

Bers

Clinique de Concertation psycho-sociale

Mission d'analyse prospective

12 octobre 2004

Francis Rathier

7, rue Duffour Dubergier
33000 Bordeaux
Tél. 05 56 81 07 66
e-mail : bers@wanadoo.fr

Introduction

La mission prospective à propos de la Clinique de Concertation a été définie dans le cadre d'un cahier des charges précisant ce qui était attendu par la Ville d'Orléans qui a jusqu'alors mobilisé les crédits nécessaires à la conduite du projet dans le cadre des enveloppes disponibles du Contrat de Ville de l'Agglomération Orléanaise et du Grand Projet de Ville d'Orléans la Source¹, de l'action Clinique de Concertation. Le cahier des charges précisait notamment :

"Il ne s'agit pas dans cette mission d'évaluer le travail mené par le Dr Lemaire mais de mesurer et définir l'opportunité et les modalités très concrètes de poursuite de ce projet.

/.../

Pour cela il est attendu de mesurer la volonté des acteurs actuels qui participent à la clinique de concertation psychosociale, mais aussi des acteurs incontournables du travail social sur le quartier que sont les services du CCAS et du Conseil Général de participer à la phase 2 du projet initial.

/.../

De restituer une synthèse écrite et diffusable ;

De proposer une architecture définitive du comité de pilotage ;

D'assurer une lecture critique du projet de conventionnement entre la Ville et l'Institut Liégeois" et des Conventions Ville d'Orléans, employeurs et participants.

Cahier des charges de l'évaluation

Cette mission s'inscrit dans un contexte où la Clinique de Concertation (en tant que "dispositif psychosocial de thérapie familiale"² et dispositif de formation à cette méthode clinique, tous deux accompagnés par le Dr Lemaire) a été interrompue au terme de la convention établie pour deux ans entre les partenaires. Cette interruption, à la demande de la Ville d'Orléans, est intervenue après une période de flottement s'agissant de savoir si cette action allait pouvoir ou non rentrer dans une seconde étape dite d'installation³. En effet, après des rencontres avec les participants et un premier tour de table financier et partenarial : en particulier avec le Conseil Général, la Ville d'Orléans a souhaité que soit fait le point en faisant appel à un consultant extérieur pour aider à y voir plus clair.

¹ - Crédits politique de la ville de la Ville et de l'Etat.

² - Définition inscrite dans les conventions.

³ - Il était apparu au Docteur Jean Marie Lemaire et aux participants au cours de la mise en œuvre de cette action, qu'il serait pertinent de définir trois phases pour aboutir la formation de clinicien de la concertation et stabiliser le dispositif dans le quartier de la Source : la phase de formation, la phase d'installation et la phase d'autonomisation.

Pour répondre à ce cahier des charges et dans ce contexte, j'ai orienté ma mission avec le souci d'apporter une "clarification des points de vue aujourd'hui en présence" (même si des éléments sont en partie connus des uns ou des autres) et avec l'intention d'apporter une assistance à leur rapprochement ou au moins à leur prise en compte : cette note y participe comme la rencontre collective du 13 octobre.

Après la série d'entretiens⁴ avec les principaux acteurs⁵ menés de façon segmentée et dont on trouvera la liste à la fin de cette note, vient le temps de l'échange collectif sur la base d'une note de synthèse. Il ne s'agit pas dans celle-ci de chercher à restituer l'intégralité de ce qui a pu être dit, mais plutôt de dégager les éléments permettant d'aborder la question de l'opportunité de poursuivre ou non cette action.

Pour autant, aborder la question de l'opportunité de la poursuite de la CC, requiert de poser tout d'abord au moins trois postulats nécessaires à l'engagement d'un véritable travail de réflexion à la hauteur de l'enjeu.

Des postulats en préalable pour aborder les véritables questions

Le premier est qu'il me paraît nécessaire de **prendre de la distance par rapport au contexte politique local et à ses changements, notamment concernant les équipes municipales et certains acteurs locaux, depuis l'installation de la CC**. Il me semble nécessaire d'éviter toute logique de type polémique qui poserait la question en terme de ce qu'auraient fait les uns et pas les autres et réciproquement, ou de valoriser ou inversement stigmatiser la CC sur la base de la caractérisation de ceux qui s'en sont fait les promoteurs à l'origine.

Le second est de **ne pas se laisser tenter par un mauvais procès concernant le Docteur Jean Marie Lemaire** et se laisser aller dans des soupçons concernant sa personne en cherchant à le caractériser de "gourou" soit pour le disqualifier soit par crainte d'une dépendance trop grande des acteurs de terrain.

⁴ - Pour l'essentiel en face-à-face et de manière collective pour une partie d'entre eux.

⁵ - Certains acteurs n'ont pas été rencontrés, notamment parmi les acteurs de terrain ayant participé directement à la clinique de la concertation puisque nous avons rencontré ceux qui ont poursuivi les rencontres régulières au sein d'un petit groupe.

Le troisième, enfin, est de ne pas se laisser enfermer en ce qui concerne la réflexion, de ne pas réduire les points de vue exprimés et les questions qu'ils permettent de poser aux seules oppositions découlant des jeux institutionnels.

Des questions à prendre en considération

Ces postulats sont nécessaires à la fois pour prendre la mesure des apports indéniables de ce qui a été mis en place, mais aussi pour prendre en considération que les questions soulevées par cette action sont de réelles questions.

