des besoins objectifs et dans d'autres, l'usager participe à la détermination des objectifs de l'accompagnement et est soutenu par le *case manager* pour poser ses propres choix.

**La responsabilité d'équipe ou individuelle.** La fonction de *case management* peut être assurée par une personne seule ou par une équipe qui est alors responsable ensemble de l'accompagnement des personnes. Les avantages du *case management* d'équipe sont la continuité en cas d'absence, une meilleure planification, du soutien entre intervenants et des possibilités d'interventions plus intensives. Il existe également des modèles intermédiaires où le passage d'un accompagnement individuel à un accompagnement d'équipe est possible.

#### 4.2.2. Les modèles principaux

**Case management standard ou « brokerage model ».** Dans ce modèle, le *case manager* a une fonction d'intermédiaire (*broker*), d'organisateur du réseau de la personne, mais n'est pas lui-même impliqué dans l'accompagnement. Il ne fait pas non plus en sorte que les différents intervenants se connaissent ou échangent. Plutôt que de fournir de l'aide directement à la personne, il cherche à inscrire la personne dans les services où l'aide lui sera fournie.

Le *case manager* a ici une fonction administrative. Il agit comme défenseur des intérêts de l'utilisateur. Il identifie les services dont la personne a besoin, puis négocie avec eux, notamment sur le plan financier et assure la planification et la répartition des tâches. Ce type de *case management* est cependant plus adapté au système de santé américain. Il a été peu développé en Europe.

**Case management clinique.** Dans ce modèle, le *case manager* a aussi un rôle clinique. Il ne fait pas qu'organiser administrativement les différentes ressources autour du patient, il assume une part de l'accompagnement lui-même. Il est en quelque sorte le soignant ou l'accompagnant social le plus accessible et le plus généraliste.

Dans ce modèle, la relation développée entre le *case manager* et la personne accompagnée a beaucoup d'importance. La dynamique relationnelle est similaire à celle qu'on retrouve dans le cadre d'une psychothérapie et nécessite chez le *case manager* des compétences similaires. Le *case manager* développe ainsi des relations de collaboration avec l'utilisateur, avec ses proches, avec les autres soignants impliqués. Ce sont ces relations qui vont lui permettre d'agir de manière adéquate en soutien à la personne et de doser au mieux le niveau de soutien et de structure dont la personne a besoin.

**Assertive Community Treatment (ACT).** Les équipes de suivi intensif dans la communauté (ou Assertive Community Treatment en anglais) reprennent les principes du *case management* clinique comme le travail dans la communauté avec les ressources de la communauté ou encore une attention à la dynamique relationnelle et aux spécificités de chaque personne. Ils ont cependant quelques différences organisationnelles importantes afin de favoriser des interventions plus intensives si nécessaire.

- Les intervenants travaillent en équipe. Chaque intervenant n'est pas responsable pour les personnes qu'il accompagne, comme dans les autres modèles de *case management*, c'est l'ensemble de l'équipe qui est responsable pour (et qui donc doit connaître) l'ensemble des personnes accompagnées.

- Un faible nombre de personnes accompagnées. Dans ce modèle, le rapport du nombre d'intervenants par rapport au nombre de personnes accompagnées ne doit pas dépasser 1 pour 10, afin de permettre des contacts fréquents et des interventions très intensives en cas de nécessité.
- Une démarche assertive vis-à-vis de personnes accompagnées. Dans ce modèle, les intervenants vont au-devant des personnes, continuent de proposer leurs services de manière proactive le temps d'établir une alliance thérapeutique et par la suite, prennent des nouvelles sans attendre que les personnes viennent vers eux.
- Une part importante de l'accompagnement est assumée directement par l'équipe. Dans ce modèle, les intervenants proposent un large panel de soins et d'accompagnement et orientent vers d'autres services seulement en cas de nécessité. S'adressant à des personnes fortement déstructurées, assumer une bonne part de l'accompagnement directement au sein de l'équipe est un moyen d'assurer la cohérence de l'accompagnement. Ainsi, ces services disposent de compétences diversifiées : addictions, soutien à l'emploi, recherche de logement,

Le modèle ACT est un modèle largement décrit et évalué. Il est considéré comme une pratique qui a fait ses preuves et bénéfique pour la continuité de soins et pour la qualité de vie des personnes.

