

ESM – Formation & Recherche en Soins

Université Paris-Est Créteil/Val de Marne

Diplôme de Cadre de Santé



HOSPITALISATION A DOMICILE

**Le rôle du cadre face à l'histoire et la culture
du soin en psychiatrie**

Peggy LEROY

DCS@14-15

Note aux lecteurs

Les mémoires des étudiants de l'Institut de Formation des Cadres de Santé de l'Ecole Supérieure Montsouris sont des travaux personnels réalisés pendant l'année de formation.

Les opinions exprimées n'engagent que leurs auteurs.

Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord des auteurs et de l'IFCS de l'Ecole Supérieure Montsouris.

REMERCIEMENTS

Ce travail de recherche est un précieux apport pour mes futures fonctions de cadre de santé, tant Il a été l'occasion de lectures et de rencontres enrichissantes. Au crépuscule de ce travail, je souhaite remercier tout particulièrement les personnes qui ont aidé, de près ou de loin, à sa conception.

J'adresse tout particulièrement mes sincères remerciements à **Monsieur Christian Ponsar**, Cadre du Département de Psychiatrie de l'Adolescent et du Jeune Adulte à l'Institut Mutualiste de Montsouris, Directeur de mémoire, pour sa disponibilité, ses précieux conseils et sa bienveillance.

Année d'absence et de compromis, mes pensées se tournent également vers ma famille. Sans elle, cette année n'aurait pas été réalisable.

Merci à mon cher mari pour sa patience, son soutien et son investissement dans l'organisation quotidienne.

A Hugo et Simon, mes « petites chouettes », pour leurs sourires, câlins et encouragements.

A mes chers parents, pour leur écoute, soutien et disponibilité.

Je remercie mon binôme de promotion pour les moments de partage et les rires qui réconfortent.

Enfin, je remercie mon établissement, la Fondation Bon Sauveur du Cotentin, qui m'a fait confiance et permis de suivre cette formation dans d'excellentes conditions.

TABLE DES MATIERES

GLOSSAIRE	1
INTRODUCTION	2
1. DE LA TRANSFORMATION HOSPITALIERE VERS DE NOUVELLES PRATIQUES SOIGNANTES ?	4
2. CADRE THEORIQUE DE REFERENCES	6
2.1. La transformation du système de santé.....	6
2.1.1. Adaptation des structures organisationnelles	6
2.1.2. Évolution de la structure culturelle.....	7
2.1.3. La dynamique de changement	9
2.2. Analyse systémique de l'HAD en psychiatrie.....	10
2.2.1. Cadre législatif	10
2.2.2. Définition et singularités	12
2.2.3. Dimension organisationnelle	13
2.2.4. Distinction avec la visite A Domicile et impacts sur le soignant.....	14
2.2.5. Un temps intimiste et social.....	15
2.2.6. Une refonte de l'équilibre relationnel	16
2.2.7. Sujets en relation ou individus en interaction ?.....	16
2.3. La dimension sociologique de cette situation de soins	17
2.3.1. Qu'est-ce que la représentation ?	18
2.3.2. Définition de la maladie mentale	18
2.3.3. Représentations sociales de la maladie mentale.....	20
2.3.4. Les fonctions sociales de l'organisation hospitalière à travers les siècles.....	23
2.3.5. Le médecin : contrôleur social ou entrepreneur moral ?	26

2.4.	L'histoire fondatrice de l'identité du secteur psychiatrique	27
2.4.1.	Rapport de la culture Française à la folie	27
2.4.2.	P. Pinel et JB. Pussin : un virage humaniste de la psychiatrie	28
2.4.3.	La reconnaissance de l'identité soignante	30
2.5.	Qu'est-ce qu'une analyse de pratiques ?	30
2.6.	Question de recherche	33
3.	L'ENQUETE DE TERRAIN.....	34
3.1.	Méthodologie	34
3.1.1.	Le questionnaire infirmier	34
3.1.2.	Le guide d'entretien cadre.....	34
3.2.	Résultats de l'enquête.....	35
3.2.1.	De la population infirmière.....	35
3.2.2.	De la population cadre	49
3.3.	Analyse croisée des données.....	60
3.3.1.	Reconnaissance commune du changement des pratiques de soins au domicile	60
3.3.2.	La prise de conscience d'un changement de culture	60
3.3.3.	Favoriser la communication	61
3.3.4.	La temporalité en question	61
3.3.5.	Favoriser le transfert de savoirs	62
3.3.6.	Réfléchir au sens du travail	62
3.4.	Retour sur l'hypothèse	62
3.5.	Limites du travail	63
3.6.	Comment le cadre provoque-t-il l'engagement ?	63
	CONCLUSION.....	65
	BIBLIOGRAPHIE	66
	ANNEXES	69

GLOSSAIRE

- CMP : Centre Médico-Psychologique
- APP : Analyse des Pratiques Professionnelles
- DGOS / DHOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
- JO : Journal Officiel
- HAD : Hospitalisation A Domicile
- HAS : Haute Autorité de Santé
- INDIGO : INternational study of DIscrimination and stiGma Outcomes (Étude internationale sur la discrimination et les conséquences de la stigmatisation)
- IPSOS : Institut Politique de Sondages et d'Opinions Sociales
- VAD : Visite A Domicile

INTRODUCTION

« Le mur modifie la représentation de l'autre »

Journal Le monde, 2011

Le mur est un élément biface, comme Janus, dissociant l'espace de liberté de celui de l'interdit. Le mur n'est que paradoxe : d'un côté il protège, de l'autre il expose à toutes formes de représentations. C'est le constat que l'on peut faire avec la dimension symbolique des murs de l'hôpital psychiatrique qui sont le berceau de représentations sociales parfois violentes pour les malades. Dans l'inconscient collectif, si le mur existe, c'est qu'il existe un danger. D'ailleurs, historiquement, la psychiatrie asilaire a un rôle de protection de la société vis à vis de la maladie mentale. Pourtant le danger existe de part et d'autre. En effet, d'un côté du mur, elle encadre les débordements de la folie mais, de l'autre, elle restreint les libertés fondamentales des patients qu'elle abrite.

Dans une volonté de combattre l'aliénation, le secteur psychiatrique a été créé en France en 1960. Se développe alors une psychiatrie hors des murs dont l'idée est de prendre en charge le patient dans la cité et son environnement de vie. C'est, presque un demi-siècle plus tard, sur ces valeurs qu'a été instaurée l'hospitalisation à domicile dans l'établissement en santé mentale où j'exerce. Pourtant annoncée comme une pratique innovante et humaniste, mes fonctions d'infirmière, de coordinatrice et de faisant fonction de cadre de santé m'ont fait remarquer, qu'inéluctablement, c'est un mode de prise en charge dont les indications peinent à devenir un réflexe. C'est de ce constat que débute ma réflexion sur la matrice de cette résistance et du rôle du cadre de santé dans ce type de situations. Le cheminement qui en dépend est l'objet de la présentation de ce mémoire de fin d'études.

Afin de mieux cerner les enjeux autour de ce questionnement de départ, nous allons, dans un premier temps, définir le contexte évolutif du système de santé Français dans lequel cette problématique existe. Nous ferons ainsi le lien entre la grande transformation hospitalière et le jeu des acteurs dans ce système. Le concept de l'HAD sera ensuite exploré dans sa globalité.

Nous pourrions alors nous reposer sur ces données pour développer la dimension sociologique de la nouvelle organisation des soins. Nous percevons que la dimension symbolique du mur est si intense que, même parfois détruits, ils existent encore. A partir de ces observations, nous développerons plus précisément l'histoire de la psychiatrie. Enfin, nous établirons des liens entre cette partie et les rôles majeurs de l'engagement et le sens du travail à travers le prisme de l'analyse des pratiques professionnelles.

Nous verrons, au terme de ce cadre théorique, quelle est l'hypothèse retenue pour l'enquête auprès des professionnels de terrain qui tentera de la confirmer ou l'infirmier à travers l'analyse des données recueillies.

La finalité de cette progression nous permettra de définir les leviers dont dispose le cadre de santé pour encourager l'engagement infirmier.

1. DE LA TRANSFORMATION HOSPITALIERE VERS DE NOUVELLES PRATIQUES SOIGNANTES ?

Quel que soit le domaine où nous exerçons, la structure actuelle de nos établissements de santé ne permet pas de répondre aux nouvelles exigences liées en particulier à l'évolution démographique du pays. Pour faire face à cette problématique, la future loi de santé présentée par Madame la Ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, Marisol Touraine, en Juin 2014, met, entre autre, l'accent sur la notion de parcours de soin cohérent et continu dans l'environnement de vie de la personne afin de rendre la prise en charge plus efficiente. Ce nouveau mode organisationnel, structurant les institutions et les pratiques soignantes, laissent se profiler de nouvelles conceptions de la prise en charge et du rapport aux usagers.

Transversalement, depuis une vingtaine d'années, l'organisation hospitalière évolue avec les mêmes enjeux d'influence que le secteur industriel. Ainsi, il est question de performance, de qualité, d'efficience et enfin, d'innovation. Alors que ce dernier terme est empreint de modernité et de dynamisme, il n'en demeure pas moins qu'il confronte les traditions de deux mondes originellement opposés : celui de l'entreprise avec une culture de la rentabilité, à celui de l'hôpital avec une culture humaniste. Dans cette nouvelle réalité, le soignant d'aujourd'hui peut avoir le sentiment de déshumaniser son rapport au patient et d'être contraint de réinterroger sa représentation de l'exercice professionnel.

Le système de santé entre dans une nouvelle dynamique où l'évolution de la prise en charge du patient est en lien avec les questions de transformation hospitalière. La volonté de cette refonte du système de santé au niveau national et, plus singulièrement, la réduction des lits fait émerger des innovations dans les propositions d'offres de soins.

Sur l'établissement de santé mentale où j'exerce, l'hospitalisation à domicile en place depuis huit ans, en est un exemple. En réponse aux prises en charge intra-hospitalières jugées trop stigmatisantes, l'hôpital a développé cette alternative à l'hospitalisation. Inscrite dans les priorités du projet d'établissement, elle est soutenue par la direction qui alloue les ressources humaines et matérielles nécessaires.

D'un point de vue personnel, il me semble que de par sa réactivité et sa proximité, ce type de prise en charge s'ancre dans une psychiatrie moderne et humaniste.

Pourtant, forte d'une expérience de deux ans en tant qu'infirmière coordinatrice et un an comme faisant fonction de cadre de santé, j'ai constaté que l'HAD est sous utilisée¹.

En effet, dans certains CMP, les soignants manifestent des conduites d'opposition à la prescription d'une HAD, allant jusqu'à remettre parfois en question la prescription médicale. Pourtant, je ne peux faire de lien ou interpréter ces faits comme un manque de professionnalisme de leur part car ils sont, par ailleurs, engagés dans leur travail et attachés à la qualité des soins. Cela met en exergue, qu'au cœur de ce dispositif, le cadre de santé a un rôle majeur auprès des soignants dans l'accompagnement de cette transformation du rapport au patient induite par l'HAD. Ainsi, j'ai été emmenée à m'interroger sur l'origine du comportement des soignants face à ce nouveau paradigme.

J'ai d'abord fait le lien entre la résistance de la mise en place de l'HAD et le plan de retour à l'équilibre auquel l'hôpital était confronté en 2007. Probablement qu'il y a eu, pour certains professionnels, collision entre ces 2 réalités. Cependant, même si l'HAD a un moindre coût comparé à l'hospitalisation en temps plein² et qu'elle apporte une plus-value financière, cette explication me semble insuffisante et mérite un approfondissement. L'HAD provoque un changement qui interroge les concepts de la culture et l'histoire du soin en psychiatrie. Ainsi, je me suis demandée dans quelles mesures et jusque quel point ces concepts agissaient sur la difficulté d'évolution de nouvelles pratiques soignantes. Aussi, afin d'approfondir mon questionnement et envisager une problématique, ce constat conduira ma pensée à travers mon cadre conceptuel. Je peux ainsi formuler ma question de départ :

En quoi l'histoire et la culture du soin en psychiatrie impactent la dynamique de transformation des pratiques ?

¹ Pour illustration, en 2012, le taux d'occupation des lits était de 56%.

² Sur l'établissement, le coût journalier de L'Hospitalisation A Domicile est trois fois moins élevé que l'hospitalisation en temps plein.

2. CADRE THEORIQUE DE REFERENCES

2.1. La transformation du système de santé

2.1.1. Adaptation des structures organisationnelles

Avant de développer l'ensemble des concepts concernés, il me semble essentiel de les contextualiser dans le mouvement de transformation dans lesquels ils ont été pensés et mis en œuvre.

Il existe, depuis les années 80, de profonds changements. De mon analyse, ils émanent de deux enjeux majeurs de cette époque: les crises sanitaires, largement médiatisées, et la crise économique des années 70.

Les marqueurs essentiels du premier enjeu sont, pour moi, l'apparition du SIDA³ et l'affaire du sang contaminé. Ces crises sanitaires, mises en lumière par les outils d'informations, remettent en question la toute-puissance médicale et créent une véritable rupture sociétale. L'asymétrie entre les malades et les médecins se trouve réduite et convoque la société à entrer dans une logique d'attente de résultats. Il me semble qu'à partir de ce moment, la prise en charge des malades n'est plus exclusivement une question médicale. Elle devient une question de société légitimée par l'Etat qui instaure la loi du 4 Mars 2002 relatives aux droits des usagers. Cette loi est une véritable avancée et détermine de manière claire ce que le patient est en mesure d'attendre de l'institution hospitalière. Aussi, la question de l'HAD doit prendre en compte les nouvelles représentations de la société et le droit des usagers⁴.

La crise économique des années 70 est le second enjeu notable puisqu'elle impose la régulation des dépenses de santé impactant les pratiques soignantes. Pour cela, un certain nombre de mesures apparaissent.

³ Syndrome d'Immunodéficience Acquisée détecté au début des années 80

⁴ Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Une des lois⁵ phare est celle du 31 Juillet 1991. Elle a pour objet d'évaluer les établissements de santé. Pour les tutelles, l'objectif est de s'assurer de l'efficience des soins, c'est à dire assurer des soins de qualité au moindre coût. C'est dans ce contexte que naissent en 1991 les Agence Régionales de l'Hospitalisation et les démarches d'accréditation qui deviennent, en 2010, l'Agence Régionale de Santé et la certification.

Nous pouvons donc dire que le système de santé s'est transformé à travers le prisme des droits du patient et un système financier contraint. Le changement révèle que le pouvoir médical s'est déplacé et que les acteurs doivent réfléchir à de nouvelles pratiques soignantes de qualité et moins coûteuses. Ce sont ces transformations qui font émerger l'idée de développer la prise en charge à domicile en psychiatrie. S'il existait depuis les années 80 les visites à domicile, la proposition de faire de l'HAD est une proposition innovante.

Pour conclure cette partie, nous pouvons dire que la restructuration du dispositif de santé impacte la place du soin dans la société ainsi que les pratiques soignantes. En conséquence, elle interroge l'évolution de l'identité professionnelle et des valeurs soignantes. Plus globalement, il s'agit du changement de culture dont nous allons voir maintenant les propriétés.

2.1.2. Évolution de la structure culturelle

La culture est un ensemble de valeurs, de conceptions, d'usages et de croyances. Porteuse des lois de l'institution que le groupe social tient alors pour évidentes, elle a une grande valeur symbolique. En plus de jouer un rôle fondamental dans le fonctionnement d'une organisation, son existence a plusieurs vertus. Nous n'énonçons ici que quelques-unes d'entre elles.

La culture est comparable à une enveloppe protectrice contre la communauté et l'environnement. Si l'on se réfère à la conception de S. Freud, psychanalyste Autrichien, elle modère l'agressivité et assure, de ce fait, un ordre social :

« La culture est édiflée sur un renoncement pulsionnel »

S Freud

⁵ Loi du 31/07/1991 portant réforme hospitalière. Cette loi intègre les notions d'évaluation de la qualité des soins, d'analyse de l'activité via le PMSI et intègre la notion de prise en charge ambulatoire. La finalité est d'offrir des soins de qualité au juste coût.

L'Ordonnance du 24/04/96 (dite ordonnance Juppé) qui avance l'idée de mutualiser les moyens entre établissement (création GCS) et évaluation via les accréditations dont les résultats sont diffusés.

Ensuite, il est remarquable qu'elle détienne un rôle identitaire car de par son contenu, elle a le pouvoir de distinguer chacune des catégories professionnelles.

Enfin, la culture a un rôle fonctionnel puisqu'elle indique aux soignants le chemin à prendre et les actions à mener.

Elle est donc incontournable au fonctionnement d'une organisation. La culture fait force de loi et puisqu'un adage dit que « nul n'est censé ignorer la loi », le fantasme d'une culture jugée comme acquise est entretenu par ceux qui la vivent. Ce sont les figures d'autorité, les cadres de direction et de proximité de l'organisation qui ont la mission de la préserver. Mais, ont-ils celle de la rendre immobile ?