Celles-ci doivent être identifiées et abordées avec l'attention, l'objectivité et la responsabilité de tous pour que puisse être préservé ce qui m'apparaît comme l'élément central de ces années écoulées : la dynamique créée au niveau des professionnels et des intervenants du quartier de la Source.

La réflexion concernant l'opportunité est donc à resituer en fonction de l'enjeu central que constitue l'existence d'une telle dynamique et de sa poursuite car chacun le sent précisément ou intuitivement, il serait tout à fait dommageable de casser la dynamique installée qui par certains aspects est aussi fragile et fragilisée.

L'arrêt de la démarche a conduit à ce qu'une partie des acteurs de terrain maintiennent des rencontres régulières afin de garder un fil conducteur et permanent à la dynamique enclenchée, en maintenant un groupe aux rencontres régulières (qui a notamment réalisé une auto-évaluation⁶) et en poursuivant la mise en œuvre de modes d'intervention de réseau apprises au cours de la phase de formation : hormis la mise en œuvre Clinique de Concertation qui requiert la présence d'un clinicien confirmé pour la mener. La dynamique ainsi créée depuis la fin 2001 est donc de ce point de vue bien réelle, mais elle présente aussi des signes de fragilité.

⁶ – Différents documents ont rendu compte de la clinique de la concertation :
 – un bilan réalisé par des participants du groupe au moment du projet de reconduction de l'action : document annexé à la fiche projet du contrat de ville ;
 – un bilan élaboré par la ville d'Orléans à partir de ce précédent bilan ;
 – un questionnaire remis aux participants de la clinique de la concertation et rempli par 22 d'entre eux ;
 – une auto-évaluation réalisée par une partie des participants sous l'impulsion de C. Léon.

Pour autant, **si l'arrêt de la démarche introduit une certaine fragilité, elle introduit aussi une scansion qui peut être tout à fait bénéfique pour que soient dégagés les apports, mais aussi que soient posées les questions que les uns ou les autres peuvent énoncer** sachant que chacun peut aussi avoir à l'esprit qu'il était attendu que cette action puisse produire : "un renforcement de la cohésion et de l'efficacité du réseau santé-social, le décroisement des secteurs santé/social et la mise en œuvre de la méthodologie clinique dans le quartier de la Source pour aborder la question des détresses multiples". (Fiche descriptive du Contrat de Ville)

Comme cela a pu être indiqué dans les entretiens, mais comme l'indiquent certains documents de cette période, le réseau de santé-social sur le quartier de la Source, initié en 1997, s'est intéressé à la question de l'accompagnement des familles en difficulté. Il s'agissait à l'époque de "trouver des réponses communes aux problèmes des familles", "d'échanger sur les pratiques d'intervention" et de coordonner les actions des différents partenaires pour qu'elles deviennent plus efficaces, tout en conservant la spécificité de chacune des structures"⁷.

Cette perspective, initialement large, concernant la problématique des familles et de l'identification de l'apport du partenariat pour chacun s'est précisée dans le temps pour devenir fin 2000, à la veille de la journée de sensibilisation à la clinique de concertation psycho-sociale, celle d'un "travail pour la prise en charge en réseau des jeunes et des familles en détresse" comme l'indiquait le courrier de membres du groupe du réseau santé de la Source. Le problème en partie partagé par les membres de ce réseau était celui de ces familles avec lesquelles les travailleurs sociaux pouvaient être en relation, mais dans une situation où leur perception de leur capacité d'intervention comme le caractère répétitif des actes des familles généraient un sentiment d'impuissance et de détresse chez les travailleurs sociaux et les intervenants sociaux, généraient l'intérêt pour l'apport de compétences autres et en particulier de type psychologique ou psychiatrique.

Ce contexte d'installation de la clinique de concertation traduit en fait dès le départ des perceptions différentes entre une approche de réseau pour soutenir des professionnels en difficulté avec des familles en détresse multiples et une approche de réseau ayant avant tout pour vocation un décroisement des professionnels dans une perspective plus générale des interventions quotidiennes et qui donnera la perspective de travail du PST.

⁷ - Compte rendu du "Groupe : accompagnement des familles" 17/12/98.

Dans une première partie, je ferai état des apports de la CC à travers l'évaluation des acteurs rencontrés et des questions plus ou moins vives qu'elle suscite.

Dans une seconde partie, j'exposerai les enjeux relatifs à la poursuite de cette démarche et les conditions à poser pour faire en sorte que la CC soit une opportunité pour poursuivre la dynamique du réseau de professionnels. Une telle perspective demande que l'ensemble des acteurs rentrent dans une phase d'appropriation avec un retour sur la pratique passée, l'élaboration des règles et des formalités pratiques à mettre en place et la définition d'un cadre de travail renégocié avec le Dr Lemaire. Une telle perspective implique bien sûr la formalisation institutionnelle en terme de conventionnement, mais aussi la mise en place d'un pilotage. Cette perspective de formalisation devrait s'inscrire dans la définition d'une étape que je qualifierai d'appropriation locale de cette démarche.

// Les principaux éléments d'appréciation des acteurs rencontrés

1.1 Ce qui constitue des apports indéniables de la démarche

Les acteurs de terrain impliqués dans la clinique de concertation ont eu l'occasion de préciser combien ils ont trouvé un grand intérêt à cette démarche et dont témoigne à la fois leur bilan et leurs réponses au questionnaire rempli par eux à la demande de la Ville d'Orléans : dont on trouvera des éléments de synthèse dans le tableau ci-après.