**Case management intensif.** Il est beaucoup plus difficile de définir précisément le *case management* intensif. On considère habituellement qu'il s'agit d'une adaptation du *Assertive Community Treatment*, mais moins systématique dans l'application des principes et moins intensif dans l'accompagnement.

Les deux différences les plus importantes sont qu'ici l'accompagnement n'est pas assuré par une équipe, mais bien par un case management et que le nombre d'usagers pris en charge est généralement plus élevé, même s'il reste faible, ne dépassant jamais 1 intervenant pour 20 personnes accompagnées.

Il existe une multitude de modèles, qui sont autant d'articulations différentes ou de priorisations différentes des mêmes principes. Ainsi, le modèle néerlandais, FACT ou *Flexible Assertive Community Treatment*, associe un accompagnement par un *case-manager* individuel à la possibilité d'un accompagnement plus intensif, si nécessaire, par une équipe. Citons également le modèle des *Assertive Outreach Teams* (AOT) assez proche du modèle ACT, développé en Angleterre.

#### 4.3. QU'EN RETENIR ?

Il apparaît que les principes de base du *case management* sont largement partagés par les acteurs bruxellois. L'accessibilité des ressources et la cohérence de l'accompagnement sont au cœur de leur préoccupation ainsi que l'implication des usagers et l'adaptation aux spécificités de chacun.

Il est de plus intéressant de noter qu'au-delà de ces caractéristiques clefs, il existe de nombreux modèles de *case management* et que les éléments qui les différencient sont également des questions qui préoccupent les acteurs bruxellois.

La question du rôle du/de la coordinateur.trice (organisateur ou accompagnateur, chef d'orchestre ou facilitateur), tout d'abord, se rapproche de celle de l'ampleur de l'implication dans l'accompagnement. Certains modèles de *case-management* maintiennent une distance relationnelle avec la personne qu'ils accompagnent et restent dans un rôle d'organisateur du réseau sans prendre en charge eux même un part de l'accompagnement. D'autres modèles, au contraire, prônent une prise en charge étendue par le *case manager* afin d'assurer, par le fait même, une plus grande cohérence de l'accompagnement. Cette distinction se retrouve également sur le terrain bruxellois, qui offre, selon les cas, un plus ou moins large éventail d'autres services en plus du travail de coordination.

Les différents contextes institutionnels décrits dans la littérature sur le *case management* font également écho à la réalité bruxelloise. Certains services sont explicitement orientés vers le travail de coordination, d'autres assurent d'abord un travail social généraliste et coordonnent ponctuellement. Certains accompagnent seuls les usagers et d'autres travaillent en équipe.

Un autre élément important de différenciation des modèles est l'intensité de prise en charge. En fonction du nombre d'usagers suivi, la fréquence des contacts et la possibilité de varier l'intensité n'est pas la même. Même si les participants aux groupes d'analyse se sont moins attardés sur cette question, il y a également beaucoup de différences à ce propos entre les acteurs bruxellois.

Même si très peu d'acteurs bruxellois font explicitement référence à un modèle particulier de *case management*, pour décrire leur pratiques, les choix, qu'ils ont fait ou que leur service a fait, font écho aux différents modèles de *case management*. Ainsi, les tensions décrites au point 3.4., à partir du discours des acteurs, tout autant les caractéristiques des modèles de *case management*, décrites au point 4.2., peuvent nous être utiles pour décrire et différencier les pratiques bruxelloises.