Nous pouvons en partie répondre grâce à ce que nous trouvons dans la littérature concernant le sujet de la période post-moderne, c'est à dire, la nôtre. Ce qui est dit à ce sujet, c'est que tout est mouvement et, qu'en conséquence, tout devient relatif. Comme nous l'avons vu dans le chapitre concernant la transformation hospitalière, le système, à la recherche d'évolutions médicales et économiques, est en perpétuelle instabilité⁶. Ces objectifs sont eux-mêmes instables et relatifs à différents facteurs de contingence. Si l'on s'en tient aux exigences des tutelles, nous pouvons dire que ce mouvement incessant est interprété comme une plus-value pour un établissement et un gage d'efficacité. Alors que l'immobilisme serait un manquement, le changement serait un devoir. La culture, que l'on peut imaginer comme étant le ciment entre les individus et ces changements, n'échappe pas à cette équation. Autrement dit, pour que les soignants adhèrent au projet HAD, la culture doit évoluer.

Alors que la culture soignante traverse le monde de la santé, il faut prendre en compte qu'il est lui-même composé de plusieurs mondes⁷. Nous pouvons nommer, en lien avec notre sujet, le monde de la gestion et celui du soin. Dans chacun d'entre eux, se développe une logique, des conceptions et des usages singuliers.

Ainsi, agir et innover pour suivre la dynamique de transformation de l'HAD, demande de réinventer une nouvelle culture soignante dont les dimensions sont différentes selon la place de l'acteur dans le système. On ne peut lisser la culture.

⁶ DUMONT Jean-Paul, les organisations de santé, « la grande transformation », cours Master 1, Version 08/2014

⁷ BOTANSKY Luc et THEVENOT Laurent, de la justification. Les économies de la grandeur, Paris, Editions Gallimard, 1991

Afin de limiter les mécanismes défensifs et avoir une politique et des modes de communication adéquats sur le changement, le cadre de santé, en tant que marginal sécant, doit prendre garde à cet aspect.

2.1.3. La dynamique de changement

Le changement s'impose aux organisations de santé pour les entraîner d'un état stable vers un état perturbé pour, finalement, revenir à un état stable. Quelles sont les modifications, les impacts qui permettent ce retour à une relative stabilité ?

Dans les projets de changements, quatre dimensions sont particulièrement impactées et sont à réajuster. Premièrement, c'est la dimension culturelle qui est touchée car les normes ou les règles même informelles sont réécrites pour mettre en phase les règles et les actes. C'est une étape essentielle pour que les professionnels se sentent fidèles à leur identité. Deuxièmement, la dimension stratégique. Alors que dans le changement, l'amélioration des soins à l'hôpital est recherchée, il est important de prouver aux individus la valeur ajoutée le justifiant. Troisièmement, la dimension structurelle qui représente un ensemble de partage d'activité, de responsabilité et de coordination entre les individus. Il est essentiel d'évaluer l'impact du changement sur les responsabilités et les tâches de chacun afin de donner l'information aux acteurs et leur permettre de se construire sur de nouvelles normes. Enfin, la dimension opératoire. Il s'agit du cœur de métier et de la façon dont les tâches sont réalisées.

Les mutations les plus difficiles à mener sont celles qui touchent la culture, car elles touchent aux normes mises en place par les individus. Ils n'ont d'intérêts à les changer que s'ils en comprennent le sens. Nous avons mis en évidence que la communication est un levier important pour cela.

Afin de définir plus précisément les enjeux organisationnels et culturels, il m'apparaît nécessaire de développer le concept de l'hospitalisation à domicile.

2.2. Analyse systémique de l'HAD en psychiatrie

2.2.1. Cadre législatif

Cette modalité de prise en charge est déjà ancienne⁸. Si rien n'est prévu dans la loi dans le domaine de la psychiatrie, elle est prévue en somatique depuis les années 70 via la loi hospitalière du 31 décembre 1970⁹.

Plus tard, la circulaire du 12 Mars 1986 définit l'HAD ainsi :

« L'HAD recouvre l'ensemble des soins médicaux délivrés au domicile du patient dont l'état ne justifie pas le maintien au sein d'une structure hospitalière. Les soins doivent être d'un nombre et d'une intensité comparables à ceux qui sont susceptibles de lui être prodigués dans le cadre d'une hospitalisation traditionnelle »¹⁰.

Le ministre des affaires sociales de l'époque appelle donc à prendre le cap de l'HAD et la loi du 31 Juillet 1991, portant réforme hospitalière, vient conforter ce positionnement¹¹. Ce n'est qu'en 1992, par les décrets d'application qui définissent l'HAD, que la notion de coordination apparaît¹².

Au début des années 2000, on ressent, à travers le cadre législatif¹³, qui la détermine plus précisément, une volonté affichée de voir se déployer l'HAD dans les institutions.

⁸ LEYRELOUP Marie, Réseau de santé, ou santé en réseau ?, Vie Sociale et Traitements, n°81, Pages 20-22, 2004

⁹ Article 4 : « Les services des centres hospitaliers peuvent se prolonger à domicile, sous réserve du consentement du malade ou de sa famille, pour continuer le traitement avec le concours du médecin traitant. »

¹⁰ Légifrance- JO du 19 Mars 1986, texte 4621.

¹¹ Elle introduit l'appellation générique de « structures de soins alternatives à l'hospitalisation », dont l'objet est d'éviter une hospitalisation à temps complet ou d'en diminuer la durée.

¹² « Les structures dites d'hospitalisation à domicile permettent d'assurer au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et nécessairement coordonnés. »

¹³ Circulaire du 1er Décembre 2006 qui rappelle le caractère polyvalent et généraliste de l'HAD et son positionnement au sein d'une offre de soin locale ; Circulaire du 4 Février 2004 qui complète les circulaires de 2000 en précisant les missions et les modalités de prise en charge en HAD en général et plus particulièrement en pédiatrie et psychiatrie. Cette circulaire précise dans le chapitre II le nécessaire développement des alternatives ; Ordonnance du 30 Septembre 2003 qui fait disparaître le taux de change qui imposait la disparition de 2 lits d'hospitalisation d'hôpital avant toute création d'un lit d' HAD. Circulaire

Enfin, La loi Hôpital Patient Santé Territoire du 21 Juillet 2009 labellise l'appellation HAD et la désigne comme « un acteur incontournable de l'offre de soins »¹⁴. Depuis, la circulaire du 04 Décembre 2013 (n°DGOS/R4/2013/398), préconise le développement de l'HAD à échéance 2018 en renforçant la structure de l'offre, son accessibilité, sa pertinence et en développant les compétences.

Les travaux de Mr Edouard Couty, demandés en 2012 par Madame Marisol Touraine dans le cadre du pacte de confiance, valorisent un service hospitalier ouvert sur l'amont et l'aval. Plutôt qu'une prise en charge hospitalo-centrée, il recommande la construction d'un parcours de soins pertinent en lien avec les besoins du patient. Les alternatives à l'hospitalisation temps plein sont au cœur de ce dispositif.

La récente stratégie nationale de santé s'appuie sur ce travail et insiste sur la nécessaire révision de l'organisation des soins qui doit être simplifiée et décloisonnée dans une logique de parcours de soin dans lequel le patient est acteur de sa santé et de sa prise en charge.

Le discours de Madame la Ministre, le 7 Septembre 2012¹⁵, ajoute que les hospitalisations peuvent mettre inutilement le patient en situation de rupture. Effectivement, dans la littérature, il est souvent dit que, davantage que le diagnostic, c'est l'hospitalisation en temps plein qui stigmatise le devenir du patient, notamment en psychiatrie. Ce postulat mériterait, dans la pratique des établissements, de suivre une cohorte de patients afin d'examiner les fréquences des séjours hospitaliers. En effet, si l'HAD permet des hospitalisations plus courtes, y a-t-il une incidence sur la fréquence des hospitalisations et quelles sont les conditions de retour? S'il s'avérait que les hospitalisations sont plus courtes mais plus fréquentes, cela viendrait sensiblement nuancer la notion de stigmatisation du patient qui ne serait alors peut être plus un atout si probant. De ce fait, un travail d'approfondissement permettant la recherche d'indicateurs de pertinence de l'indication HAD serait intéressante, mais ce n'est pas le sujet de ce travail.

du 30 Mai 2000 complétée par la circulaire DHOS du 11 décembre 2000. Les textes encouragent la création de places HAD et définissent le champ d'intervention, les types de soins dispensés ainsi que les modes de prise en charge.

¹⁴ Site Santé.gouv, 14ème journée nationale Hospitalisation à domicile, Xavier Bertrand

¹⁵ « Il est temps de construire le parcours de soins en partant des besoins des patients...l'ampleur de ce que l'on appelle les hospitalisations non nécessaires et les conséquences dommageables pour les personnes concernées exigent une action rapide... »

Ainsi, l'évolution de la loi entraîne un changement de paradigme de la prise en charge du patient qui, comme nous allons le voir, bouscule les pratiques des acteurs de la santé.

2.2.2. Définition et singularités

Depuis la création des secteurs dans les années 70, la psychiatrie a développé nombre d'alternatives à l'hospitalisation tels que les hôpitaux de jour, les Centres Médico-Psychologiques, les Centres d'Accueil Thérapeutique A Temps Partiel avec « la volonté d'intégration, de maintien ou de réintégration du patient dans son milieu familial et social »¹⁶. L'HAD fait partie de cette modalité de prise en charge et s'inscrit dans cette dynamique de progression.

Étymologiquement, le terme d'hospitalisation à domicile désigne :

« Une alternative à l'hospitalisation classique intra-muros. Assurée par des organismes ayant le statut d'établissement de santé, ils coordonnent au domicile du patient la réalisation de soins médicaux et paramédicaux lourds, ou nécessitant l'utilisation de matériels ou thérapeutiques ordinairement réservés à l'usage hospitalier. Imaginée initialement pour désengorger les hôpitaux, l' HAD se révèle très indiquée pour la prise en charge de maladies chroniques et des patients âgés. »

L'HAD, comme pour une hospitalisation « classique », dispense des soins de qualité, sécurisés et s'organise autour de plusieurs types d'indications.

Elle peut être prescrite pour désamorcer des situations à risque ou de crise qui se traitent à défaut en unités de soins à temps plein. Elle aide également à concrétiser les perspectives d'autonomie des patients atteints de pathologies chroniques lourdes¹⁷ par un étayage soignant en tenant compte des exigences de la vie sociale. En conséquence, elle permet d'éviter ou limiter la durée d'hospitalisation et prévient la rupture du lien social parfois induit par l'hospitalisation à l'hôpital et protège les libertés individuelles de l'usager.

¹⁶ Site Psychiatriinfirmiere.free.fr, Guide du service infirmier, L'évolution des orientations en santé mentale et la fonction infirmière

¹⁷ Schizophrénie, troubles bipolaires, troubles de la personnalité

Par ailleurs, en proposant un mode de prise en charge moins empreint de représentations négatives, elle permet de soigner au domicile les patients réticents à « l'entrée en psychiatrie » ou encore, permet de consolider une prise en charge en ambulatoire au décours d'une sortie anticipée. Un article paru en Mars 2009¹⁸ illustre cet état de fait en stipulant que l' HAD améliore la qualité de vie du patient et développe des actions de prévention et d'information concernant la maladie mentale.

Les limites de ce mode de prise en charge sont liées aux types de pathologies et à l'adhésion indispensable des aidants. En effet, il se peut qu'en état d'épuisement et d'inquiétude, ils refusent ou soient réticent à ce travail.

L'HAD invite les professionnels à se positionner dans une « logique de partenariat »¹⁹ entre acteurs du champ social et sanitaire pour concevoir des objectifs en lien avec la réalité du patient. En mutualisant les informations et le savoir-faire, il n'est plus question d'une logique en silos mais bien celle d'un parcours de soins qui convoque le partage d'une forme de savoirs et de pouvoir entre professionnels. Enfin, d'un point de vue économique, elle permet de réduire les coûts liés aux prises en charge en hospitalisations temps plein²⁰.

2.2.3. Dimension organisationnelle

D'un point de vue organisationnel, dans l'établissement où j'exerce, les prises en charge sont assurées par les infirmiers depuis les Centres Médico-Psychologique (C.M.P.). Selon la prescription médicale, une ou deux visites quotidiennes, dont le Samedi, sont réalisées pour la délivrance du traitement et l'entretien infirmier. Le Dimanche de 9H à 20H, une permanence téléphonique est assurée par un infirmier pour l'ensemble des C.M.P. Au-delà de ces horaires, les patients peuvent s'adresser aux urgences psychiatriques.

D'un point de vue médical, le médecin psychiatre assure une consultation hebdomadaire au C.M.P. Comme pour n'importe quelle hospitalisation, le traitement est délivré par l'hôpital.

¹⁸ SEMAL Robin, Sur l'intégration des soins psychiatriques dans la ville, l'évaluation d'un service de soins à domicile dans un quartier psychiatrique pour adultes, Annales Médico-Psychologiques, Volume 167, Pages 127-133

¹⁹ LEYRELOUP Marie, Réseau de santé, ou santé en réseau ?, Vie Sociale et Traitements, n°81, Pages 20-22, 2004

²⁰ Une journée de prise en charge HAD est trois fois moins coûteuse qu'en temps plein.

2.2.4. Distinction avec la visite A Domicile et impacts sur le soignant

L'origine de la VAD est liée à la circulaire du 15 Mars 1960 qui a refondé le système de prise en charge de la maladie mentale en France²¹. C'est un mode de soin ambulatoire prescrit dans un but thérapeutique permettant de favoriser une continuité des soins et, in fine, prévenir l'hospitalisation temps plein. Elle est, en général, réalisée par l'infirmier « référent », c'est à dire le professionnel qui assure la régularité du suivi et qui a une bonne connaissance du patient.

Si, de par cette définition, nous pouvons noter de fortes similitudes entre les deux modes de prises en charge, il s'impose à l'infirmier trois différences majeures: l'état clinique du patient, la fréquence des passages et la délivrance du traitement au domicile. Ces particularités essentielles attribuent aux infirmiers un degré de responsabilité et d'implication supérieurs. L'HAD impacte donc la dimension structurelle de la culture. Enfin, la notion de référence en HAD est négligeable, la prise en charge est collective.

L'HAD convoque de solides compétences pour lesquelles l'infirmier a d'ailleurs, en général, été nommé en CMP. En effet, de mon expérience, cette affectation vient asseoir le sentiment d'une reconnaissance professionnelle, parfois même vécue comme une forme de promotion de la part de certains soignants. Il s'agit d'un intéressant paradoxe. Alors qu'ils pensent occuper un poste plus reconnu, ils se voient de nouveau assignés d'une prise en charge en « hospitalisation » avec de nouvelles contraintes telles que les directives et le contrôle. Aussi, pour certains, l'apparition de l'HAD, prise en charge par les équipes de CMP, est parfois vécue comme un retour en arrière, une altération symbolique de leurs missions. Si le professionnel peut interpréter l'HAD comme une injonction paradoxale de la part de l'institution, nous pouvons nous interroger sur la représentation des valeurs et de la profession infirmière indépendamment du lieu d'exercice.

Dans l'établissement de santé où j'exerce, la particularité des soignants de CMP réalisant de l'HAD, est d'être très autonomes. En effet, chaque infirmier a son propre agenda et gère lui-même ses rendez-vous au bureau ou au domicile. Cette liberté lui permet de faire des choix concernant ses prises en charge et nourrit une difficulté, voir une résistance au contrôle. L'infirmier est presque, finalement, dans une position de travail libéral.

²¹ Circulaire du 15 Mars 1960, relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales, <http://www.legifrance.gouv.fr>

Cette autonomie lui donne, de ce fait, un certain pouvoir dans l'organisation. Il est, ainsi, plus compréhensible de mesurer à quel point le développement de l'HAD peut perturber la souplesse ainsi que l'ensemble des normes. La perte de contrôle de son activité et, symétriquement, l'augmentation de celle de la hiérarchie, ne peut que susciter des résistances.

Pour résumer, les normes entretenues sur la relation soignant/soigné au domicile et la valorisation du professionnel par une affectation en CMP changent. Ce constat prend un sens différent selon les catégories de personnel. Ainsi, pour la direction et l'encadrement, ces postes sont une opportunité professionnelle car ils s'appuient sur des compétences, c'est même un élément d'attractivité de l'établissement. En revanche, pour certains soignants, elle est une régression par rapport à leur anciennes pratiques en CMP.

2.2.5. Un temps intimiste et social

A domicile, le processus d'accueil est bouleversé puisque celui réservé à l'utilisateur à l'hôpital est transformé par celui du soignant au domicile. La zone géographique privilégiée dans le parcours de soins devient le lieu de vie. Cela convoque un nouveau paradigme de la notion de soin et de la relation soignant-soigné qui en est au cœur, a fortiori, en psychiatrie. Cette relation qui s'établit historiquement dès l'accueil dans l'unité, se construit au domicile ou substitut dans le cadre de l'HAD. En situation de crise, entrer dans l'intimité de l'individu et son entourage provoque un profond changement dans les pratiques soignantes et la culture du soin en psychiatrie...« comment ne pas se sentir intrusif ? »²².

D'un point de vue sociologique, ces pratiques remettent en question ce que représente la sphère de l'intimité. Nombre de sociologues, dont Elian Djaoui, ont beaucoup travaillé sur cette question. Nous allons résumer ses pensées.