Cet intérêt pour la Clinique de Concertation a été aussi très largement souligné par les responsables intermédiaires dont des acteurs de terrain étaient engagés (AHU, ADAMIF, APLEAT, CAF, CHS, CMP, Escale, OPAC et dans une situation particulière puisqu'il s'agit d'une personne qui a été directement impliquée : UDAF).

Un soutien personnel dans sa position de professionnel ou d'intervenant

Le soutien personnel qu'a permis cette démarche à des professionnels ou des intervenants constitue l'un de ses apports principaux, point souligné autant par les acteurs de terrain que par les responsables intermédiaires. Cet apport qui peut faire l'objet d'un questionnement sur les destinataires de l'action n'est semble-t-il pas à négliger dans la mesure où les professionnels ou les intervenants sont sujet, moins par simple disposition personnelle (même si cela existe) que par la nature de leur métier, au découragement ou à l'épuisement. C'est du reste la raison pour laquelle leur activité requiert de régénérer leur capacité créative et active, dès lors que les professionnels ne s'installent pas dans une routine.

En offrant à la fois de la formation et une mise en pratique qui met en présence simultanée une grande variété de professionnels et d'intervenants la CC leur a permis de se ressourcer, de réfléchir collectivement et de "comprendre qu'ils n'étaient pas isolés dans leur coin". "Le moral" des professionnels, c'est-à-dire la confiance en soi et en ses actions, rejaillit bien évidemment sur les relations qu'ils établissent avec les familles. Et c'est du reste ce qui devrait amener à ne pas dissocier professionnels et familles et à ne pas opposer ce qui bénéficierait aux familles et aux professionnels en considérant que ce qui

est apporté aux seconds devrait être moins important que ce qui est apporté aux premiers.

Le développement du partenariat et de la capacité de coordination

Dans la dynamique de cette approche, la question du partenariat apparaît comme un élément central d'autant que les effets réels constatés par les acteurs (qui ne sont pas oubliés que le PST, tout en abordant différemment la coordination, a lui aussi contribué à cette amélioration) peuvent être rapportés au faible niveau de partenariat qui prévalait dans le quartier : comme le disait l'un des interlocuteurs rencontrés : "c'était un vide complet au niveau partenarial", l'unité territoriale n'avait pas réinvesti le terrain. En place depuis 97, le dispositif était entrain de se trouver et de trouver les quartiers. On était trop fermé sur nous-mêmes. Le CCAS était dans sa bulle. On était chacun dans la nôtre et c'est vrai que la CC a pu offrir à un moment donné un plateau intéressant pour les partenaires qui ne retrouvaient plus leurs identités de fonctionnement par rapport à des interventions avec les familles".

La CC a, de l'avis du plus grand nombre, permis la création d'une instance inter partenariale : "La CC a permis la création d'une instance inter-partenariale qui vaut aussi pour le PST. Elle a permis de se donner la possibilité, les moyens, pour nous les professionnels concernés par la problématique d'une famille, de l'aborder ensemble. Tout ce qui casse le cloisonnement issu de l'historique des différentes institutions est très positif". Opac

Elle a, de plus, permis à beaucoup de travailler cette question du partenariat dans la pratique qui a facilité l'établissement de relations de confiance mutuelles ce qui a, du même coup, permis de traiter de façon plus partenariale des situations plus courantes de sa pratique comme le notaient l'Udaf et l'Opac.

Le partenariat pour se construire ne repose pas seulement sur l'émergence d'une relation de confiance, mais aussi sur tout un ensemble de savoirs pratiques qui le rendent possible. Bien que les entretiens réalisés n'aient pas permis une exploration détaillée de ces savoirs, il apparaît que la participation à la Clinique de Concertation a visiblement apporté tout un ensemble de savoirs variés aux participants qui rentrent dans leur pratiques courantes : connaissance de l'environnement professionnel et des familles, compréhension des procédures mises en œuvre par les différents professionnels ou intervenants, développement de la capacité relationnelle :

"Cette démarche a été très pertinente par rapport aux professionnels multiples que nous pouvons être. Cela a eu le mérite d'apprendre à se connaître, de savoir à qui on peut avoir affaire. C'est une source de connaissance de la famille qui permet de se construire des axes de travail possibles. Savoir que la famille peut être en lien avec telle ou telle association est utile car on ne sait pas forcément dans notre pratique où la famille va et qui elle fréquente." Udaf.

L'instrument même du sociogénogramme qui est mobilisé dans le cadre de la CC pour dégager les liens et leur nature que la famille entretient avec son réseau primaire (membres de la famille, voisinage, amis..) et son réseau secondaire institutionnel (l'ensemble des travailleurs sociaux intervenant dans la situation de la famille) constitue un instrument particulièrement adéquat pour travailler le partenariat. Il constitue un objet intermédiaire⁸ particulièrement pratique lorsqu'il s'agit de rencontrer les partenaires et en particulier ceux qui n'ont pas assisté à la CC : "je m'en sers tout le temps, j'apprends aux autres à s'en servir, je m'en sers avec les AS qui ne sont pas venues en CC".

Une démultiplication possible des savoirs acquis au sein des organisations

La participation de professionnels à la CC a conduit certaines institutions à envoyer à tour de rôle leurs professionnels, mais aussi à ce que les professionnels contribuent de manière interne à la transmission et à la formation dans certains cas de leurs collègues, comme cela a été évoqué entre autres par l'Education Nationale : "Ce qui est intéressant, c'est cette formation par pair : une personne formée pouvant contribuer à la formation d'autres personnes. D'où l'introduction de deux personnes au début et de deux autres après qui a conduit à un travail d'élargissement".