## RÉSULTATS PRINCIPAUX

L'objectif de ce rapport intermédiaire et de la démarche dont il rend compte est essentiellement définitionnel : *de quoi parlons-nous lorsque nous parlons de coordination du réseau de soutien des usagers en santé mentale en Région bruxelloise ? Quels sont ses objectifs ? Quelles pratiques le caractérisent ?*

Les résultats confirment *l'importance du rôle de coordinateur.trice de réseau dans le soutien qu'il apporte à l'utilisateur*. Il lui permet de mieux identifier les membres de son réseau de soutien et le rôle qu'ils tiennent dans son accompagnement. Il contribue aussi à l'établissement d'un lien de collaboration plus efficace entre l'utilisateur et les membres de son réseau de soutien mais aussi entre ces derniers. Dans ce sens, il s'assure que les professionnels prennent mieux en considération la complexité et la singularité de la situation de l'utilisateur et lui accordent une place centrale dans l'accompagnement.

Le.a coordinateur.trice joue aussi un rôle de *soutien auprès des professionnels du réseau* en prenant en charge des fonctions essentielles à la conduite d'un projet collectif : établir des relais et des complémentarités entre intervenants, prévenir ou dénouer les malentendus. Il œuvre en ce sens à prévenir certains risques d'épuisement ou de totalisation du réseau.

L'identification des pratiques de coordination et de ce qui, au quotidien, peut venir la compliquer, permet aussi de prendre la mesure des exigences qui pèsent de fait sur celui qui assume ce rôle, notamment en matière de compétences.

Le.a coordinateur.trice doit être capable d'analyser les besoins de la personne ; d'aller à la rencontre de professionnels issus de différents champs professionnels et donc, préalablement, de les identifier ; d'analyser les informations obtenues et d'en tirer des conclusions opérationnelles ; d'établir un plan d'action et d'en assurer le suivi ; d'accrocher la personne au projet tout en veillant à son implication ; d'assurer, tout au long du projet, une communication utile et efficace entre les membres du réseau ; de demeurer vigilant quant au fonctionnement du réseau et d'intervenir au besoin comme médiateur.

Il doit aussi conduire son action en faisant face à des circonstances externes sur lesquelles il n'a pas directement prise mais qui vont nécessairement peser sur son travail. Elles peuvent être liées, nous l'avons dit, au contexte réglementaire ou institutionnel qui s'impose à l'accompagnement ou aux partenaires du réseau mais aussi relever des arbitrages qu'il doit opérer en matière de coordination et que nous avons identifiées en tant que tensions fondamentales dans la définition même du métier.

Cela signifie que la coordination, en tant que pratique professionnelle, s'apprend par la confrontation aux situations ou au travers d'un parcours de formation ou d'accompagnement mais qu'elle doit aussi, en même temps, être soutenue *de l'extérieur* en œuvrant auprès des institutions du secteur et au-delà

à la reconnaissance de la coordination de réseau comme faisant partie intégrante des métiers du soin et du social.

## PERSPECTIVES

Les rencontres, particulièrement les restitutions nous ont également d'identifier des aspects à améliorer pour soutenir le travail des coordinateur.trices. La reconnaissance du métier de coordinateur.trice comme faisant partie intégrante des métiers du soin et du social en est un élément clef. C'est cette reconnaissance qui permettra de dégager les moyens nécessaires au développement de cette professionnalité, à lever certains blocages institutionnels et à mettre au travail les articulations entre les enjeux de santé mentale et les enjeux sociaux de manière plus générale.

Cette reconnaissance est pour le moment très variable. Certains services mandatent explicitement des intervenants pour ce travail, mais beaucoup d'intervenants le font de manière ponctuelle et partielle, en essayant de trouver le meilleur compromis entre les besoins identifiés chez les usagers et les possibilités que leur donne leur cadre de travail. Cela a des conséquences sur la flexibilité et l'intensité des interventions.

Il faut cependant noter que malgré ces différences, aucun des coordinateur.trice.s ne se limite à un travail de coordination. Ils assument également un travail d'accompagnement psycho-social, pour se référer aux modèles de *case management*. Le *case management* clinique est préféré au modèle centré sur les mise en cohérence administrative (*brokerage model*). Les usagers insistent également sur cette dimension relationnelle dans le travail du.de la coordinateur.trice.