Dans les représentations sociales, le domicile est un territoire privé construit sur des modes de fonctionnements singuliers appartenant à ceux qui y vivent. Ce micro environnement est un lieu authentique²³et sûr.

²² ROMAN Pascal et SCHELLES Régine, Soins psychiatriques à domicile : des pratiques cliniques aux limites, Dialogue, n°192, Pages 3 à 6.

²³ DJAOUI Eljian, intervention au domicile : gestion sociale de l'intime, Dialogue, n°192, Page 7

A ce sujet, E. Goffman écrivait « le domicile est dans la catégorie des territoires du moi fixes », mettant en exergue la valorisation du moi et l'espace de liberté qui représente en soi une invitation à « prendre soin ».

S'y oppose le macro-espace, ou espace public qui évoque l'inconnu et cultive le sentiment d'insécurité qui est d'ailleurs, renforcé par la médiatisation de dramatiques faits divers²⁴. Face au monde extérieur, le domicile est donc un lieu ressourçant et protecteur pour le sujet.

Le soignant s'introduit donc dans une sphère privée, prolongation et projection du patient. C'est une riche source d'observation révélant des éléments permettant d'adapter l'offre au plus près de ses besoins. L'étrangeté de cette situation est que, paradoxalement, le domicile devient un lieu « semi-public » voir un espace professionnel. Parce qu'il est ainsi transformé, le domicile du patient fonctionne, à l'image d'une unité de soins, comme un espace politique avec ses dimensions humaine, économique, organisationnelle et de contrôle.

2.2.6. Une refonte de l'équilibre relationnel

Il existe, en effet, une notion de contrôle puisque le professionnel visualise ce qui se passe à l'intérieur de la sphère privée et à la possibilité d'en rendre compte à l'extérieur. Augmentant ainsi les zones d'incertitudes chez l'utilisateur, le soignant possède un pouvoir sur lui. Néanmoins, les incertitudes, dans un système relationnel, sont toujours réciproques et l'utilisateur possède, quant à lui, une liberté de ce qu'il fait ou montre chez lui. La relation thérapeutique qui en résulte repose ainsi sur l'interaction de ces individus composant le système. Le patient dévoile une partie de son intimité en rendant compte de renseignements supplémentaires sur ce qu'il est et ce qu'il vit. De son côté, le professionnel met au service du patient sa présence et son expertise.

2.2.7. Sujets en relation ou individus en interaction ?

Le travail infirmier, produit lors d'une HAD, expose le professionnel à des charges émotionnelles fortes qui sont autant de facteurs de résistance. Le travail au domicile fait appel à l'intimité du professionnel et suscite des émotions qu'il doit gérer seul dans l'instant.

²⁴ Événements tragiques de Pau(2004) et Béthune(2005)

Dans la relation, quel que soit le lieu du soin, il ne peut être toujours authentique dans la transmission de ses émotions. Ce sont ses compétences qui lui permettent d'évaluer et adapter son discours à la situation. D'autre part, le soignant peut se retrouver seul face à une situation déstabilisante qu'il doit gérer seul loin du cadre de l'unité de soins protectrice du fait de l'équipe, des procédures, des traitements, etc.

Au plus près de la souffrance du patient, il peut être en difficulté sur le plan émotionnel et physique en devant y faire face seul. Ce positionnement peut fragiliser le soignant. Aussi, le refus d'aller travailler au domicile des patients est parfois une stratégie de défense pour celui qui en a conscience et qui craint de ne pas arriver à gérer ce type de situations. En lien avec ces situations particulières, plusieurs champs de compétences doivent être déployés et le travail, tel qu'il vient d'être décrit, interroge le sens des pratiques professionnelles.

La grande transformation impacte donc la dimension culturelle et modifie le sens des actions dans l'univers soignant et celui de la Cité. Devant être discutée en première intention, et la sortie vers l'hôpital devenir ainsi exceptionnelle²⁵, nous pouvons penser que cette offre de soins va se développer. Aussi, ces changements ont des effets sur la relation entre le personnel et les patients mais également avec la Cité et sa capacité à accueillir la différence. Il est essentiel de prendre en considération ce cadre de soins, c'est pourquoi nous allons aborder l'aspect sociologique de ce changement.

2.3. La dimension sociologique de cette situation de soins

En lien avec la diminution des prises en charge institutionnelle au profit de l'intégration du patient dans la cité, quelles sont les représentations sociales du patient psychiatrique et celle des soignants ?

Cette question a particulièrement évolué ces trois derniers siècles, période durant laquelle beaucoup d'énergie a été consacrée à transformer la sémantique encadrant la maladie mentale. En effet, alors que nous parlions de « possédé », « d'aliéné », nous parlons aujourd'hui « d'usager des services de santé mentale ». Par ailleurs, nous ne parlons plus de « folie » mais de « maladie mentale ». Ces stratégies prouvent à quel point l'intégration du malade dans la société est problématique.

²⁵

Site de la FEHAP, le rôle et la place du domicile dans le parcours de soins, publié le 3 octobre 2013

Aujourd'hui, certaines images de la folie persistent et influencent le jugement. Nous allons donc, dans cette partie, tenter de dérouler ces questions des représentations sociales de la maladie mentale et du métier de soignant en psychiatrie.

2.3.1. Qu'est-ce que la représentation ?

Le terme « représentation » vient du latin « repraesentare » qui signifie « rendre présent ». C'est un concept introduit par Émile Durkheim en 1898²⁶ et repris par Pierre Bourdieu, sociologue. Ils disent que les représentations sociales organisent et expliquent les rapports sociaux, l'orientation des comportements collectifs et la transformation du monde. Il est donc souhaitable de donner du sens à la représentation de la maladie mentale dans notre société car elle influence les futurs comportements et attitudes de chacun d'entre nous.

Selon Denise Jodelet²⁷, psychosociologue, la représentation est « située à l'interface du psychologique et du social ». C'est donc, selon elle, un concept fondé sur le maillage de deux processus : celui de la pensée individuelle et celui de la pensée collective, fondée sur les normes de la société auquel le sujet pensant appartient. Ainsi, la représentation individuelle est dépendante de celle de la société. Le phénomène est lié au besoin du sujet d'être dans la norme pour appartenir au groupe d'individu qui l'a déterminée. En se positionnant ainsi, l'individu appartient au groupe « sain ».

2.3.2. Définition de la maladie mentale

Il existe de nombreuses définitions de la maladie mentale et autant de comportements qui en résultent. Une me paraît intéressante par le lien qu'elle fait avec notre sujet. Il s'agit de celle de Dominique Giffard pour le site 'Psychiatrie infirmière' datant du 24 Janvier 2011 :

²⁶ Site wikipédia, Représentation

²⁷ JODELET Denise, les représentations sociales, Paris, Edition PUF, 1991

« Désignant 14% des personnes, la maladie mentale est la cause principale d'invalidité et d'exclusion des sociétés industrialisées. Le terme commun "maladie mentale" englobe différentes difficultés et souffrances d'ordre relationnel qui perturbent l'être humain dans son rapport à lui-même ou à autrui (sentiments, pensées, comportements). Vécue douloureusement par le patient et son entourage (famille, amis, voisins, collègues), la maladie mentale et l'ostracisme qui lui est lié rendent délicate, problématique sinon impossible l'insertion familiale, sociale ou professionnelle ».

Cette définition fait apparaître plusieurs éléments. Premièrement, elle met en exergue qu'un nombre non négligeable de la population peut souffrir d'un trouble mental (14%). Cette information relativise la particularité effrayante éveillée par la notion de « malade mental » telle que nous la développerons un peu plus loin. Ensuite, elle fait apparaître l'existence de gradation dans la manifestation des troubles et introduit, par ce biais, le lien entre les représentations et la sémantique employée. Enfin, elle donne une dimension profondément humaine à ces maladies en contextualisant la personne au sein de la cellule familiale et sociétale.

Pourtant, cette définition n'est pas la première que l'on peut trouver sur la page de recherche internet. Ce système d'information, largement emprunté par le grand public, indique en premier lieu les définitions suivantes :

- « Maladie qui affecte le comportement d'un individu. »

psychologie.com

- « Maladie qui regroupe des altérations plus ou moins graves de la santé psychique, entraînant des troubles du comportement »

[Le Petit Robert](http://LePetitRobert.com)

- « Affections qui perturbent la pensée, les sentiments ou les conduites d'une personne de façon suffisamment importante pour causer une souffrance psychique plus ou moins importante et rendre - selon le trouble en question et son degré de gravité - sa créativité, son intégration sociale et professionnelle problématique »

[Wikipédia](http://Wikipédia.org)

Contrairement à la première définition, celles-ci font apparaître des mots pouvant alimenter de l'appréhension. Quel type d'interprétations cet accès à l'information grand public peut-elle éveiller?

Proportionnellement au nombre de définitions, une multitude de perceptions et de représentations sont possibles et influencent nos comportements. Tant que le « malade psychiatrique » est à l'hôpital, il n'est pas un danger pour la société mais, pris en charge à domicile, au cœur de la Cité, des inquiétudes apparaissent. Au regard de notre histoire, nos connaissances, nos croyances, les représentations sont différentes pour chacun d'entre nous²⁸. Il en est de même pour les professionnels de la santé, emprunts de leur propre culture soignante et sociale.

A l'interface de ces deux mondes, l'infirmier d'hospitalisation à domicile est ainsi confronté à ses propres représentations ainsi qu'à celles de la société. Il m'apparaît important de signifier plus précisément ce rapport au patient selon le monde auquel nous appartenons. Ainsi, dans la partie suivante, nous allons examiner les influences des représentations sociétales sur le malade.

2.3.3. Représentations sociales de la maladie mentale

Concernant la maladie mentale, les représentations reposent sur l'héritage de l'histoire et de la culture. Les attitudes et comportements adoptés restent dans la mémoire collective.

Je souhaite m'appuyer sur un auteur, M. Jean-Claude Abric, sociologue Français, pour enrichir l'analyse des impacts des représentations. Selon lui, La représentation est un système de pensées individuelles organisées autour d'un noyau central commun au collectif.

Cette particularité rend cette notion subjective et plurielle articulée autour d'un noyau central ²⁹de la représentation de la maladie mentale matérialisé par l'équation maladie mentale = danger³⁰.

²⁸ PRZYGODZKI-LIONET Nathalie, Entre risque objectif et risque perçu, de la nécessaire prise en considération de la représentation sociale de la dangerosité pour une optimisation de son évaluation, Psychiatrie et violences, volume 9

²⁹ Notion élaborée par S. Moscovici puis reprise par J.C. Abric en 1976

L'auteur fait apparaître l'idée que la pensée individuelle et les attitudes sont influencées par l'appartenance à un collectif. Or, c'est une notion complexe, puisque dans chaque groupe existe également des sous-groupes fédérés par des points de vue relativement semblables. Nous distinguerons ainsi dans ce travail deux groupes sociaux distincts que sont la population et les patients. Pour ce premier échantillon représentatif, j'ai choisi de m'appuyer sur une enquête IPSOS de 2009.

Elle nous permet de constater que, si pour 47% de la population les maladies mentales sont associées à des dénominations négatives (débile, attardé, aliéné, dément...), toutes les pathologies ne sont pas acceptées socialement de façon identique³¹. Cela signifie que les représentations sont différentes selon le diagnostic.

Par exemple, la schizophrénie est la pathologie qui génère le plus d'inquiétudes : 65% des Français considèrent que le schizophrène représente un danger pour autrui et 61% que leurs troubles sont liés à une consommation de drogues ou d'alcool. En revanche, l'étude a montré que la dépression est mieux acceptée car 64% font le rapport avec les conditions de vie et 67% avec un choc psychologique ou émotionnel. Assez simplement, je pense que le patient névrotique est plus facilement accepté car l'ensemble de la population peut plus s'identifier à ce type d'individus ou à connu chez soi ou ses proches, des moments de fragilité. Ce type de pathologie suscite donc plus de compassion et de bienveillance.

Il y a un différentiel important entre ces deux exemples : alors que le schizophrène est affublé responsable de son état de par ses conduites addictives, le dépressif subirait les malheurs et suscite alors plus d'empathie. Les préjugés et la tolérance à l'égard des malades dans la société vont en découler et varier selon les situations.

Pourtant, lors de la semaine d'information sur la santé mentale en 2011, le Docteur JY Giordana³² souligne que c'est le malade schizophrène qui a 14 fois plus de risques d'être victimes de sévices que d'agresser quelqu'un.

³⁰ Enquête internationale « santé mentale en population générale : images et réalités » ; ROELANDT JL, CARIA Aude, Imane Benradia y SIMON VASSEUR BACLE-Psychology, Society & Education 2012, Vol.4, n°2, Pages 137-149

³¹ Enquête IPSOS « perceptions et représentations des maladies mentales au sein de la population Française, 2009.

³² Chef de pôle de psychiatrie, centre hospitalier spécialisé Sainte Marie, Nice.

La Fondation FondaMental³³ qui avait commandité cette étude pense que c'est la connaissance de la pathologie qui oriente les représentations et qu'ainsi, plus la population est informée, plus elle est en capacité de les faire évoluer. La conclusion est que les représentations de la « maladie mentale » ne bénéficient pas du même degré de communication au grand public.

Nous venons donc de mettre en avant le fait que le risque de stigmatisation et de discrimination pour ce type de patient est important. Nous pouvons donc légitimement nous demander quelles sont les représentations du patient envers la société dans laquelle il vit.

Pour apporter des éléments, l'étude Indigo réalisée à ce sujet en 2009 m'a semblé intéressante à présenter. Elle recueille le ressenti des personnes schizophrènes et montre, qu'effectivement, 90% des personnes interrogées ont le sentiment d'être à la marge sur le plan social. Leurs principales préoccupations sont d'avoir un cercle d'amis et un emploi. Contrairement au commun des individus qui ne souhaite pas ces patients dans la Cité, les patients, eux, rêvent, de cette appartenance. Cette étude montre également que les patients schizophrènes estiment que l'hospitalisation a été plus stigmatisante que le diagnostic³⁴. Il semble légitime de définir ce terme de « stigmatisation », si éprouvant et lourds de conséquences pour les malades.

Pour y réfléchir, nous pouvons nous référer à la définition de Goffman (1975), sociologue Américain, pour qui la stigmatisation est un « processus dynamique d'évaluation qui discrédite significativement un individu aux yeux des autres ».

Malgré l'évolution de la sémantique, les études citées nous montrent que la stigmatisation du malade psychiatrique est toujours présente et confirment que le grand public pense ce type de patient dangereux. Aussi, nous pouvons nous reporter sur une enquête internationale complémentaire menée, entre autres, par Jean-Luc Roelandt, psychiatre, et publiée en Septembre 2012 s'intitulant « Santé mentale en population générale : images et réalités ».

Cette étude a distingué trois termes concernant les personnes : « le fou », « le malade mental » et « dépressif ». Cette étude renforce l'idée que les représentations sociales ne sont pas homogènes selon la terminologie employée et donc le diagnostic.

³³ Fondation de coopération scientifique dédiée aux maladies mentales. Pour faire reculer les préjugés sur les maladies mentales, elle développe une action d'informations au grand public.

³⁴ DAUMERIE N., VASSEUR BACLE S., GIORDANNA JY, ROELANDT JY, BOURDAIS MANNONE C, CARIA A., la discrimination vécue par les personnes ayant reçu un diagnostic de troubles schizophréniques- premiers résultats français de l'étude Indigo, Encéphale, n°38, Pages 224-231, 2012

C'est dans le monde du travail ou le « malade mental » et encore plus « le fou » est le moins accepté. Enfin, ce sont dans les pays Européens que les personnes malades sont le plus exclues en opposition, par exemple, aux pays du Maghreb.

Pour la majeure partie des personnes, les malades sont jugés irresponsables et doivent ainsi être contraints à se soigner. En France, nous considérons majoritairement que le « malade mental » est incurable alors que nous sommes 80% à penser que le « dépressif » peut guérir complètement. L'accent est clairement mis sur la corrélation entre le diagnostic et la représentation.

L'enquête révèle que 70 à 80% de la population pense reconnaître « les malades mentaux » au regard de leurs comportements décrits comme (très) violents : « commettre un meurtre », « commettre un inceste », « commettre un viol », « être violent envers les autres », « battre régulièrement sa femme et ses enfants ». Dans l'inconscient collectif, la dangerosité est le signe le plus évocateur de la maladie mentale, elle est plus attribuée au « malade mental » qu'au « fou » qui serait pris en charge à l'hôpital et dont la société est ainsi à l'abri. Pour faire du lien avec les travaux de Goffman, il y a ainsi l'idée que, pour la population, ce qui se passe dans la sphère privée de la personne soignée peut envahir la sphère publique avec, de surcroît, entraîner une notion de dangerosité pour la population. En revanche, ces propos ne concernent pas les personnes dépressives. Ainsi, moins de la moitié des personnes seraient prêtes à soigner un de leur proche au domicile, évoquant la dangerosité potentielle et 70% pensent que leur place est à l'hôpital. Ce pourcentage chute à 30% pour les états dépressifs.