Des effets de transposition dans sa pratique courante et parfois l'adaptation des pratiques professionnels

La participation à la CC a pu amener à des démarches de transposition. Par exemple, le fait d'assister à une CC, sans être forcément concerné par la situation, a pu permettre de percevoir comment les familles percevaient les professionnels qui intervenaient auprès d'elles et ajuster de ce fait son propre mode d'intervention. "L'approche d'une situation particulière pouvait être répercutée sur d'autres approches de travail" Caf.

⁸ - Qui fait lien entre deux acteurs parce qu'on peut le manipuler conjointement pour parler d'une situation sur laquelle chacun travaille.

Elle a pu conduire à des évolutions dans les standards des pratiques du professionnel de terrain, mais aussi dans l'organisation plus générale de la pratique. Là, c'est une transposition du mode de relation avec "l'utilisateur" appris dans le cadre de la CC qui est systématisé dans la pratique professionnelle, ailleurs, c'est la conduite de l'entretien, la représentation et la place de l'interprétariat dans la relation entre travailleur social et usager qui sont modifiés, là, c'est la capacité de faire profiter à d'autres professionnels de son association des savoirs faire acquis et de déboucher sur des évolutions méthodologiques communes, c'est, enfin, le repositionnement interne et la structuration des rôles dans l'association qui ont été induits.

Des résultats en ce qui concerne les familles

Si, comme nous le verrons juste après, la question des effets des interventions sur les familles demanderait une exploration plus précise et une explicitation qui n'existe pas aujourd'hui, les résultats (au sens de ce que l'on obtient dans l'immédiat de l'intervention) font apparaître des aspects positifs apportés par l'orientation de la CC : d'une part, valorisation de la personne et, d'autre part, prise de conscience par la famille, du fait de la présence simultanément de professionnels, que ceux-ci travaillent ensemble, et parfois du nombre important de personnes qu'elle mobilise.

1.2 Néanmoins, des questions émergent

Une difficulté pour suivre et apprécier les effets sur les familles

Chacun reconnaît qu'il y a beaucoup d'obstacles pour travailler avec les familles et améliorer les situations. Si chacun a en tête des évolutions, si les acteurs de terrain ont pu citer : la diminution de l'agressivité ou des passages à l'acte, l'amélioration de la santé personnelle, le développement de l'estime de soi et l'amélioration des relations sociales ou la capacité à développer des projets personnels et la prise de responsabilité personnelle, la perception des effets sur les familles reste plus opaque, non parce qu'il y en aurait peu ou pas, mais parce que les éléments permettant de les identifier précisément manquent. Ils manquent non parce que les acteurs de terrain n'en auraient pas connaissance, mais parce que les outils pour en rendre compte font défaut comme nous

aurons l'occasion d'y revenir en ce qui concerne les modalités à mettre en place pour poursuivre la CC.

La CC introduit des contradictions qui peuvent être fortes avec les référentiels et les logiques professionnelles

Les contradictions sont celles qui peuvent résulter d'une opposition et surtout d'une non priorisation entre des mesures légales qui peuvent être engagées concernant des familles par les services sociaux et qui peuvent être de ce fait considérées comme des mesures d'urgence et la mise en place d'une concertation clinique qui pourrait alors introduire une forte confusion et mettre en porte à faux les travailleurs sociaux s'ils y participaient.

Du coup, la CC peut donner le sentiment d'avoir perverti le fonctionnement normal et de générer un "risque d'incohérence si la CC travail dans un sens et les services sociaux du Conseil Général dans un autre".

La crainte que la garantie du secret professionnel ne soit pas assurée

Ce point de vue repose sur le fait que la CC, par le grand nombre de participants (allant bien souvent au-delà d'une vingtaine et mêlant professionnels et intervenant de la famille, voire membre du réseau primaire de la famille), peut conduire à ce que des informations soient diffusées sans véritable contrôle. C'est notamment une critique très importante exprimée par les travailleurs sociaux du Département et qui fonde en partie les raisons pour lesquelles ils ne souhaitent pas participer. Il est vrai que des participants ont pu être surpris à certaines occasions : "Je me souviens d'un courrier qui avait été adressé à un directeur et qui a été presque lu à cette assemblée générale. Je me suis dit que là, ça n'allait plus. Ce directeur pouvait m'en parler avant. On est dans le cadre du secret professionnel et je me suis dit : là est ma limite."

Pour autant, si cette question apparaît un point clé, il n'en est pas moins vrai que l'expérience acquise par le groupe, ses erreurs, permettent aussi que s'opèrent des ajustements : "cet acte avait fait avancer le groupe sur ce que l'on pouvait divulguer ou ne pas divulguer. Ça c'est de l'apprentissage, ça ne s'est pas reproduit". Du reste, d'autres professionnels du travail social considèrent "qu'il y a une garantie de sécurité et de confidentialité pour les familles."

Les institutions et les organisations ne sont-elles pas restées ou mises trop à l'écart du dispositif

Le fonctionnement de la CC a pu donner l'impression à certains d'un fonctionnement très autonome du groupe de participants. Ce sentiment a pu être renforcé par plusieurs aspects. D'une part, le mode de circulation interne avec les comptes rendus des CC adressés directement aux domicile des participants peut apparaître comme une défiance à l'égard des organisations : même si ce choix faisait suite à la divulgation d'un compte rendu au sein d'une organisation.