Ainsi, soutenir la reconnaissance de cette fonction devrait commencer par une diffusion de ses caractéristiques clefs, en ce compris cette dimension relationnelle. Les participants suggèrent également d'identifier éventuellement plusieurs types de pratiques, probablement adaptés à des situations différentes : certains plus centrés sur le social ou le logement, d'autres plus centrés sur les aspects administratifs. D'autres pratiques se différencient en fonction de l'intensité potentielle des interventions ou de leur diversité. Soutenir la reconnaissance de la fonction implique donc une communication sur les points communs entre les pratiques plus que sur les différences.

Une caractéristique clef de cette fonction est également son nom, la manière dont on la désigne. Le terme de « coordination » est loin de faire l'unanimité. Il renvoie en effet uniquement à une partie du travail effectué : la mise en cohérence du réseau et pas l'autre partie, souvent indissociable : l'accompagnement psycho-social quotidien. Le terme de « référent » est mentionné comme une alternative. Il est de plus en plus utilisé, dans les textes de la réforme de la psychiatrie et dans les projets de soins intégrés (maladies chroniques, personnes âgées,...). Une piste ?

D'autres pistes ont été évoquées. Tout ce qui peut soutenir l'interconnaissance entre services et la clarification de l'offre de soins ou d'accompagnement, tout d'abord. Une des plus grandes difficultés du travail de coordination est non

seulement la variété des services existants et de ce qu'ils proposent mais également la diversité des pratiques entre services d'un même type, rendant l'ensemble des services existants virtuellement impossible à appréhender. Le développement et la mise en œuvre effective et partagée d'outils de soutien à la coordination comme des plans de crise, des cartes de réseau ou des plans de services individualisé, comme évoqué plus haut, est une autre piste.

Il semble également nécessaire de poursuivre la réflexion sur l'indication. Tout le monde est d'accord pour dire que la coordination n'est pas utile pour tout le monde et que, comme le mentionne également les usagers, cette mission n'est que temporaire.

Une dernière recommandation s'impose. De plus en plus de projets visant à améliorer l'intégration des services voient le jour dans des domaines variés : dans le domaine de la santé mentale avec les projets Psy 107, dans le domaine des maladies chroniques avec les projets pilotes « soins intégrés », dans le domaine des personnes âgées avec les « formes alternatives de soins aux personnes âgées » (protocole 3) ou les projets « Aide et soins de proximité dans les quartiers en RBC ». Tous proposent des outils similaires et des fonctions de type référent/coordonateur.

Ne faudrait-il pas aussi coordonner les initiatives de coordination ?

- Bachrach, Leona L. « Continuity of care and approaches to case management for long-termmentallyill patients ». *Psychiatric Services* 44, n° 5 (1993): 465–468.
- Bartholomé C., « Travail en réseau », *Publications du service PHARe*, Bruxelles (2008)
- Bond, Gary R., Larry D. Miller, Robert D. Krumwied, et Rebecca S. Ward. « Assertive Case Management in ThreeCMHCs: A ControlledStudy ». *Psychiatric Services* 39, n° 4 (1988): 411-18.
- Cultiaux, John, « *Travail social et réseau. Pourquoi ? Comment ?* », Chroniques sociales, Lyon (2018).
- Dejours Christophe, « Travail, usure mentale », *Bayard*, Paris (1993a).
- Dejours Christophe, « Coopération et construction de l'identité en situation de travail », *Futur Antérieur*, 16/2 (1993b)
- Dieterich, Marina, Claire B. Irving, Hanna Bergman, Mariam A. Khokhar, Bert Park, et Max Marshall. « Intensive Case Management for Severe Mental Illness ». *Cochrane Database of SystematicReviews*, n° 1 (2017).
- Ellison, Marsha Langer, E. Sally Rogers, Ken Sciarappa, Mikal Cohen, et Rick Forbess. « Characteristics of Mental Health Case Management:Results of a National Survey ». *The Journal of Mental Health Administration* 22, n° 2 (1995): 101-12.
- Fastres J., « Pour une typologie du travail en réseau », *Intermag*, août(2009)
- Grech, Ethan. « Case management: A criticalanalysis of the literature ». *International Journal of Psychosocial Rehabilitation* 6 (2002): 89–98.
- Holloway, Frank. « Case Management for the MentallyIll:Looking at the Evidence ». *International Journal of Social Psychiatry* 37, n° 1 (1991): 2-13.
- Intagliata, James, et Frank Baker. « FactorsAffecting Case Management Services for the ChronicallyMentally Ill ». *Administration in Mental Health* 11, n° 2 (1983): 75-91.
- Kanter, J. « Clinical Case Management:Definition, Principles, Components ». *Hospital & Community Psychiatry* 40, n° 4 (1989): 361-68.
- Ligue des Droits Humains (Commission « Psychiatrie et droits humains »), « Santé mentale : secret professionnel et pratiques de réseau », *Ligue des Droits Humains*, <http://www.liguedh.be/sante-mentale-secret-professionnel-et-pratiques-de-reseau/>, (2016)