Cette enquête déplace l'interrogation de la représentation de la maladie mentale vers celle de la place du soin psychiatrique dans la Cité d'autant qu'historiquement l'institution médicale a un devoir de protection de la sphère sociale. C'est ce que nous allons aborder maintenant.

2.3.4. Les fonctions sociales de l'organisation hospitalière à travers les siècles

Même si sa fonction principale reste de prodiguer des soins aux malades, le rôle de l'hôpital a beaucoup évolué depuis 50 ans. Pour le comprendre, retraçons les grandes lignes historiques de l'organisation hospitalière.

A l'origine de l'assistance à la population, nous retrouvons l'impact des religions. Le premier accueil réservé aux malades est réalisé dans un monastère Bouddhiste en Inde au III^{ème} siècle avant JC. Par la suite, les romains créent des cliniques privées pour soigner et ainsi préserver le potentiel humain des soldats et des esclaves.

En Occident, souvent situées près d'une cathédrale et sous l'autorité d'un évêque, apparaissent au VI^{ème} siècle, les « Maisons Dieu ou Hôtel Dieu ». Ce ne sont pas encore des lieux de soins mais plutôt des espaces réservés à l'accueil des plus pauvres.

Au VII^{ème} siècle, ce sont les membres des confréries religieuses qui dispensent les soins : les moines pour les hommes et les sœurs pour les femmes. Dans ces lieux d'accueil, la fonction spirituelle domine la fonction soignante.

La médiocre gestion des Hôtels Dieu précipite l'ingérence des municipalités dans l'institution hospitalière. Louis XIV va créer, au XVII^{ème} siècle, l'hôpital général avec l'objectif de favoriser l'hébergement des indigents et de protéger la population des contagions qu'elle véhicule. L'objectif caché est le maintien de l'ordre public. L'hôpital revêt à cette époque, une fonction asilaire et effectue un contrôle des déviances par l'enfermement.

L'hôpital devient réellement un lieu de soins au XVIII^{ème} siècle. On constate qu'il est préférable de séparer les patients en fonction de leurs maladies afin de ne pas contaminer les autres soignés. C'est la naissance de la médecine clinique. Les malades sont admis à l'hôpital en fonction de l'intérêt de leur pathologie pour la formation du médecin qui les prend en charge. Cela favorise « l'enseignement au lit du malade ».

La naissance de l'hôpital en tant qu'institution résulte de la nécessité d'aider les plus démunis renforcée par la ferveur religieuse très présente à cette époque.

Il est mis en évidence que l'institution hospitalière permet un contrôle social de certains individus. Par exemple, les travaux de PARSONS, sociologue Américain, réalisés en milieu psychiatrique aux USA dans les années 50, démontrent que l'hôpital détient une fonction de contrôle de l'ordre social. L'hôpital psychiatrique a une fonction de gardiennage de ces malades et de protection envers la société. Dans cette institution, les patients apprennent à respecter le rôle qui leur est attribué. E.GOFFMAN, étudie le milieu psychiatrique de l'intérieur. Il constate que l'aliénation que subissent les patients est double : d'une part avec la maladie et de l'autre avec l'enfermement. Si le patient veut survivre dans ce milieu, il doit jouer le rôle que l'on attend de lui sans se rebeller. Pour le sociologue, l'institution psychiatrique n'est pas une réponse aux besoins de ces patients.

En France, une réforme importante va modifier le paysage hospitalier. Monsieur DEBRÉ, Professeur et président de l'académie de médecine, réforme en 1958 l'institution hospitalière en s'inspirant des travaux américains de A.FLEXNER, enseignant Américain.

De cette réforme vont émerger les centres hospitaliers universitaires (CHU) dont les missions sont de dispenser des soins, favoriser l'enseignement des futurs médecins et la recherche. Cette réforme donne davantage de pouvoirs aux médecins. Elle est mise en place dans le contexte économique des trente glorieuses, favorable financièrement à la rénovation et/ou à la construction d'hôpitaux.

L'accueil pour tous à l'hôpital date de 1941, mais la réforme de 1958 et l'extension de la sécurité sociale concrétisent ce dispositif : les riches comme les pauvres peuvent bénéficier des mêmes soins.

Malgré cela, les inégalités restent d'actualité au sein de l'institution. Ainsi, selon le service d'hospitalisation et le type de pathologie, la prise en charge ne s'effectuera pas de la même manière. La chirurgie par exemple recrutera les patients en fonction de leurs ressources et de leur solvabilité. C'est souvent le prestige du chirurgien qui attire ce type de patients.

La spécialisation du praticien accentue les inégalités sociales au sein de l'institution. Les personnes soignées vont l'être en fonction de leur rôle dans la société et de ce que la guérison peut apporter en matière de productivité.

Ainsi, dès le XIXème siècle on constate « une gestion collective du malheur ». Le principe de solidarité dont l'Etat est le garant constitue l'Etat social. L'activité professionnelle de l'individu va lui fournir le droit à l'accès aux soins. Celui qui ne pourra participer faute d'emploi, aux frais hospitaliers, bénéficiera de la solidarité des salariés.

Ces considérations amènent à considérer l'hôpital comme une organisation avec les mêmes enjeux d'influence que dans le secteur industriel. Le médecin y est perçu comme un sauveur de vies ce qui justifie son autorité et sa toute puissance. Même si l'hôpital est constitué de deux autorités que sont l'administration et le corps médical, force est de constater que le médecin impose sa suprématie.

Le modèle de H.MINZBERG, universitaire Canadien en sciences de gestion, permet de décrypter le fonctionnement des hôpitaux avant le choc pétrolier de 1974. En effet, avant cette date, l'hôpital tire ses revenus du prix de journée appliqué à chaque patient. Ainsi, la santé financière des hôpitaux dépend de la durée d'hospitalisation sans contraindre le médecin à rentabiliser la durée de l'hospitalisation. L'apparition du budget global modifie cette perception et implique de se questionner sur les moyens à mettre en œuvre pour respecter ses exigences et les besoins des patients. On voit ainsi apparaître des hospitalisations qui sont plus courtes et plus nombreuses ainsi que des consultations en externe et des hospitalisations de jour.

« L'hôpital s'est engagé dans un processus qui, en quelques décennies l'a fait passer de l'hébergement sans soins aux soins sans hébergements ».

Cette durée de séjour devenue plus courte s'effectue grâce à la coordination des différents services.

La création du réseau ville-hôpital en est l'illustration. Cela favorise la continuité des soins dans un réseau de proximité du lieu d'habitation du patient. L' HAD est un produit de cette transformation.

2.3.5. Le médecin : contrôleur social ou entrepreneur moral ?

Pour E.PARSONS, la maladie est une déviance de l'ordre social et le rôle du médecin est de ramener le patient à un état proche de l'initial afin qu'il puisse continuer à jouer son rôle au sein de la société.

Chaque pathologie requiert un comportement adapté afin de rester dans la normalité imposée par la société. Devant la toute puissance et le rôle délégué à la profession médicale, les usagers de la santé sont donc en mesure de s'interroger sur le mode de « contrôle » de ces médecins afin d'éviter tout débordement de leur part. Dans la représentation sociale, le monde médical a un rôle de contrôle social.

Ainsi, dans l'inconscient collectif, le corps médical n'assure plus les garanties sécuritaires. En HAD, les visites quotidiennes de l'infirmier est la confirmation que l'hôpital ne joue plus ce rôle protecteur de la société et que le patient a changé de statut. En conséquence, très exposés aux ressentis du patient et de la société, nous pouvons comprendre leur résistance. Pour tenter de trouver des pistes pour les accompagner dans cet exercice, Je souhaite dorénavant reprendre les fondations de l'identité du soignant en m'appuyant sur l'histoire de la psychiatrie.

2.4. L'histoire fondatrice de l'identité du secteur psychiatrique

*« La folie est un phénomène de civilisations
car c'est un phénomène de culture »³⁵*

M. Foucault

Pour ce chapitre, j'ai choisi de m'appuyer sur une émission de radio transmise le 31 mai 1961, interviewant Michel Foucault, philosophe Français, sur l'histoire de la folie.

Cette approche m'a semblé intéressante car elle étudie le rapport de la culture Française avec la folie et fait ainsi le lien entre deux concepts forts de notre sujet : la culture et les représentations de la maladie mentale.

2.4.1. Rapport de la culture Française à la folie

Jusqu'au début du 17ème siècle, les individus considérés comme « fou » effraient la population. Néanmoins, avec l'évolution des mentalités, ils sont de plus en plus intégrés dans la société du 18ème Siècle dans laquelle des « fêtes de fous » sont organisées, symbolisant le changement de la représentation sociale de la folie. Certains publient même leurs écrits, laissant en héritage leurs mémoires et, par là même, influençant le bouleversement de la culture et les représentations. Pourtant, au regard d'un contexte économique défavorable, de nouveau, le fou perd cette place et est considéré comme une charge économique dans la société. Michel Foucault pense que ces phénomènes économiques ont influencé la sensibilité sociale sur la question de la folie. C'est intéressant car, aujourd'hui, ce sont bien aussi, en partie, des réalités économiques qui ouvrent de nouveau ce débat.

A l'époque du 18ème, seuls sont gardés dans les institutions les malades mentaux. Les autres, les « déviants » sont remis dans la cité dans le but de récupérer de la main d'œuvre utilisable dans les manufactures et ainsi participer à la vie économique du pays. Les personnes hospitalisées, quant à elles, fournissent selon leurs possibilités, de la main d'œuvre pour l'institution dans laquelle elles vivent.

³⁵ Emission Radiotélévision Française, 31 Mai 1961, propos de Foucault. « Histoire de la folie à l'âge classique, rapports entre la folie et la société ».

L'hôpital devient alors un lieu d'internement où l'histoire de ce qui se passe derrière les murs reste opaque au grand public. Dans l'ignorance, la société alimente des fantasmes, des représentations négatives qui stigmatisent de plus en plus cette population ainsi que celle des « gardiens des fous », les anciens infirmiers. D'ailleurs, nous pouvons nous demander dans quelles mesures les soignants ne souffrent pas à l'époque de la même discrimination que ceux dont ils ont la responsabilité aux yeux de la société.

A la moitié du 19ème, Philippe Pinel, aliéniste Français, et Jean-Baptiste Pussin, gouverneur des fous à Bicêtre, font apparaître des pratiques intéressantes qui font évoluer les conceptions et le vocabulaire. Par exemple, on parle dorénavant de « malade mental » ou « d'aliéné ». Ce sont, pour moi, deux acteurs emblématiques d'un virage humaniste et créatif notoire dans le domaine de la psychiatrie. Même si elle peut sembler réductrice et manquer d'éloquence, l'analogie des contextes économiques de cette époque et la nôtre, me paraît suffisante pour retracer leurs travaux et tenter de comprendre ce qui leur a permis de faire progresser les pratiques soignantes dans ce contexte difficile.

2.4.2. P. Pinel et JB. Pussin : un virage humaniste de la psychiatrie

Dans les faits, cette époque est marquée par la légendaire libération des insensés souvent associée à P. Pinel. Pourtant, l'engagement de son binôme, JB. Pussin, qui démontre à l'époque, la faisabilité pratique et l'efficacité de ce traitement, est essentiel. Pour cela, et en lien avec notre sujet s'intéressant à la population paramédicale, nous allons particulièrement nous intéresser à lui.

Il est né en 1745³⁶. Hospitalisé à 26 ans à l'Hôtel Dieu pour une adénite tuberculeuse, il fait sa convalescence à Bicêtre. Alors que considéré comme guérit, il décide d'y rester et travaille comme maître près des enfants. Grâce à ses compétences, il est nommé "Gouverneur de l'emploi de St Prix"³⁷ en 1785. Il se voit confier un bâtiment complet dont la moitié est occupé par les malades qui vivent dans de médiocres conditions d'hébergement.

³⁶ Site Histoire de la psychiatrie en France, Jean-Baptiste Pussin, <http://psychiatrie.histoire.free.fr>

³⁷ JUCHET Jack et POSTEL Jacques, le « surveillant » Jean-Baptiste Pussin à la Salpêtrière, histoire des sciences médicales, Nabu Press, tome XXX, n°2, 1996

C'est à cette période que JB. Pussin va amorcer le « désenchaînement des fous » limitant la contention physique au bénéfice des liens moraux.

Lorsque Pinel arrive à Bicêtre, les deux hommes ont en commun l'intérêt qu'ils portent aux malades. Le médecin s'intéresse au travail du surveillant dont la richesse ne se trouve pas dans le savoir théorique mais dans un savoir-faire et un sens de l'observation qu'il consigne par écrit. Nous pouvons penser que ces notes personnelles l'aide à donner du sens aux situations et mettre en œuvre des actions de soins. Par l'écriture et son implication, JB. Pussin interroge son expérience et ses propres représentations lui permettant d'adapter ses comportements près des aliènes.

Dans la relation entre les deux hommes, le positionnement hiérarchique semble être au second plan. D'ailleurs, dans la littérature, est surtout mis en relief le partage et le respect entre les deux hommes et une richesse liée à l'engagement de Pussin et l'attention, voir la reconnaissance, de Pinel. Le médecin lui rend d'ailleurs hommage dans « Observations sur la manie pour servir l'histoire naturelle de l'homme » rédigées en 1794 où est mise en exergue la complémentarité entre la théorie et la pratique. C'est finalement la complémentarité des deux hommes dont il est question.

C'est donc dans ce contexte économique difficile et du lien entre la théorie et la pratique, illustrée par la relation de ces deux hommes, que naît un changement des représentations et de la prise en charge de la folie. Cette rencontre et l'approche éthique qu'elle soulève, font apparaître la notion de « traitement moral ». Une autre approche dans la relation soignant-soigné est véhiculée et signe la rupture avec les traitements barbares dont souffre jusqu'alors les aliènes.

En 1799, le " Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale " écrit par Pinel symbolise une rupture. Le malade est considéré comme un individu faisant partie de la société et pose le postulat que la maladie s'inscrit dans un contexte avec un début et, de ce fait, une fin.

L'histoire de la psychiatrie traverse deux siècles ponctués par l'apparition de nouvelles molécules qui permettent à certains patients de retrouver une liberté grâce à la diminution des troubles psychiatriques. Certains patients restent « dans les murs » de l'hôpital, d'autres peuvent, avec un suivi, vivre à l'extérieur. Ce nouveau type de prise en charge est proposé à la moitié du 20ème Siècle au regard, notamment, de la sectorisation du secteur psychiatrique et du diplôme d'infirmier psychiatrique de secteur en 1969³⁸.

³⁸ Il y avait déjà eu auparavant, en 1955, le premier diplôme national d'infirmier des hôpitaux psychiatriques.

2.4.3. La reconnaissance de l'identité soignante

En 1955, le premier diplôme national d'infirmier des hôpitaux psychiatriques apparaît. Suit, en 1969, le diplôme d'infirmier psychiatrique de secteur. Cette évolution est une reconnaissance de l'identité des soignants et des patients. Depuis, avec le développement de l'ambulatoire comme moteur, la profession n'a cessé d'évoluer avec des formations de plus en plus spécifiques. C'est bien la poursuite de cette progression qui vient bousculer les représentations sociales, héritage du passé de la psychiatrie que nous venons d'évoquer.

Nous rapportons ce qui s'est passé, soit, il y a deux siècles. Pourtant, je pense que nous devons nous servir de cette étude et nous interroger sur la manière dont nous pourrions transférer cette expérience avec nos préoccupations actuelles.

La notion intéressante, qui est la matrice de ce que nous recherchons aujourd'hui, est celle de la volonté d'intégrer le patient psychiatrique dans la société. Pussin, par son engagement et ses écrits, a finalement interrogé son expérience et ses propres représentations. Ces questionnements lui ont permis de faire des choix, de prendre des décisions et d'être reconnu dans son travail. Je considère cette démarche comme, ce que nous appellerions au 21ème siècle, « une analyse de pratiques ». C'est ce concept que nous allons maintenant développer.

2.5. Qu'est-ce qu'une analyse de pratiques ?

Pour définir ce concept, j'ai choisi de m'appuyer sur des articles de Mireille Cifali, historienne, Docteur en sciences de l'éducation et psychanalyste³⁹.

³⁹ www.wikipedia.org

Pour elle, l'Analyse des Pratiques Professionnelles (APP) repose sur le postulat que les connaissances émergent en donnant du sens aux pratiques soit que le savoir théorique naît des connaissances empiriques⁴⁰.

En général, ce travail s'effectue par groupe de professionnels et est animé par quelqu'un de formé. Il se distingue des temps de synthèse qui sont des temps d'échanges et de réflexion pour une action ou une proposition immédiate.

La méthode consiste à conduire l'analyse d'un récit issu d'une situation professionnelle dans le but de construire une théorie. Le partage des informations et la démarche réflexive nécessaire devient un moyen reconnu pour en saisir le sens et produire un savoir « scientifique » qui appartient aux professionnels de terrain. Techniques et sciences se déploient dans deux espaces singuliers et se rejoignent par un lien qui n'est pas hiérarchique. Si l'objectif final est commun, les enjeux sont différents selon les membres du groupe.