Mais plus globalement, c'est la critique d'un manque de suivi institutionnel qui est soulevé par ceux-là même qui ont trouvé un grand bénéfice pour leurs propres professionnels. Certes, chacun a pu faire un suivi concernant ses propres professionnels, mais personne n'a pu rendre compte de la démarche : ce qui pose la question du contrôle, d'un référent ou "d'un coordonnateur capable de rappeler les références du travail, garant d'une certaine éthique, de règles de travail et de rendre compte de l'ensemble".

Est-ce que cette méthode ne demande pas un clinicien confirmé pour la mettre en œuvre, reposant du même coup la question de l'autonomie

Indépendamment même de savoir s'il s'agit de définir la CC comme une pratique thérapeutique spécifique ou comme un dispositif psychosocial susceptible de produire de la revalorisation et de la mobilisation collective, la question de la compétence professionnelle pour animer la Clinique de Concertation de la part de ceux qui y voient une pratique positive se pose.

La CC prévoit la formation de cliniciens spécifiques à cette méthode parmi les participants. Elle n'en pose pas moins pour certains une question de fond car si la démarche entreprise depuis deux ans apparaît de nature à "faire des participants de la CC, des participants actifs, des transmetteurs de la clinique", est-ce qu'elle en fera pour autant des cliniciens en capacité d'animer des séances. Comme l'indiquait l'une des responsables ayant assisté à une séance de CC : "Je ne crois pas qu'il y ait actuellement dans le groupe un clinicien qui puisse faire le travail".

Par ailleurs, en admettant que l'acquisition de la compétence soit possible se poserait la question de savoir s'il n'est pas de toute façon nécessaire que le clinicien soit extérieur à la situation c'est-à-dire au territoire.

Du même coup cette question de fond en pose une autre dans son sillage : quid de l'autonomie des professionnels dans ces conditions et de la capacité pour un territoire de pouvoir mettre en œuvre de façon autonome cette démarche.

La CC a permis au départ de générer un partenariat dans un contexte marqué par son absence, mais elle est aujourd'hui une forme dépassée et isolée

Cette critique à l'égard de la CC repose sur l'idée que celle-ci serait inadaptée à la dynamique partenariale que connaît à présent le quartier avec le travail mené dans les ateliers associés à la dynamique du GPV (d'autant que celui-ci monte en régime), que le travail du PST a conduit à mettre en place des formes de coordination qui se traduisent notamment dans la perspective d'un accueil commun des bénéficiaires du RMI pour le CCAS et l'UTS du Département, ou par des modalités de coordination ad hoc mises en place à l'occasion des relogements ou des restructurations d'immeubles. A cette critique peut être rajoutée celle qui pointe le fait que la mise en œuvre de cette action ne correspondrait pas à la raison d'être initiale du réseau santé-social qui était celle du décloisonnement et qu'aujourd'hui le PST pourrait servir de levier à des coordinations des partenaires.

La CC fonctionne comme un système

C'est une critique importante de la démarche et qui alimente aussi les suspicions sur les personnes dont nous avons dit qu'elles devaient être écartées par postulat pour appréhender les vraies questions. Elle repose sur l'impression d'un dispositif qui prend peu en compte son environnement, qui avec son vocabulaire renommant y compris des catégories de la pratique quotidienne : intitulant clinique du relais ou clinique du passage ce qui pourrait s'appeler plus simplement relais ou passage, voire adressage, donne l'impression d'un système avec une vue totalisante.

La CC ressemble à une usine à Gaz qui réunit beaucoup de monde autour d'une même situation

Exprimé par ceux qui sont réservés sans être particulièrement opposés, le nombre de participants au cours d'une séance de CC laisse à penser à un dispositif trop important au regard du nombre de situations traitées.

La pratique développée par la CC est en décalage avec la pratique courante que l'on entend mener ou les problèmes que l'on trouve centraux pour l'évolution des situations sociales dans le quartier

Enfin, une des raisons qui a conduit ou même qui conduirait à maintenir une certaine distance vis-à-vis de la Clinique de Concertation tient au fait que l'on puisse considérer que cette pratique se trouve trop éloignée des préoccupations de sa propre pratique professionnelle courante. Le fait que l'on ait l'impression de ne pas pouvoir transposer cette pratique à la multitude des situations que l'on gère amène à préférer une pratique de la coordination plus organisationnelle. Comme l'expliquait l'un des interlocuteur rencontré : la CC n'est pas "un outil utilisable par tous et pour toutes les familles".

Dans le même ordre d'idée, on peut indiquer le point de vue selon lequel il n'est pas besoin d'une telle structure puisque les collaborations avec le champ de la santé, notamment le CMP, fonctionne bien en terme d'adressage de la part de l'UTS : "il est possible d'adresser les personnes et leur suivi est très bien réalisé".

II/ Poursuivre ne pas poursuivre et selon quelles modalités

2.1 S'engager dans une phase d'appropriation locale et de préparation d'une reprise de la CC

Comme j'ai pu l'indiquer en introduction, l'enjeu qui est posé à travers la question de la poursuite de la CC est celui de la dynamique qui a été créée et, de ce point de vue là, je considère que la poursuite de la démarche serait pertinente. Pour autant, il ne s'agit pas de minimiser les problèmes qui ont été posés et qui se posent à travers sa mise en œuvre. C'est dans ce sens là que je préconise que puisse se mettre en place rapidement ce que j'appelle une phase d'appropriation locale de la démarche. Celle-ci doit permettre de définir les formalités pratiques tant de l'outil d'intervention que du fonctionnement d'un réseau de professionnels et de préciser le cadre de l'intervention du Dr Lemaire.