- Marshall, Max, et Austin Lockwood. « Assertive Community Treatment for People with Severe Mental Disorders ». *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 4 (2011).
- Meyer, Piper S., et Joseph P. Morrissey. « A Comparison of Assertive Community Treatment and Intensive Case Management for Patients in Rural Areas ». *Psychiatric Services (Washington, D.C.)* 58, n° 1 (2007): 121-27.
- Mueser, K. T., G. R. Bond, R. E. Drake, et S. G. Resnick. « Models of Community Care for Severe Mental Illness: A Review of Research on Case Management ». *Schizophrenia Bulletin* 24, n° 1 (1998): 37-74.
- Rapp, Charles A., et Richard J. Goscha. « The Principles of Effective Case Management of Mental Health Services ». *Psychiatric Rehabilitation Journal* 27, n° 4 (2004): 319-33.
- Rohde, D. « Evolution of Community Mental Health Case Management: Considerations for Clinical Practice ». *Archives of Psychiatric Nursing* 11, n° 6 (1997): 332-39.
- Simpson, Alan, Carolyn R. Miller, et Larry Bowers. « Case management models and the care programme approach: how to make the CPA effective and credible. » *Journal of psychiatric and mental health nursing* 10, n° 4 (2003): 472-83.
- Sood, Loopinder, Andy Owen, Richard Onyon, Aarohi Sharma, Jessica Nigriello, Dominic Markham, et Hannah Seabrook. « Flexible assertive community treatment (FACT) model in specialist psychosis teams: an evaluation ». *BJPsych Bulletin* 41, n° 4 (2017): 192-96.
- Stein, Leonard I., et Mary Ann Test. « Alternative to Mental Hospital Treatment: I. Conceptual Model, Treatment Program, and Clinical Evaluation ». *Archives of General Psychiatry* 37, n° 4 (1980): 392-97.
- Thornicroft, Graham. « The concept of case management for long-term mental illness ». *International Review of Psychiatry* 3, n° 1 (1991): 125-32.
- Van Campenhoudt L., Chaumont J.-M., Franssen A., « La méthode d'analyse en groupe. Applications aux phénomènes sociaux », *Dunod*, Paris, (2005)
- Van Campenhoudt L., « L'instant fugitif où la sociologie prend. Pour une sociologie du malentendu » in J.-P. Delchambre, *Le sociologue comme médiateur? Accords, désaccords et malentendus*, Bruxelles, Presses de l'Université Saint-Louis (2014)
- Wright, Christine, Tom Burns, Peter James, Joanne Billings, Sonia Johnson, Matt Muijen, Stefan Priebe, Iain Ryrie, Joanna Watts, et Ian White. « Assertive Outreach Teams in London: Models of Operation. Pan-London Assertive Outreach Study, Part 1 ». *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science* 183 (2003): 132-38.