L'enjeu, pour l'animateur, est d'accompagner le groupe vers l'échange des pratiques et la recherche de savoirs. Contrairement au modèle transmissif, il entraîne le groupe vers une analyse réflexive. Dans l'un, l'erreur est une faute, avec une chape moralisatrice alors que dans l'APP, les difficultés sont une source d'apprentissage. De la même façon qu'il n'existe pas de rapports hiérarchiques entre savoirs et pratiques, l'animateur n'a pas cette position vis à vis du groupe.

Si le groupe rend visible ses émotions par le récit, le formateur doit rendre invisible son savoir pour que le groupe puisse construire celui qui émane des individus présents. Pour également obtenir un cadre de travail objectif et sain, il est garant des règles au sujet du secret et de l'absence de jugement. La parole ne peut effectivement circuler que si elle est « protégée ». Aussi, chaque participant ne donne de soi que contre une attitude respectueuse et réservée au groupe. Gagner cette confiance, de surcroît, dans un contexte institutionnel, est un processus long.

L'enjeu, pour chaque participant, est de pouvoir partager le récit d'une expérience singulière, parfois difficile, qui, guidé par les valeurs liant le groupe, permet de donner du sens à ce qui s'est passé. Pour qu'un tel travail soit possible, il convient que chacun s'assure de son engagement et soit d'accord pour s'exposer face au groupe. La finalité de cet exercice difficile est bien de mettre du sens aux difficultés auxquelles chacun est confronté en ayant une meilleure connaissance de soi par un étayage collectif.

⁴⁰ CIFALI Mireille, Brefs repères-pour l'analyse des pratiques professionnelles, extrait de la revue Cuadernos de Pedagogia, n°427, 2012

Pour permettre d'avancer dans ce sens, il faut accepter les règles qui consistent à rendre visible le travail, même peu glorieux, et consentir à s'engager.

Le groupe, avec lequel le récit est partagé, doit respecter certaines conditions éthiques comme la clause du secret et l'altérité qui protège la parole de chaque participant. L'animateur est garant de ce cadre permettant un climat favorable à la circulation de la parole et l'élaboration de savoirs épistémologiques. C'est ce positionnement éthique qui permet au groupe de s'autoriser à partager leurs singularités pour construire des échanges et des savoirs objectifs.

Ainsi, l'APP profite à la connaissance théorique et à la connaissance de soi. C'est sur ce dernier concept que chacun développe une éthique en lien avec ses valeurs. C'est un pas vers le positionnement individuel sur lequel repose l'identité professionnelle et le sens du travail. Ainsi, il existe de la subjectivité dans les situations proposées qui convoque la notion de reconnaissance de l'Homme en tant que tel avec les droits qui lui appartiennent, notamment sa liberté de penser. Transposé au milieu professionnel, c'est reconnaître au professionnel la capacité et l'envie de donner du sens à ce qu'il vit, ce qu'il ressent à travers les autres. Même s'il existe des limites, c'est accorder la capacité à analyser de manière systématique ce qui est vécu et senti dans sa relation à lui-même et aux autres.

Travailler sur la subjectivité permet de se positionner en tant qu'individu pensant dans un système qui lui permet d'en être acteur et ne pas que le subir. C'est une thèse contestée par certains théoriciens qui pensent, au nom de la sécurité individuelle, que l'intime et le public sont deux espaces différents. L'HAD ne se situe donc pas dans cette thèse mais bien dans celle de M.Cifali.

Pour Conclure, nous pouvons souligner l'importance de l'analyse des pratiques notamment pour faire face à la bureaucratisation faite de procédures et n'invitant le sujet à n'être qu'un exécutant. Aussi, défendre l'analyse des pratiques est défendre intelligemment la liberté d'exercice.

Ce chapitre fait le lien avec ce que nous avons écrit au sujet de l'expérience professionnelle de JB Pussin.

2.6. Question de recherche

Nous sommes dans une époque de grandes transformations caractérisée par des contraintes économiques et démarches d'innovation auxquelles les soignants ne se sentent pas appartenir. Encadrés par de nouveaux objectifs dont ils perçoivent parfois difficilement le sens, ils peuvent avoir le sentiment de n'être qu'exécutants, sans liberté de penser. Ils saisissent parfois difficilement le sens des nouvelles pratiques qui s'imposent à eux. La confrontation de logiques, voire de valeurs, peut être à l'origine des résistances constatées.

Pourtant ces transformations, nous devons le reconnaître, ont permis de faire évoluer les pratiques et faire reconnaître l'expertise infirmière. C'est le développement de ces compétences qui légitime de mettre en place un projet tel que l'HAD.

Comme nous l'avons parcouru, l'HAD convoque le questionnement de concepts tels que les représentations sociales de la maladie mentale, l'intimité, la relation thérapeutique, la responsabilité du soignant. Devant la modification de leurs missions, les infirmiers en difficultés peuvent emprunter la stratégie du retrait et du désengagement.

Le cadre de santé a pour rôle de prévenir ces attitudes en donnant les moyens aux soignants pour réfléchir et donner du sens à l'HAD. Ce travail permet de bâtir de nouvelles conceptions du soin, du rapport aux patients et ainsi de construire de nouvelles facettes de leur identité professionnelle. Au regard de ce que nous venons de développer, il me semble que l'analyse de pratiques est un vrai outil managérial pour cela.

Au sein du cadre institutionnel auquel ils appartiennent, dédier un temps aux soignants pour construire une attitude réflexive autour des pratiques, est un moyen de construire leur identité professionnelle et les aider dans leurs prises de décision.

Je peux ainsi formuler mon hypothèse de recherche:

L'analyse de pratiques contribue à construire l'identité singulière des infirmiers en hospitalisation à domicile et à promouvoir ce modèle de soin

Afin d'affirmer ou non cette hypothèse, j'ai recueilli sur le terrain les données empiriques pour ensuite les confronter à mon cadre de référence.

3. L'ENQUETE DE TERRAIN

3.1. Méthodologie

3.1.1. Le questionnaire infirmier

Afin d'obtenir des informations me permettant de répondre à mon hypothèse, j'ai d'abord construit un outil d'observation sous forme de questionnaire. Son avantage est de collecter facilement de l'information pour la quantifier et la comparer. J'ai associé des questions à choix multiples et des questions ouvertes autorisant une liberté de réaction pour, d'une part de ne pas orienter les réponses et, d'autre part, soulever des interrogations et ainsi enrichir le questionnement. Ils ont été distribués aux infirmiers exerçant dans un établissement de santé mentale ⁴¹et exerçant en HAD. Au regard de la nature de la recherche portant sur la culture et l'histoire en psychiatrie, plusieurs catégories socio - professionnelle auraient pu être concernées. Cependant, j'ai distingué la population infirmière, les missions de l'HAD relevant uniquement de son rôle dans mon établissement. Les questionnaires ont été distribués à deux établissements de santé mentale. J'aurai souhaité avoir une vision plus représentative en élargissant mon échantillon, mais la rareté de la mise en place de l'HAD en psychiatrie a naturellement réduit ce champ des possibles. L'échantillon représentatif est composé de 20 questionnaires. J'ai ainsi conscience que l'analyse de ce recueil, qui sera mise en lien avec mon hypothèse de départ, ne représentera qu'une vision simplifiée de la réalité.

3.1.2. Le guide d'entretien cadre

Dans le but d'avoir une vision managériale de la problématique, j'ai choisi d'échanger sur le terrain avec des cadres de santé responsables d'équipes d'HAD. L'entretien est différent d'un questionnaire car il invite la relation. Il a donc été important d'élaborer un guide d'entretien m'assurant de recueillir du matériel conforme à ma problématique et de collecter des informations comparables. Comme les infirmiers pratiquant l'HAD, les cadres exercent dans des établissements différents.

⁴¹ Cf. annexes I

J'ai ainsi mené 4 entretiens semi-directifs, d'une durée de 20 à 45 minutes chacun, l'entretien téléphonique étant plus bref. Leur contenu a été retranscrit dans leur intégralité⁴².

Le choix de l'entretien est motivé par le souhait de profiter de la formation pour établir un contact direct avec mes pairs sur un sujet qui m'anime et de reconstruire ainsi l'univers de travail. Cette méthode permet de comprendre plus aisément le rapport du sujet concernant l'HAD, permettant ainsi une analyse du sens que ces acteurs donnent à leurs pratiques et celles des équipes. Il permet de témoigner de l'évolution temporelle de ce nouveau paradigme. J'ai été attentive à laisser la liberté d'expression à l'interviewé, ne me manifestant que pour m'assurer d'avoir bien saisi les propos.

Le but recherché par l'utilisation de deux outils différents était de confronter les descriptions et les représentations au sujet de l'HAD de ces deux catégories socioprofessionnelle.

3.2. Résultats de l'enquête

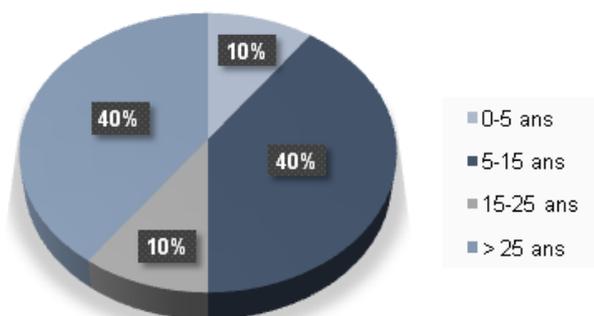
3.2.1. De la population infirmière

- **Contexte**

La distribution de questionnaires a pour objectif, en se confrontant à la réalité de terrain, de mieux percevoir les représentations infirmières de l'HAD ainsi que leur réflexivité par rapport à ce nouveau paradigme : retentissement sur leurs pratiques quotidiennes et sur la relation soignant-soigné. Pour exposer les résultats de cette enquête, j'ai fait le choix de vous restituer les réponses sous forme graphique, questions par questions, afin d'exprimer clairement les données recueillies.

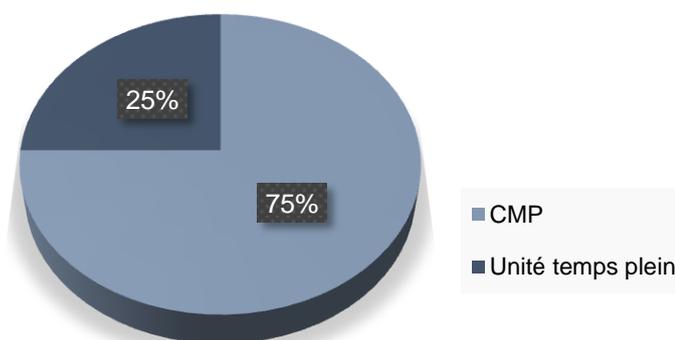
⁴² Cf. Annexes II

Nombre d'années d'exercice professionnel



Les résultats concernant le nombre d'années d'exercice infirmier ont un double intérêt. D'une part, ils permettent de percevoir le potentiel des connaissances et des compétences dans la population infirmière réalisant de l'HAD. D'autre part, nous pouvons également constater que 50% des plus expérimentés seront à la retraite d'ici 5 ans. Cela nous autorise à dire que le rajeunissement de la population infirmière va s'accroître nous incitant à prendre en compte la perte de savoirs et savoir-faire de la population infirmière issue du diplôme d'infirmier en psychiatrie. La gestion des métiers et des compétences doit être anticipée. Il est important de réfléchir à des moyens d'acquisition et de transfert de compétences nécessaires aux prises en charge HAD.

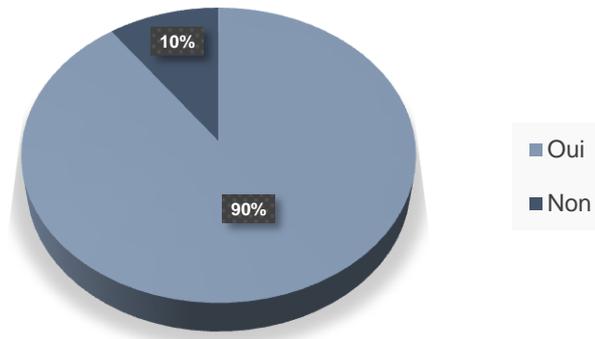
Lieu d'exercice de la population infirmière interrogée



Ce diagramme permet de voir que dans $\frac{3}{4}$ des cas, l'HAD émane des CMP. Etant deux unités distinctes, nous pouvons supposer que les équipes ne disposent pas des mêmes conditions d'exercice et des mêmes outils. Au regard de cela, l'intérêt est de voir s'il y a une corrélation entre cette différence et les ressentis par rapport à l'HAD.

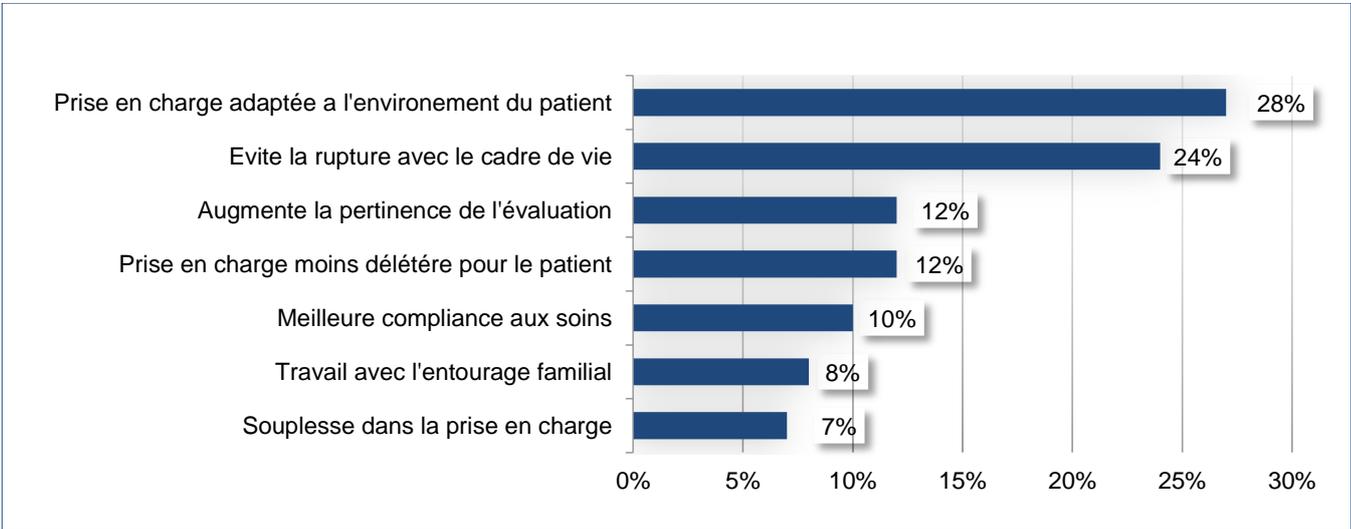
- **Question 1**

Satisfaction dans le mode de prise en charge en HAD



Très largement (90%), les professionnels considèrent la prise en charge de l'HAD comme une offre de soins satisfaisante pour les arguments suivants.

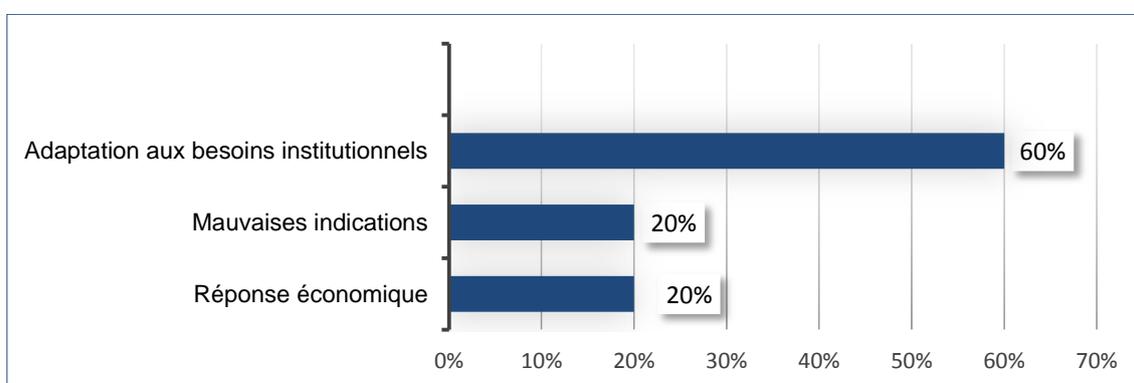
Motifs de satisfactions (question ouverte)



Ce graphique montre que, pour les infirmiers, la préoccupation de prendre en compte l'environnement de vie de la personne est une priorité car elle permet des actions de soins personnalisées prévenant l'exclusion du patient de son lieu de vie. Cela met en exergue qu'il y a un déplacement de la vision de la prise en charge hospitalo-centrée au bénéfice d'une vision visant l'insertion sociale.

Par ailleurs, la réponse évoquant le travail familial est intéressante car elle met en avant que les soignants se sont appropriés cette notion, finalement assez récente en psychiatrie. Ces résultats montrent que l'évolution des mentalités soignantes est en cours. Enfin, il est intéressant de notifier que ce sont les infirmiers ayant le plus de vécu professionnel, qui ont le plus connu les étapes évolutives de la psychiatrie, qui réagissent de la façon la plus positive parmi les sondés. Il n'y a, en revanche, pas de liens selon la structure d'exercice.