La mise en place et en œuvre de la CC a produit des effets significatifs concernant la dynamique d'un réseau de professionnels du champ de la Santé et du Social avec des limites partenariales sur lesquelles il importera de revenir. On peut considérer que la tenue régulière d'une activité a permis de faire exister et de donner corps à un réseau de professionnels à travers une mise en pratique. Comme le disait l'une des interlocutrices rencontrées : "On peut parler aujourd'hui de réseau, mais c'est l'outil qui a amené les gens à faire vivre le réseau. Essayer de maintenir un réseau en supprimant l'outil, ça serait inopérant. C'est la démarche, en particulier l'usager."

La Clinique de Concertation constitue une modalité particulière d'activation du réseau qui a permis de faire consister de façon tout à fait spécifique le réseau, bien que conduisant à la fois à un rétrécissement du groupe d'acteurs initiaux puisque le Conseil Général et le CCAS n'ont pas suivi la démarche, mais aussi un élargissement puisque d'une dizaine d'organisations ou associations le réseau actif est passé à dix huit.

Pour autant, indépendamment du fait qu'une partie du réseau initial n'ait pas participé à la démarche (ce qui demanderait à évoluer), **nombre de questions qui apparaissent ont trait au fait qu'il n'a pas été opéré un décollement entre ce que l'on peut appeler un fonctionnement de réseau et une méthode d'intervention (les dispositifs de travail**

associés à la CC). Le fait de s'être engagé dans une formation qui n'a pas été posée comme une expérimentation à suivre précisément dans ses développements et le fait que le pilotage et le suivi n'ait pas été effectif n'est sans doute pas pour rien.

L'enjeu pour la poursuite de ce travail est donc à mon sens de **pouvoir opérer un décollement entre réseau de professionnels et outil "Clinique de Concertation"**.

Il s'agit en fait de pouvoir permettre de :

Ajuster ce qui apparaît à l'issue des entretiens comme les points faibles d'un fonctionnement de réseau :

- Mise en place d'un pilotage et d'une conduite effective du réseau.
- Capacité à définir des objectifs qui prennent en compte la spécificité des situations que l'on envisage de travailler. Si les familles en détresse multiple ont constitué le point d'origine de la mise en place de la CC, la pratique fait apparaître des approches plus larges et qui peuvent être considérées comme préventives. La définition des objectifs n'est pas contradictoire avec ce qui constitue un trait particulier du mode de fonctionnement développé dans le cadre de la CC : celui de partir de la difficulté identifiée par un ou plusieurs professionnels. Le fait de buter sur une difficulté avec une famille est à l'origine de ce besoin de réseau et l'on peut dire aujourd'hui que ce besoin initial est devenu une modalité de la sollicitation du réseau puisque ce sont sur des situations familiales amenées par un professionnel ou un intervenant que les situations sont travaillées au sein de la Clinique de Concertation.
- Capacité à rendre compte de la pratique développée : en terme de capacité à revenir sur la démarche en identifiant les différentes séquences de l'action, de dégager les conditions de la réussite ou les erreurs à ne pas commettre... On peut dire que la difficulté de perception de la clinique de concertation est renforcée par le fait que cette pratique n'est décrite qu'à travers des notions qui condensent les modes opératoires sans véritablement donner un aperçu de ce qui se construit concrètement avec les intéressés et surtout les principaux effets que la démarche a produits pour les destinataires de l'action.

- Capacité à mettre en place une évaluation en terme d'effets sur les destinataires, c'est-à-dire autant les familles que les professionnels

Retravailler les questions de fond que peut poser la mise en œuvre de l'outil, en particulier en dégagant les éléments de garantie :

- Aborder la question des garanties dans les situations d'urgence : c'est-à-dire être en capacité de dire lorsqu'il est requis et non requis de mettre en place une Clinique de Concertation ;
- Aborder la question du secret professionnel et définir les conditions acceptables de sa garantie ;
- Définir les règles de circulation des comptes rendus ;
- Définir la nature des comptes rendus en distinguant ce qui peut être le support d'une formation de clinicien et ce qui est le support à la pratique concrète de la CC dans une situation donnée ;
- préciser le statut de la Concertation Clinique en tant que dispositif d'enclenchement d'un travail avec la famille et indiquer les limites à son accès ;
- Revenir sur la question de la compétence du clinicien requis pour animer les séances spécifiques de CC : notamment avoir une vision claire des compétences nécessaires, de déterminer son extraterritorialité et les ressources disponibles pour trouver un tel clinicien que ce soit dans le réseau animé par le Dr Lemaire ou à l'extérieur. Ce point est à distinguer de l'autonomie dans la mesure où les professionnels et intervenants sont en capacité de mettre en place des formes de concertation plus réduites appelées concertations cliniques où la famille est présente avec quelques professionnels ou intervenants.

Aborder les questions qui peuvent être adressées aux organisations ou que les organisations peuvent elles aussi adresser à cette démarche

(car il pourrait être dommageable pour la dynamique du réseau que s'opère une trop grande dissociation entre les préoccupations des acteurs de terrain et les préoccupations des organisations dont les acteurs de terrain sont issus).

– Se questionner à propos des référentiels des pratiques de chaque partenaire.

La CC est à la fois une pratique innovante dans le champ des pratiques professionnelles et une pratique dont les éléments s'élaborent aussi progressivement en fonction des problèmes rencontrés ou des situations à traiter (du moins est-ce l'impression que je peux en dégager tant à travers la lecture de différents documents que de l'entretien avec le Dr Lemaire). Aussi introduit-elle un changement dans l'abord des situations des familles. Elle introduit des questionnements concernant les référentiels des organisations et des institutions.

Le fonctionnement de la Clinique de Concertation est venu soit en adéquation voir en renforcement des cadres d'intervention des organisations ou associations y participant, générant des routines d'adaptations des pratiques, soit a soulevé des contradictions dans les procédures, des oppositions reposant sur la défense des spécificités des métiers qui conduisent à ne pas vouloir mélanger les statuts ou les compétences dans un souci de conserver à chacun son rôle : bref la Clinique de Concertation a généré de fortes routines défensives.

Mais l'essentiel tient à ce que ces éléments n'aient pas été mis à plat et discutés entre les différents acteurs. La question se pose donc de savoir comment il est possible à la fois de respecter les cadres d'intervention respectifs pour reconnaître les différences et apprendre à travailler avec, tout en travaillant à leur adaptation si cela se justifie et se trouve partagé.

– se questionner sur le sens que chaque organisation donne de la coordination. Il apparaît que la participation à un dispositif de concertation où l'on n'est pas directement concerné par la situation peut poser question. Chaque organisation participant au réseau devrait se demander en définitive en quoi il peut être intéressant

pour elle d'être éclairé par la pratique d'un autre professionnel du même champ d'intervention.

– suivre la question de l'évolution possible et des transpositions possibles des standards des organisations.

– préciser l'articulation avec le PST sachant que les modes de coordination développés sont plus de l'ordre de la complémentarité que de la redondance.

Quelle place occupe le type de réseau professionnel créé par la dynamique de la CC dans un contexte où les dispositifs de coordination sont montés en régime.

Lors de la mise en place de la Clinique de Concertation, la coordination notamment entre les différentes institutions dans le champ de l'action sociale notamment restait à faire. Comme l'ont souligné plusieurs des acteurs rencontrés, qu'ils soient ou non restés en marge de la Clinique de Concertation : c'était un vide complet en matière de partenariat. Il n'y avait pas d'action structurée du partenariat. La mise en place du PST s'est en quelque sorte effectuée sur le terrain où n'était pas la Clinique de Concertation puisque lorsqu'a été lancé le PST celui-ci s'est fait sur ce que ne traitait pas la CC : l'accueil, l'accompagnement au logement.

Avec la mise en place du PST, on est donc aujourd'hui dans un contexte qui a fortement évolué puisque se mettent en place un ensemble de coordinations. Le rapprochement opéré entre le CCAS et le Conseil Général notamment pour mettre en place un dispositif d'accueil commun ou bien encore les dispositifs mis en place à l'occasion des relogements liés au démolition ou bien encore les coordinations mises en place à l'occasion des réfections des ascenseurs dans les tours qui ont conduit à mobiliser plusieurs partenaires pour anticiper les conséquences sur les locataires.

On peut considérer aujourd'hui que les différents acteurs institutionnels sont dans une logique visant l'accroissement de leur coordination et savent trouver les modalités de cette coordination, même si cela demanderait encore des améliorations dans son organisation. On peut cependant considérer que ces modes de coordination ne viennent pas remplacer ce qu'a instauré la CC du fait de la place définie pour la famille. De même, on peut considérer que le mode d'intervention de la CC n'est pas en toute situation transposable.

C'est en ce sens que l'on peut parler de complémentarité plus que d'opposition. Il reste que ces approches ont à trouver leurs modalités d'échange sur leurs pratiques.

– en clarifiant un point particulier que j'appellerai d'éthique : celui de la distinction entre la mise en place d'une démarche publique sur un territoire avec un accompagnement méthodologique appelé Clinique de Concertation et ce qui relève de la constitution d'une école d'intervention portant le même nom et qui relève d'une cause dont peuvent être porteurs des individus.

2.2 Les modalités pratiques pour formaliser et animer le réseau de professionnels

Constituer un groupe de pilotage

En ce qui concerne la constitution du groupe de pilotage, il importe de prendre en considération que le soutien au développement du réseau de professionnels constitue une responsabilité collective qui ne saurait être assumée par la seule Ville d'Orléans.

La raison d'être d'un groupe de pilotage est d'exprimer cette responsabilité collective dans l'appui et le suivi de la démarche.

En ce qui concerne sa composition, plusieurs points vont permettre de définir ce que l'on peut appeler le noyau du groupe de pilotage avec des ouvertures possibles en direction du Conseil Général notamment qui a jusqu'à présent souhaité rester en dehors de la démarche, ou en direction de partenaires qui n'ont pas encore défini leur schéma directeur d'intervention, comme la CAF.

Aujourd'hui, je pense que la composition du groupe de pilotage pourrait être la suivante :

Ville d'Orléans
 L'Hôpital Spécialisé
 (voir l'éventualité du CMP, mais celui-ci dispose de peu de temps)
 L'Education Nationale
 L'OPAC par la responsable de la gestion locative
 Le CCAS
 La DDASS
 Quatre associations dont : AHU, APLEAT, ADAMIF et peut-être ESCALE
 La Direction du GPV
 La Direction du Contrat de Ville

Le Département serait invité en tant qu'observateur
La CAF serait invitée en tant qu'observatrice

Le ou les membres du groupe de conduite seraient invités à participer
Le Dr Lemaire serait invité à participer

Mettre en place un groupe de conduite avec un référent

Il doit permettre de rappeler ce que le réseau doit accomplir en veillant aux objectifs définis. Ce rôle a été initialement tenu par la direction du DSU. Le rôle du pilote doit permettre de favoriser la régulation entre les participants et les organisations d'appartenance, ce qui implique un minimum de compte-rendu de ce qui est fait dans le cadre de la Clinique de Concertation.