Motifs d'insatisfactions (question ouverte)

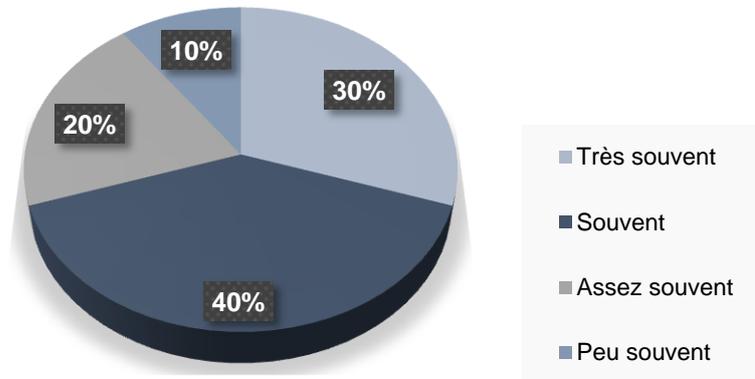


Cependant, même s'il s'agit d'une minorité, pour 10 % des infirmiers, l'HAD est considérée comme un moyen de prise en charge insatisfaisant. 60% pensent que, pour l'institution, l'intérêt économique prédomine sur celui du patient. La question complexe du rapport à l'institution demeure et rappelle mon constat de départ sur la collision pour certains soignants, entre la situation économique du système de santé et l'innovation dans les propositions de soins, dont l'HAD. Comme nous le disions, il y a une évolution des mentalités, les soignants sont prêts au changement, mais des résistances persistent en lien avec un quiproquo sur le sens des bénéfices recherchés. Des actions de communication sont probablement à envisager.

Par ailleurs, est évoquée la question des indications de l'HAD. L'évaluation clinique et la prescription HAD impactent directement la sécurité du patient et du soignant. Il serait effectivement intéressant d'affiner l'analyse des anciennes HAD afin d'identifier des indicateurs de sécurité.

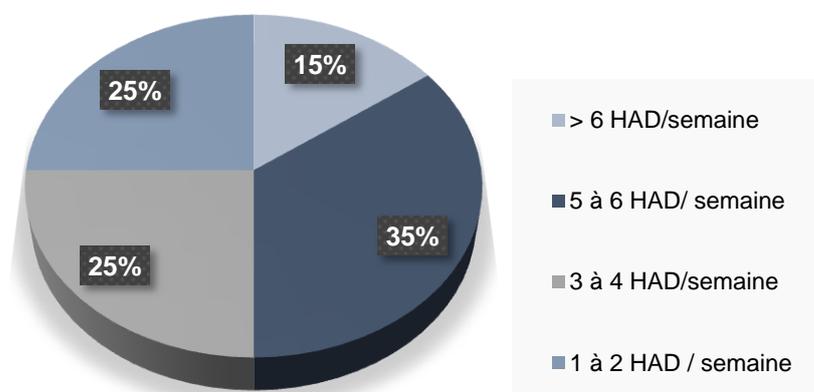
- **Question 2**

Ressenti de la fréquence de la prise en charge en HAD



Nous pouvons dire, à travers ces résultats, qu'une grande majorité des infirmiers (70%) pensent qu'ils réalisent fréquemment de l'HAD. Les questionnaires montrent qu'il y a une différence de charge de travail selon les structures et entre les soignants d'une même équipe. Ce constat nous permet de penser que la répartition du travail est ressentie comme inéquitable entre les soignants. Il existe ainsi probablement une divergence d'intérêt pour l'HAD et une indulgence, de la part de l'encadrement, dans le choix du soignant de la réaliser ou non. Concernant la disparité entre structures, cela met en lumière que les indications sont très « praticien-dépendante ».

Nombre d'actes HAD par semaine et par infirmier

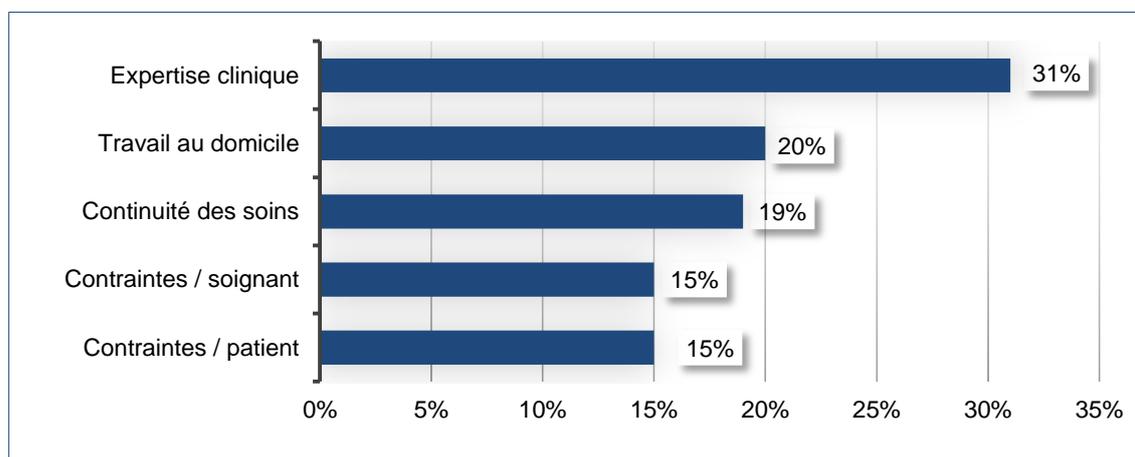


En lien avec la question de l'évaluation de la charge de travail infirmière ressentie en HAD, il me paraît intéressant de comparer avec la quantité de travail réel effectué.

Au regard des réponses apportées, nous pouvons noter une différence entre la perception de la charge de travail générée par l'HAD et la charge de travail réelle. Alors que les infirmiers perçoivent que l'HAD leur prend beaucoup de temps, cela ne se vérifie pas toujours dans les faits. Cela traduit que cette nouvelle pratique affecte les soignants. En constituant un mode de prise en charge différent des prises en charge « classiques » de l'hôpital en psychiatrie, l'HAD perturbe certainement la structure organisationnelle, notamment celle des CMP. Pour tenter de comprendre à quoi elle est liée, j'ai recherché ce qui, d'après les soignants, fait la particularité de l'HAD.

- **Question 3**

Particularités de l'HAD selon les soignants



De par l'isolement professionnel et les situations en soins parfois aigues à gérer, l'HAD fait appel à un profil infirmier expérimenté. En effet, du fait de la prise en charge au domicile, une expertise dans l'évaluation clinique est nécessaire pour être en mesure d'assurer des soins de qualité, dans un environnement autre que celui de l'institution, et de prendre des décisions si nécessaire (prévenir le psychiatre pour une ré-hospitalisation, par exemple). L'infirmier doit pouvoir gérer des situations imprévues. Le travail au domicile implique donc de travailler de façon isolée et d'être ainsi plus exposé à toutes formes de violences que peut prendre la situation.

En revanche, comme cela a été déjà évoqué question 2, les professionnels estiment très positif la prise en compte de l'environnement du patient et l'assurance d'une continuité des soins.

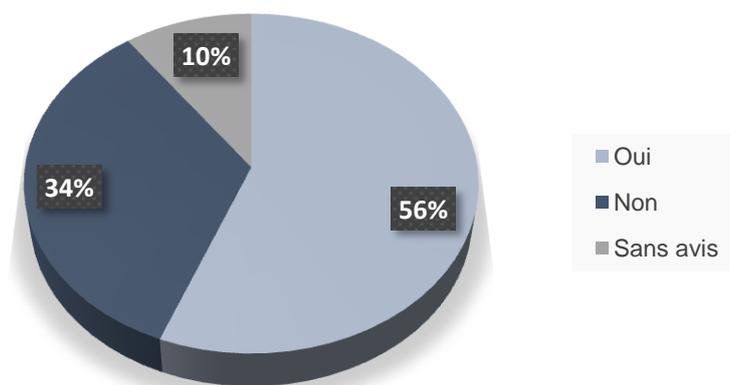
Ils valorisent le fait que l'HAD reconnaisse le patient comme véritable acteur de ses soins, donc comme individu, et évite la rupture du suivi avec tous les risques que cela implique.

Enfin des contraintes sont exprimées à part égales pour les soignants et les patients. Pour les soignants, elles concernent les trajets, parfois longs, pour se rendre au domicile et les astreints week-end pour assurer une écoute téléphonique. Pour les patients, les infirmiers pensent que la fréquence des passages peut être vécue comme intrusives ou qu'elle ne permet pas une surveillance suffisante.

Enfin, certains professionnels estiment qu'un travail psychothérapique n'est pas envisageable au domicile, ce qui impacte le sens et l'intérêt qu'ils donnent au travail de CMP.

- **Question 4**

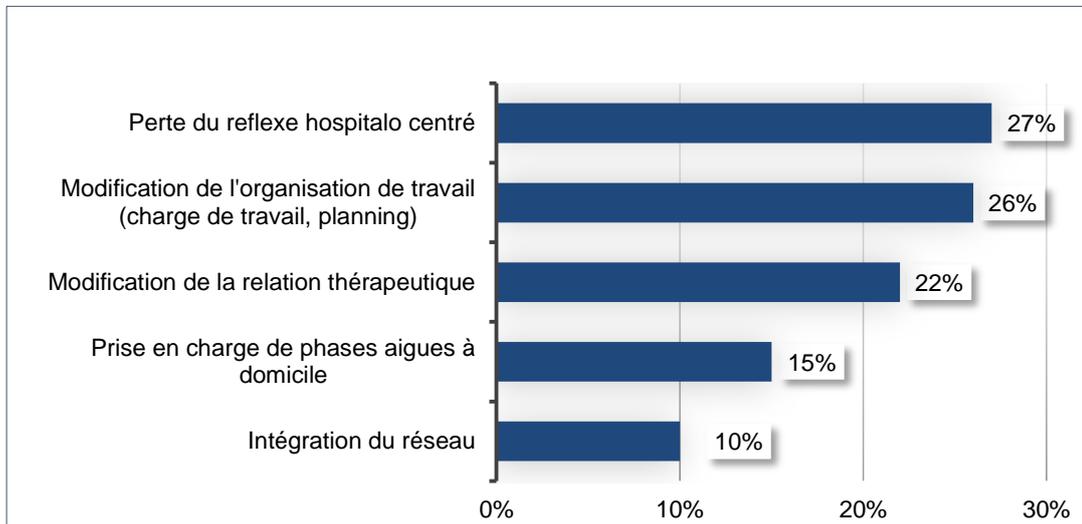
Changement des pratiques en lien avec l'HAD



Les soignants perçoivent, à une large majorité, une évolution de leurs pratiques avec la mise en place de l'HAD. Ce ressenti n'est pas lié à des représentations mais a des éléments très factuels tels que l'intensité du suivi. Il est intéressant de voir que 34% qui affirment que leurs pratiques n'ont pas changé sont, dans 80% des cas, des infirmiers de l'ancien diplôme. C'est cette même population qui s'exprimait positivement sur ce mode de prise en charge et le changement qu'elle provoque dans la culture du soin. Au-delà des pratiques et de l'organisation, le changement est-il plus culturel ?

La question suivante devrait nous permettre de comprendre plus précisément la nature des changements.

Nature des changements dans les pratiques soignantes

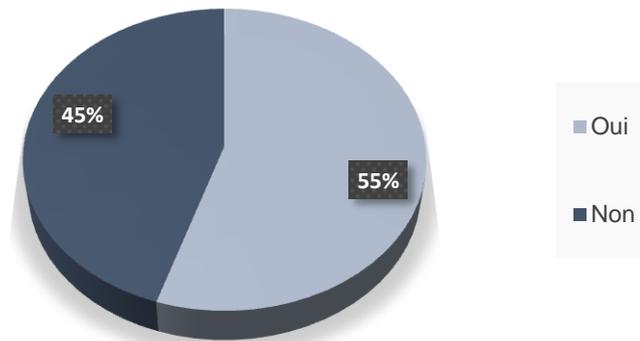


Pour les infirmiers qui perçoivent des changements dans leurs pratiques, plus d'un quart évoque la perte du réflexe hospitalo-centré. Cela confirme que la rupture qui se produit dans l'histoire du soin et les réalités de changements de culture en psychiatrie est perçue.

Le retentissement sur l'organisation et les conditions de travail en CMP est également important, ce qui vient confirmer notre hypothèse de la question 2. Décrite comme plus intense, c'est la charge de travail et le sentiment d'insécurité associés aux situations aiguës qui est abordé. Il existe un changement important des normes du travail infirmier en CMP, les professionnels de l'ambulatoire expriment une souffrance. Concernant la relation thérapeutique, le sentiment est nuancé. Ils disent que s'il est parfois plus aisé d'entrer en relation au domicile, comme il s'agit de la sphère intime du patient, cela remet en question, pour certains soignants, les représentations de l'entretien en psychiatrie. Les changements de pratiques infirmières sont donc importants, surtout dans les CMP.

- **Question 5**

L'HAD modifie les relations dans l'équipe ?

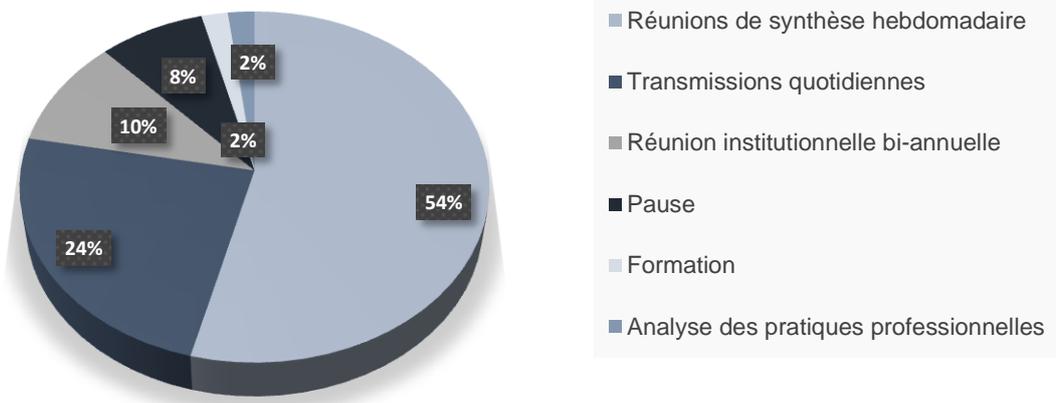


Pour la majorité du personnel, l'HAD a induit des modifications positives dans les relations d'équipe. Pour 80% d'entre eux, la communication et la redéfinition de la notion d'équipe en CMP sont au cœur de ce changement. C'est un changement majeur puisqu'en CMP, le travail est en général réalisé individuellement par l'infirmier référent, assurant de façon assez autonome le suivi. L'information est en générale réservée au psychiatre, plus succinctement à l'équipe lors d'une synthèse. Par contre, en supprimant la notion de référence, l'HAD implique l'ensemble de l'équipe qui doit partager les informations pour la prise en charge du patient. Il apparaît, de ce fait, une notion de contrôle de la part des pairs. Nous pouvons voir se dessiner derrière ce critère, l'évolution du travail infirmier en CMP vers un travail collectif.

Enfin, pour 20% d'entre eux, l'HAD a provoqué des tensions au sein de l'équipe liées à une inéquité dans la répartition des prises en charge HAD par infirmier. C'est ce que nous avons imaginé dans l'analyse de la question 2.

- **Question 6**

Outils pour partager et réfléchir sur les expériences professionnelles



Les réponses nous apprennent qu'il existe un certains nombres d'outils mis à la disposition des professionnels pratiquant de l'HAD puisque 6 au total sont cités. La réunion de synthèse apparaît comme l'outil principal dont ils disposent. Les autres outils cités sont en place depuis longtemps dans les CMP. Au regard de ce que nous avons vu, nous pouvons dire que les pratiques infirmières et le type de prise en charge sont transformées mais pas les outils de travail mis à disposition des infirmiers.

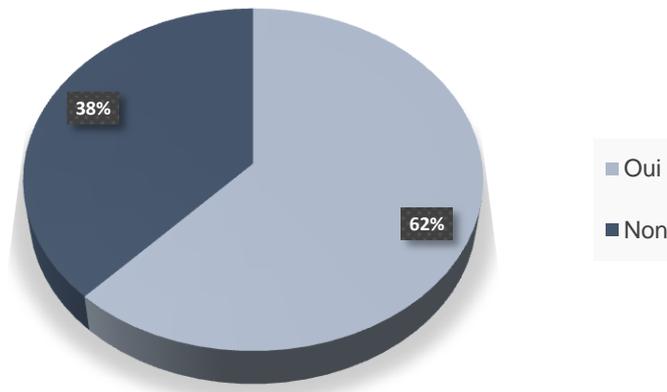
Du fait que les outils n'aient pas été ajustés à l'activité de l'HAD, nous pouvons dire que, probablement, les conséquences de la nouvelle organisation n'ont pas été identifiées. Les professionnels ne bénéficient donc pas d'outils particuliers pour ce travail.