Le pilote veille aussi à ce que les démarches entreprises dans le cadre de la Clinique de Concertation puissent trouver une certaine transposition dans les différentes organisations impliquées.

La conception de la conduite reste à définir au sens où elle peut être collective : par un groupe de suivi composé d'acteurs de terrain et de responsables hiérarchiques, mais il est toutefois nécessaire d'avoir une personne plus particulièrement en charge de son animation.

Avoir un lieu de référence

Ce réseau demande un lieu identifiable concernant son existence qui peut être différent du lieu des cliniques de concertation. Il serait préférable que ce lieu de référence soit déterminé d'un commun accord entre les partenaires lors du groupe de pilotage.

Mettre en œuvre la phase d'appropriation de novembre 2004 à décembre 2006

Il s'agit de concevoir la phase d'appropriation incluant une phase de retour réflexif et une phase de mise en œuvre de clinique de concertation. Il serait nécessaire d'établir pour cela :

- un conventionnement avec l'ensemble des institutions et organisations partenaires précisant les engagements réciproques ;
- un contrat avec le Dr Lemaire incluant :
 - sa participation à des moments particuliers de la phase d'appropriation où serait attendu de sa part un retour réflexif sur la CC à travers les questions qu'elle a posées et les règles à établir ;
 - son accompagnement de Clinique de Concertation avec un cadre d'intervention qui serait précisé par le groupe de pilotage au cours de la phase de retour réflexif sur la pratique de la CC.

Points de vue développés par les acteurs de terrain au questionnaire proposé par la Ville d'Orléans pour apprécier : les attentes, les effets et les suites attendues

Attentes initiales	<p>Pour tous : la possibilité de travailler avec d'autres professionnels que ceux de leur propre champ professionnel ou institutionnel</p> <p>Pour une bonne partie : apprentissage d'une méthode de travail</p>
Effets sur les pratiques partenariales	<p>Accroissement de la capacité à travailler avec les autres professionnels : accélération de leur intervention et passage de relais, renforcement de la coordination, capacité à travailler sur des zones de recouvrement, élargissement des partenaires mobilisables, accroissement de la confiance</p> <p>Acquisition d'outils de travail qui favorisent le travail avec les partenaires</p> <p>Compréhension de la dynamique de groupe</p>
Effets dans la relation avec les familles	<p>Acquisition d'un outil qui permet une exploration approfondie de la situation des familles</p> <p>Repositionnement de sa propre intervention par la connaissance de la façon dont les interventions des professionnels sont vécues</p> <p>Relation facilitée du fait du changement de la perception (et de la place) que les professionnels ont de la famille</p> <p>Accroissement de la capacité d'écoute de la famille et de la prise en compte globale</p>
Améliorations perçues chez les familles	<p>Diminution de l'agressivité ou des passages à l'acte</p> <p>Amélioration de la santé personnelle</p> <p>Développement de l'estime de soi</p> <p>Développement et amélioration des relations sociales</p> <p>Capacité à développer des projets personnels</p> <p>Accroissement de la prise de responsabilité</p> <p>Confiance dans la relation famille/professionnels</p>
Suites attendues	<p>Acquisition théorique et pratique</p> <p>Développer le réseau, notamment l'élargir</p> <p>Renforcer son mode de fonctionnement</p>

Liste des personnes rencontrées ou entretien téléphonique

Acteurs de terrain ayant participé à la Clinique de Concertation		
Mme Chihuailaf Neillia	bénévole	Escale
Mme Escourou-Pillault Régine	Psychomotricienne	Education Nationale (Rased)
Mme Guillaumin Chantal	Conseillère en économie familiale et sociale	CAF
Mme Jarboui Houria	Conseillère en économie familiale et sociale	Opac
Mme Léon Christine	Psychologue	CMP
Mme Roche Suzanne	Psychologue	(Rased)
Mme Selhorst Nicole	Assistante Sociale	CMP
Mme Vasquez Jeannette	Psychologue	Apleat
Responsables des acteurs de terrain		
Mlle Dion	Responsable secteur	CAF
Mme Dessort	Dir Gestion Locative	Opac
Mme Hilaire	Directrice	AHU
Mme Richard	Directrice	Adamif
Mme Tellier	Directrice	Apleat
Mr Chihuailaf	Secrétaire de l'association	Escale
Mr Desbrosses	Inspecteur Education Nationale	Education Nationale
Mr Drapeau	Responsable du secteur	UDAF
Mr Paillet	Directeur de l'hôpital spécialisé	CMP
Mr Parrot	Chef du Service	CMP
Autres acteurs		
Mme Amrani	Responsable de l'accueil info santé de La Source	Point Santé La Source
Mme Baranger Isabelle	Elue	
Mme Boin Muriel	Elue Adjointe à la Santé	Elus ville d'Orléans
Mme Coulon	Responsable UTS	Conseil Général
Mme Echard Bezault Pascale	Médecin responsable pôle santé handicap Service Environnement Santé	Ville d'Orléans
Mr Fricheteau	Directeur	CCAS
Mme Mardeleine	Référente Politique de la Ville	DDASS
Mr Michel	Responsable Agence La Source	CCAS
Mr Lemaire Jean Marie	Psychiatre Clinique de Concertation	Institut Liégeois
Peron Jean Pierre	Directeur du Contrat de Ville	Contrat de Ville
Mer Wolf	Coordonnateur des UTS	Conseil Général