Nous pouvons nous étonner que les formations et l'analyse de pratiques soient seulement citées par 2% des professionnels. Il est intéressant de relever que cela concerne les professionnels exerçant en temps plein. Ainsi, les outils de l'intra-hospitalier ne sont pas transférés en ambulatoire alors même que l'hospitalisation à domicile convoque la notion « d'hospitalisation ».

Au regard de ces points soulevés, les soignants ressentent t'ils une carence ? C'est la question qui leur a été posée.

- **Question 7**

Les outils actuels sont-ils suffisants ?



Ce diagramme nous apprend que, très majoritairement, les infirmiers estiment le nombre et la nature de leurs outils suffisant pour échanger sur leurs pratiques. Néanmoins, il faut être prudent dans l'interprétation de ce résultat. En effet, 38% des infirmiers estiment les outils insuffisants. Pour l'analyse, nous devons chercher quel type de population à ce point de vue.

Il m'apparaît deux raisons possibles : soit le nombre d'années d'expérience, soit le lieu de travail : dans 80% des cas l'insatisfaction proviennent du personnel de CMP. Pour eux, les outils sont insuffisants et comme ce sont dans les CMP que l'activité HAD est la plus dense, nous pouvons conclure qu'il y a une corrélation entre la charge de travail induite par l'HAD et le besoin d'outils supplémentaires pour aider les infirmiers. Certainement aussi que les conditions de travail (sécurité) influent les résultats.

Tentons dorénavant d'affiner ces réponses.

Motifs de suffisance

- Equipes fidèles aux réunions de synthèse
- Il faut relativiser : cela reste un travail hospitalier
- L'HAD n'est pas une prise en charge plus compliquée que le reste

Motifs d'insuffisance

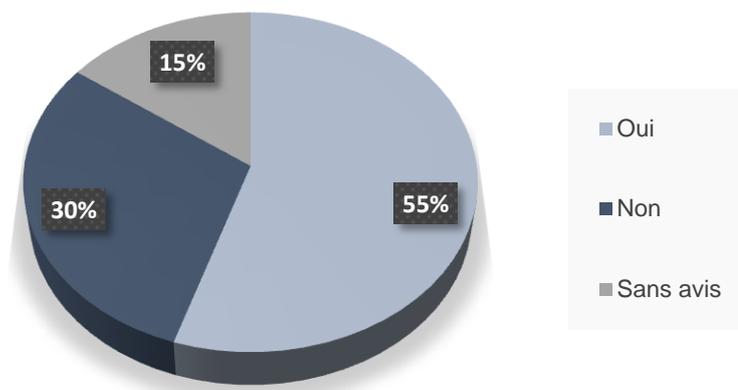
- Manque d'informations cliniques
- Manque de cohésion d'équipe
- Trop peu de réunions cliniques
- Charge de travail ne permet pas d'échanger suffisamment

Il est à souligner que chaque motif n'a été nommé qu'une fois, peu de réponses ont donc été données. 90% des infirmiers ayant répondu positivement n'ont pas donné les raisons de ce sentiment.

Les éléments de réponse nous dévoilent que le motif est étroitement en lien avec la représentation de l'HAD et la perception de l'ambiance de l'équipe. Nous pouvons distinguer une différence de points de vue entre les structures selon la charge de travail provoquée par l'HAD. Deux points majeurs sont signifiés. Le premier concerne la divergence des points de vue entre les CMP et les unités temps plein. Ce sont ces dernières qui estiment qu'il y a suffisamment d'outils. Ils viennent relativiser la complexité de l'HAD. Le second concerne la disparité de la charge de travail selon les unités. Plus il y a d'indications, plus le besoin d'outils est exprimé. En revanche, il apparaît que les outils mis en place dans les structures faisant peu d'HAD sont suffisants. L'absence d'explication concernant les réponses positives interroge sur la résistance concernant l'HAD chez les professionnels : dire que tout va bien n'est-il pas une stratégie pour mettre une éventuelle réorganisation à distance ?

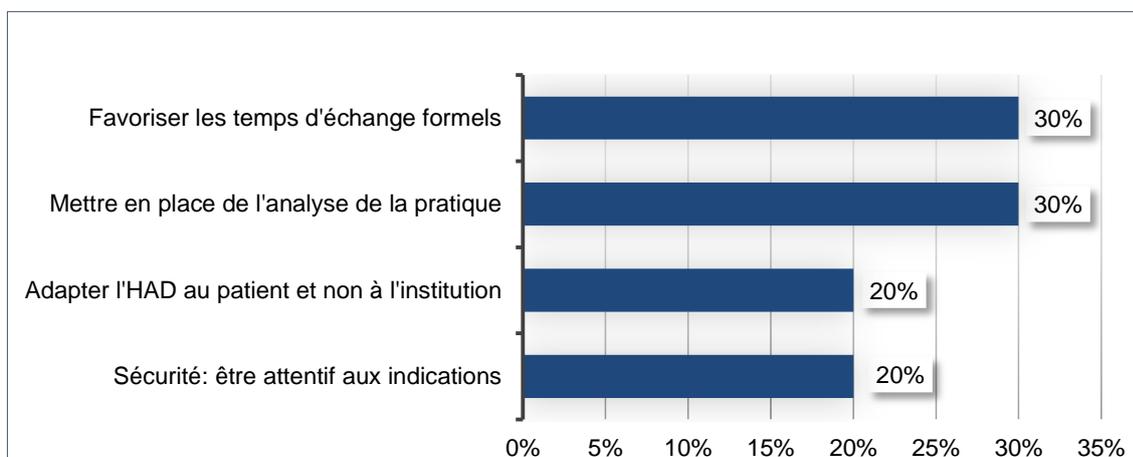
- **Question 8**

Auriez-vous des suggestions pour vous aider dans votre travail en HAD ?



La question sur les suggestions est importante pour vérifier la pertinence de notre hypothèse. Les pourcentages obtenus confirment que, malgré le fait que les soignants estiment suffisants les outils mis en place dans l'institution, il émerge des besoins. 55% des soignants estiment nécessaire de faire des propositions d'outils spécifiques au travail en HAD.

Suggestions des soignants des outils à mettre en place pour aider au travail en HAD



Il est important de dire que les soignants n'ayant pas fait de suggestions sont exclusivement de jeunes infirmiers, le lieu d'exercice n'ayant pas d'incidence. Cela est probablement lié à leur trop peu de recul et peut-être une méconnaissance des outils existants.

Pour les professionnels qui se sont exprimés, il apparaît qu'ils ont besoin d'être rassurés concernant les questions de sécurité autant pour eux que pour le patient. En effet, ils ont besoin que des précautions soient prises par rapport aux indications et que ce ne soient pas les intérêts institutionnels qui dominent l'évaluation clinique. Fidèles à leur valeurs professionnelles, ils défendent une dynamique de soins et non pas de gestion. Nous pouvons donc dire qu'il existe un conflit de valeurs entre les professionnels et le nouveau système de soins.

Enfin, 60% proposent des outils de réflexion professionnelle tels que l'analyse de la pratique et les temps d'échanges formels mettant en lumière la nécessité de donner du sens à leur pratique.

Ce qui est intéressant, c'est que ces propositions émanent plutôt du personnel de CMP et que les outils proposés existent, à ma connaissance, plus traditionnellement dans les unités temps plein. Cela vient confirmer la tendance des autres réponses qui est de signifier que l'HAD fait appel à une autre dynamique influençant l'organisation et la culture.

Le point de vue des infirmiers

La recherche auprès des soignants a permis de mettre en évidence deux impacts essentiels de l'HAD. Le premier concerne l'évolution de la relation au patient. La particularité du soin hospitalier au domicile et la liberté de choix du patient dans sa prise en charge, redéfinissent l'espace de chacun et les zones d'incertitudes. De nouvelles normes, formelles et informelles apparaissent, entraînant un changement de culture. Le second concerne la gestion des imprévus réguliers et les nécessaires prises de décision qui en résultent. Une expérience professionnelle est donc souhaitable pour occuper ce type de poste.

Une large majorité estime cette prise en charge satisfaisante, surtout les infirmiers issus de l'ancien diplôme qui manifestent moins de difficultés dans les changements de pratiques. De plus, la nouvelle organisation collective est mise en avant. En effet, ce nouveau mode de prise en charge favorise la communication dans les équipes modifiant largement les caractéristiques du travail en CMP, habituellement plus individuel. Le regard des pairs dans les prises en charge HAD est donc plus présent que dans les prises en charge « classiques ». Ce travail d'échange se fait surtout grâce aux temps de transmissions et aux réunions de synthèse hebdomadaires. Il n'existe pas de temps d'échanges dédiés au soutien du travail spécifique de l'HAD.

Pourtant, particulièrement en CMP, la pratique de l'HAD a modifié l'identité du travail infirmier rendant le changement douloureux. En effet, certains ne reconnaissent pas les missions qui les ont encouragés à venir exercer en CMP. Ce sentiment traduit l'évolution du travail infirmier en ambulatoire. Il indique qu'un travail de communication et de réflexion sur les nouvelles prises en sont indispensables pour redessiner les contours de cette identité. Les résistances à l'HAD se manifestent parfois par une sélection du travail entraînant des tensions dans l'équipe.

Il y a, certes, une évolution des mentalités. Les soignants sont prêts au changement mais des résistances persistent en lien avec un quiproquo sur le sens des bénéfices recherchés et le sentiment de manque de prise en compte des effets négatifs de l'HAD tels que rentrer dans la sphère intime du patient et les situations d'insécurité. Le mode d'organisation actuel ne propose pas suffisamment d'outils pour permettre au personnel de se construire sur ces nouvelles normes et de les aider dans leur travail. Ce climat n'encourage certainement pas la construction d'une nouvelle identité liée à la modification des façons de penser et travailler. Sans communication autour des difficultés, les résistances ne peuvent que se reproduire.

L'HAD fait apparaître un conflit de valeurs entre les administratifs et les soignants. A l'interface de ces deux mondes, le cadre perçoit-il les besoins spécifiques qu'appelle ce changement de paradigme ?

C'est ce que nous allons tenter d'éclaircir dans la seconde partie de l'enquête.

3.2.2. De la population cadre

- Contexte

Pour la restitution des entretiens cadres, j'ai choisi de retranscrire anonymement par question, les réponses de chacun. Le but de cette démarche est de dégager les idées clés mises en exergue. Pour conserver l'anonymat en permettant une lisibilité, j'ai renommé chacun des cadres. Vous ferez ainsi connaissance de :

Alain, cadre de santé depuis 11 ans, responsable HAD depuis 2 ans ; Bertrand, cadre depuis 3 ans, responsable HAD depuis 1 an ; Catherine, cadre depuis 6 ans, responsable HAD depuis 6 mois et Delphine, cadre depuis 6 ans, responsable HAD depuis 4 ans. Les trois premiers cadres cités travaillent dans un établissement privé à but non lucratif alors que Delphine exerce dans un établissement public.

- Question 2 : les avantages de l'HAD

Alain :

✧ La prise en charge est réalisée dans le milieu naturel du patient, ce qui permet de faire une évaluation adaptée. La prise en charge au domicile prévient la rupture du patient avec son milieu et ainsi la désocialisation et la stigmatisation.

✧ Au regard de la diminution des lits, les unités temps plein accueillent des pathologies de plus en plus lourdes ce qui peut être préjudiciable aux patients moins en difficultés mais ayant besoins de soins réguliers.

Bernard :

✧ L'observation clinique et l'évaluation de l'état de santé sont faites au quotidien ce qui permet de réajuster la prise en charge au gré de l'évolution du patient. Les propositions de soins sont donc plus ciblées. L'HAD permet une meilleure connaissance du patient et le repérage de points essentiels à l'amélioration de son état clinique.

Catherine :

✧ Le patient n'a pas à se déplacer à l'hôpital et conserve ses conditions de vie ce qui peut lui permettre de mieux vivre son hospitalisation.

Delphine :

✧ L'HAD entraîne une dynamique de pôle et diversifie les pratiques soignantes. Grâce à la continuité des soins qu'elle permet, c'est une proposition de soin rassurante pour le patient.

✧

- **Question 2 : les inconvénients de l'HAD**

Alain :

✧ L'HAD ne permet pas de prendre toute les pathologies en charge, en particulier tout ce qui a trait aux dépendances. La question de la sécurité du patient est également une des limites majeures de ce type de prise en charge, elle doit donc être évaluée avec soin. Par ailleurs, un travail reste à faire concernant les schèmes représentatifs des soignants.

Bernard :

✧ Prendre en charge le patient à son domicile présente deux inconvénients majeurs. Le premier, pour le patient, est de pouvoir accepter qu'un inconnu entre dans sa sphère privée. Le second, pour le soignant, est d'être dans une situation d'insécurité car il ne peut évaluer à l'avance l'état clinique du patient au moment où il se présente à la porte.

✧ La difficulté logistique en termes d'approvisionnement des traitements pour les patients en HAD par la pharmacie centrale lorsqu'il est éloigné.

Catherine :

✧ L'organisation actuelle et la spécificité de l'HAD impose la fréquence des rencontres médicales et les horaires de passages infirmiers. La configuration dans laquelle se font les entretiens ne sont pas propices à la confidentialité des propos tenus par le soignant et le soigné, l'entourage pouvant être présent.

✧ Les horaires de prise en charge HAD proposées actuellement dans les CMP sont trop restreintes. Elle ne peut donc être performante et reconnue comme un outil de soin à part entière.

✧ Il y a un risque pour la sécurité des soignants qui se déplacent seuls au domicile.

✧ Certains médecins psychiatres sont frileux à prescrire au regard d'un risque suicidaire potentiellement présent dans la majorité des prises en charge. Cela impacte fortement sur le nombre de prescriptions.

✧ L'HAD est vécue comme dévalorisante, moins gratifiante par certains infirmiers de CMP.

Delphine :

⤴ La distance entre le CMP et la pharmacie entraîne des difficultés pour le traitement médicamenteux.

Synthèse de la question 2

Dans l'HAD, le patient n'est plus pris en charge dans les murs de l'institution mais dans ceux de son domicile. A l'image des murs, il existe plusieurs paradoxes dans les réponses apportées qui illustrent la complexité du changement du lieu de soin.

Globalement, l'HAD est ressentie par l'encadrement comme un outil au service du patient lui évitant d'être confronté à des pathologies trop lourdes en hospitalisation, lui assurant un confort en limitant les déplacements et en adaptant les actions au plus juste de ses besoins. C'est un nouveau paradigme de la prise en charge psychiatrique jusqu'alors modelée à l'institution. L'HAD entraîne donc des modifications profondes des pratiques soignantes, qui apportent une dynamique aux pôles mais aussi un bouleversement des représentations du soin des soignants en psychiatrie.

Malgré ses valeurs ajoutées à la prise en charge du patient hospitalisé à son domicile, l'intrusion dans l'intimité du patient préoccupe l'encadrement qui craint pour la sécurité des agents et pour la notion de confidentialité des échanges. D'ailleurs, certains infirmiers ne s'autorisent pas à faire des entretiens dans ce nouveau lieu de travail. Pour cela, ils estiment le travail de l'HAD peut gratifiant en comparaison avec le travail commun d'un CMP.

Enfin, d'une manière plus générale, des difficultés logistiques sont soulignées par les cadres : manque de véhicules, difficultés d'approvisionnement des traitements médicamenteux.

Au cours des entretiens, les cadres ont bien mis en avant les avantages que pouvaient présenter l'HAD pour les patients. En revanche, nous pouvons constater qu'aucun d'entre eux n'a mis en évidence la valeur ajoutée de l'HAD pour les infirmiers. En conséquence, nous pouvons nous demander s'ils ne sont pas en difficultés pour négocier l'HAD près des équipes.

- Question 3 : Les transformations liées à l'HAD

Alain :

⤴ L'HAD représente l'extériorité de l'hôpital. Ce qui, pour les patients, autorise une plus grande liberté de choix.

⤴ C'est un choix supplémentaire dans les propositions de soins.

⤴ Le soignant pénètre dans l'intimité du patient et de son entourage ce qui implique aux infirmiers de quitter la posture de soignants hospitaliers. C'est un profond changement en termes d'identité professionnelle qui nécessite de travailler les représentations.

Bernard :

✧ L'intrusion chez le patient qu'induit l'HAD peut transformer la relation thérapeutique.

✧ Le nombre d'intervenant à domicile fait perdre notion de référence infirmière contrairement à une prise en charge en temps plein ou en visite à domicile.

✧ Il y a une exacerbation de la notion d'insécurité pour le patient qui pourrait, malgré tout, être limitée avec plus de communication de la part du prescripteur.

Catherine :

✧ L'HAD a bouleversé la culture d'hospitalisation en psychiatrie. Alors qu'autrefois, la thérapeutique s'appuyait sur de longues hospitalisations, il faut accepter de précipiter la sortie au bout de quelques jours.

✧ L'ouverture plus marquée des murs implique de nouvelles formes de soin de la part de l'ensemble du corps soignants. Les équipes ne sont pas forcément prêtes à ce changement qui va s'accélérer.

Delphine :

✧ L'HAD permet de se différencier des autres pôles.

Synthèse de la question 3

Ces réponses mettent en lumière l'importance de la culture de la prise en charge en psychiatrie et le bouleversement qu'elle traverse aujourd'hui. En effet, le lieu de travail de l'infirmier change, il devient le domicile du patient. Cela modifie les représentations du soin des infirmiers et donc transforme leur identité professionnelle. Pour le soigné, l'envahissement de la sphère privée, surtout dans un moment de souffrance, peut exacerber la notion d'insécurité et générer, comme nous le savons, des troubles du comportement. Ainsi, comme abordé dans le cadre conceptuel, ce changement de paradigme modifie la relation thérapeutique.

Une des grandes transformations demeure dans le fait que le patient en HAD est pris en charge par une équipe et non par un référent. Nous voyons ainsi se profiler la construction d'un travail collectif, différente des conceptions existantes.

Enfin, alors que la temporalité a longtemps joué un rôle fondamental dans cette discipline, la « post - modernité » l'a rattrapée. Nous constatons, à travers les réponses, que dans l'HAD, existe la notion d'aller toujours plus vite et de se différencier des autres (institutions). La psychiatrie évolue à travers ce mouvement incessant, synonyme de plus-value pour un établissement et un gage d'efficacité. Ainsi, le monde de la gestion et de la finance est venu transcender la prise en charge en psychiatrie mais avec tous les avantages pour le patient qui ont pu être soulignées à la question précédente.

L'autre point essentiel de ce recueil est la reconnaissance de la place de l'utilisateur dans la nouvelle organisation de soins.

- Questions 4 : l'évolution des pratiques pour les soignants

Alain :

- ✧ La prise en charge intensive au domicile conduit les soignants à avoir une ouverture et de prendre en compte l'ensemble de la sphère psychosociale.

- ✧ Les infirmiers deviennent des professionnels de « terrain »

- ✧ Prendre en charge un patient en HAD implique des déplacements parfois importants en temps, ce qui pose la question du temps consacré aux soins.

- ✧ Les infirmiers développent un sens de la coordination, ils acquièrent une expertise dans le parcours patient. Cela permet de proposer une structure de soins la plus adaptée possible aux besoins.

Bernard :

⤴ Se dessinent des différences entre les prise en charge proposées en ambulatoire : entre la VAD et l'HAD notamment. On n'est pas sur les mêmes champs d'intervention. L'HAD demande beaucoup plus d'étayage.

⤴ La nouveauté dans l'HAD est de traiter au domicile une phase aiguë.

Catherine :

⤴ Les soignants manifestent leur opposition en refusant de faire des entretiens de psychothérapies au domicile qui n'est, selon eux, pas l'endroit adapté. Le lieu du soin a une place déterminante dans les pratiques soignantes.

⤴ Les soignants font beaucoup de trajets en voiture : certains estiment que c'est du temps en moins pour le soin ou n'aiment simplement pas conduire.

⤴ L'hétérogénéité des soins à réaliser en CMP par les infirmiers rend leur exercice inconfortable.

Delphine :

⤴ Les entretiens infirmiers prennent une place fondamentale, il faut donc travailler dans ce sens en proposant des formations.

Synthèse de la question 4

Les évolutions des pratiques soignantes sont très en lien avec la distinction qu'offre l'HAD de par le lieu et l'intensité des soins par rapport à la VAD. Ils ne convoquent pas les mêmes compétences. Aussi, cela met en exergue que le soignant de CMP doit être extrêmement polyvalent et adaptable. Son exercice est complexifié du fait de la mixité du type de prise en charge dans une journée.

Par ailleurs, les professionnels sont précipités dans une dynamique d'échanges avec les partenaires et font beaucoup de coordination. Lorsqu'ils réalisaient presque exclusivement de la VAD, il y avait une forme d'expertise en entretien d'aide. Il semble que l'HAD déplace cette recherche d'expertise vers celle de la coordination du parcours de soin du patient. Nous retrouvons clairement la volonté annoncée dans les textes qui légifèrent l'HAD. Il y a donc une évolution dans les attentes concernant les compétences du personnel.

- **Question 5 : les singularités du travail infirmier en HAD**

Alain :

♣ De par la connaissance de la sphère privée du patient, l'importance d'être prudent par rapport à la tentation de juger et adopter une juste posture, faire preuve d'altérité et d'éthique.

Bernard :

♣ Ce qui est remarquable, c'est l'insécurité des acteurs.

Catherine :

♣ Ce qui distingue le travail de l'HAD, c'est la solitude du soignant face à la violence, à l'urgence, au désarroi.

♣ Le manque de supervision des équipes : il n'existe actuellement peu de moyens de contrôler la satisfaction du patient et la qualité des soins. C'est une différence majeure avec l'hospitalisation temps plein.

Delphine :

♣ l'importance des entretiens d'aide infirmier.

♣ Un renforcement de la responsabilité du soignant, garant de l'évaluation clinique.

Synthèse de la question 5

Les regards de l'encadrement sur les singularités de l'HAD sont différents. Ils mettent en évidence qu'ils n'ont pas les mêmes préoccupations et exigences concernant leurs agents. En conséquence, nous pouvons interroger la représentation du concept de l'HAD par les cadres de santé.

Ce qui est identifiable, c'est la distinction des points de vue selon l'ancienneté dans le métier de cadre. Les plus anciens mettent en avant, comme singularités, les qualités attendues d'un infirmier en HAD et ainsi l'évolution plutôt gratifiante du métier. Les plus jeunes ont, quant à eux, des propos inquiétants sur la question de l'insécurité des acteurs ainsi que le manque de contrôle de l'activité. Pour eux, la singularité de l'HAD réside dans le manque de maîtrise de la sécurité et la qualité des soins. Ils mettent en avant ce qui représente, pour eux, une faiblesse dans l'organisation HAD. Ces deux points de vue ne sont pas antinomiques.

- **Question 6 : les moyens mis à disposition de l'HAD**

Alain :

✧ Il y a trop peu d'échanges entre les professionnels qui exercent en HAD. Ce qu'attendent principalement les soignants, ce sont des échanges « pratico-pratiques » pour gérer leurs difficultés au quotidien. L'approche par la gestion ne les sensibilise pas : les infirmiers sont des gens de terrain, dans l'action.

✧ L'approvisionnement des médicaments en lien avec les structures CMP parfois éloignés de l'hôpital. C'est un non-sens avec la notion d'efficience qui est au cœur des préoccupations.

✧ Alors que c'est une hospitalisation, les soignants n'ont pas les réflexes de surveillance et de traçabilité dans le dossier. Ils ont tendance à faire comme une prise en charge en CMP « classique ».

Bernard :

✧ La distance entre le CMP et l'hôpital ne permet pas d'être efficient pour la délivrance du traitement. Clairement, il apparaît un manque d'anticipation.

✧ D'un point de vue logistique, il manque de voitures.

✧ Il existe un manque de communication entre les CMP les services temps plein.

✧ Les ressources humaines sont suffisantes au regard de la file active grâce à une réorganisation du temps médical principalement. Le médecin a un temps dédié pour les prises en charge en HAD.

Catherine :

✧ Les moyens en temps sont alloués mais sont sous utilisés du fait du manque d'indications.

✧ Les véhicules sont trop peu nombreux.

✧ A-t-on les moyens de fonctionner au volontariat pour les postes à pourvoir en HAD ?

Delphine :

✧ Des moyens financiers sont distribués pour assurer les formations nécessaires à la prise en charge HAD.

✧ Pour la continuité des soins, un relais téléphonique a été mis en place.

✧ Il existe des locaux propres à l'équipe HAD.

Synthèse de la question 6

Il existe des difficultés logistiques qui complexifient la planification d'une HAD et alimentent, de ce fait, une perte de motivation.

Le second point récurrent, en termes de moyens, est le manque de temps d'échanges entre CMP. Ce sont des remarques intéressantes car ce besoin exprimé bouscule les représentations des relations des CMP qui, du fait de l'histoire du secteur, travaillent peu en collaboration. Cela vient toucher du doigt que les moyens concernant l'HAD sont désormais à adapter à une politique intersectorielle. Ainsi, ce manque d'ajustement peut être interprété comme le résultat d'une appropriation parcellaire d'une nouvelle culture.

Enfin, Alain met en avant le fait que pour les soignants l'hospitalisation à domicile n'est pas identifiée à de l'hospitalisation car ils ne remplissent pas aussi sérieusement le dossier.

C'est le problème de l'identification et le sens donné à l'HAD qui est définitivement pointée dans ces propos.

- Question 7 : impacts de l' HAD sur les pratiques managériales

Alain :

✧ De prime abord, pas d'impact significatif dans la mesure où ça correspond à une certaine philosophie du soin.

✧ La difficulté est de trouver des formations pour développer les compétences nécessaires.

✧ Insatisfaction dans la fonction de cadre coordonnateur car manque de proximité et équipes « virtuelles ».

Bernard :

✧ Développer l' HAD suppose de proposer une organisation différente. Ainsi, il faut négocier avec les acteurs et motiver l'équipe du CMP à réaliser de l'HAD.

✧ Le manager est à distance des prises en charge et de l'équipe contrairement à du temps plein. L'HAD est un mode de prise en charge un peu virtuel.

✧ Ce qui est nouveau, c'est d'aborder le management par la conception des représentations.

Catherine :

- ⤴ Il faut souligner cette réalité de la difficulté de contrôler ce que font les soignants en HAD alors que c'est un des rôles du cadre.
- ⤴ La particularité au niveau managérial est de ne pas avoir la main sur le planning puisque les infirmiers sont autonomes dans l'organisation de leurs visites.

Delphine :

- ⤴ L'impact est très dynamisant puisque le projet HAD est un projet novateur. Il permet de monter une EPP, de travailler avec des partenaires tels que l'HAS pour communiquer autour des besoins et des pratiques.

Synthèse de la question 7

La perception de l'impact sur les pratiques managériales est différente. Pour deux d'entre eux, Alain et Bernard, il est intéressant de constater qu'ils ressentent, comme les infirmiers, des difficultés à se positionner dans les CMP où est réalisé de l'hospitalisation. Ils mettent en avant que malgré le changement de population soignée, les pratiques managériales n'ont pas été réadaptées. Ils se sentent trop à distance de l'équipe ambulatoire. Ce qui était considéré suffisant il y a quelques années leur semble aujourd'hui déficient. Les propos de Catherine soutiennent ce point de vue en exprimant le regret d'avoir peu de moyen de contrôle sur la qualité du travail fourni. Elle vient exprimer plus concrètement les conséquences de la préservation du type de management réalisé en ambulatoire alors que le travail présente des analogies avec le temps plein.

Par ailleurs, il est intéressant de lire que Bernard, jeune cadre, intègre l'idée qu'il faudra dorénavant davantage tenir compte des représentations soignantes dans le management.

Il existe donc un lien entre la grande transformation touchant le système de santé et l'évolution des pratiques managériales qui ne semble pas achevée.

Le point de vue de l'encadrement

Les cadres de santé mettent en avant deux révolutions culturelles qui traversent le soin en psychiatrie.

La première concerne le lieu du soin et le déplacement des murs encadrant la prise en charge entraînant une fragilisation de la position soignante. L'utilisateur a, de ce fait, de plus en plus la possibilité d'intervenir directement dans sa prise en charge. Ce nouveau paradigme du soin de l'infirmier au domicile n'est pas sans inquiéter l'encadrement au sujet de la sécurité du personnel.

La seconde est celle de la temporalité. En psychiatrie particulièrement, le temps est un élément fondamental du soin. Pourtant, en lien avec la période post-moderne que nous traversons, il n'est plus valorisé dans les organisations actuelles et donc cette notion tend à disparaître. L'apparition de l'HAD en CMP a largement modifié le type de soins et les attentes par rapport aux soignants de ces structures.

Si le travail est valorisé par leurs compétences en autonomie, prise de décision et coordination, les cadres de CMP ressentent des freins liés à une fiche de poste infirmière qui évolue. Alors qu'on leur demandait il y a quelques années une expertise clinique cœur de métier, aujourd'hui l'encadrement attend une expertise dans le domaine de la coordination. Les champs de compétences se sont donc déplacés pour le personnel de CMP. Le travail est vécu parfois comme peu valorisant. Cette transformation n'est, dans l'échantillon étudié, pas si importante pour le personnel des unités temps plein.

D'autre part, les cadres ont des représentations différentes de l'HAD selon leur ancienneté dans le poste d'encadrement. Les anciens valorisent cette évolution du métier de l'infirmier en psychiatrie alors que les nouveaux expriment de l'inquiétude quant à la qualité et la sécurité des soins.

D'un point de vue organisationnel, les cadres dénoncent le manque de temps d'échanges entre les CMP. Cette notion est intéressante car elle exprime la conscience du manque d'outil et convoque l'idée d'échanges cliniques, et de transmissions de savoirs intersectoriels.

Au regard de ces évolutions, les « anciens » cadres ne voient pas de réels changements dans leurs pratiques managériales. En revanche, les plus jeunes perçoivent ce qui est la matrice de leurs futures fonctions : l'accompagnement dans le changement de culture.

3.3. Analyse croisée des données

3.3.1. Reconnaissance commune du changement des pratiques de soins au domicile

Les propos recueillis auprès des cadres et des soignants abondent dans le même sens que ce qui a été développé dans notre cadre de références. En effet, le déplacement du lieu de soin a redéfini les paramètres de la relation thérapeutique mettant en lumière de réelles évolutions du soin et des conditions de travail au domicile.

Les pratiques des infirmiers changent et influent sur les pratiques managériales. Ce contexte de grande transformation explique la recherche de développement d'autres compétences telle que l'expertise en coordination et l'autonomie. Cette recherche révèle la confrontation de deux cultures générationnelles : les plus anciens valorisent cette nouvelle offre de soins qu'est l'HAD alors que les plus jeunes sont préoccupés par l'écriture de ce nouveau tournant de la psychiatrie. Alors qu'il a connu la psychiatrie asilaire, le personnel plus expérimenté peut probablement s'appuyer sur son expérience et se satisfaire d'une telle évolution alors que les plus jeunes doivent négocier un changement de culture en dépit de l'identité professionnelle qui leur a servi de modèle et peut être encouragé à travailler en psychiatrie. Dès lors, quels leviers utiliser pour négocier ce tournant de l'histoire ?

3.3.2. La prise de conscience d'un changement de culture

Prendre en considération la culture est imparable en psychiatrie car les notions de sécurité, d'écoute et de confidentialité sont des piliers de la valeur du travail. Les soignants, tels que cela apparaît dans les réponses, considèrent ces données comme les fondements de la relation thérapeutique et du travail efficace en ambulatoire. Lorsque les cadres évoquent leur manque de proximité avec leurs équipes, ce sont ces mêmes items qui sont évoqués. Il apparaît que les cadres sont issus du monde du soin. Alors qu'ils doivent accompagner les équipes dans le changement de culture à laquelle ils appartiennent, nous pouvons comprendre qu'ils soient eux-mêmes en difficultés pour adapter leur management à la transformation actuelle.

3.3.3. Favoriser la communication

Il apparaît nettement que l'HAD a redéfini le mode de communication et des relations dans les CMP. Alors qu'en ambulatoire le travail est relativement solitaire, elle convoque les échanges et les prises en soins collectives. Au-delà de bouleverser les limites de l'intimité du patient, elle vient bouleverser celle du soignant.

Chacun doit rendre compte du travail fait afin d'assurer la continuité du suivi et transmettre les informations nécessaires à la qualité et la sécurité des soins. L'HAD ouvre un regard sur le travail de ses pairs. Cette perspective peut être source de résistance de certains soignants qui ne se retrouve plus dans le travail de CMP pour lequel ils ont postulé. Pourtant, les cadres expriment ce besoin de créer un collectif à l'échelle institutionnelle. En effet, si le cadre a en charge l'accompagnement du changement de « son » équipe, il s'agit de conduire une dynamique institutionnelle qu'il ne peut porter seul. Une approche collaborative permettrait de construire une nouvelle identité professionnelle et d'instaurer des normes conjointes afin d'harmoniser les pratiques. Elle est un enjeu important car elle illustre l'engagement des acteurs en apportant leur expérience.

3.3.4. La temporalité en question

En psychiatrie, le temps fait partie de la prise en charge en soin. En effet, un certain nombre de pathologies telles qu'un état mélancolique ou une bouffée délirante, par exemple, nécessite une hospitalisation qui dure parfois plusieurs mois.

Les soignants, dans les réponses de la question 8, demandent à ce que les praticiens soient vigilants dans leurs indications car ils se sentent parfois en insécurité. Parfois, le patient sort trop rapidement et n'est pas « stabilisé ». Pourtant, dans la question 3 portant sur les transformations liées à l'HAD, les cadres mettent en avant que la rapidité de la prise en charge est considérée comme un signe de travail de qualité. Nous pouvons donc dire qu'il existe un conflit de valeur autour de la question de la temporalité qui entretient les résistances.

Il est important, dans l'évolution des indicateurs d'efficacité, que les cadres soient vigilants à permettre aux équipes de construire le sens qu'ils donnent à ce changement de paradigme.

3.3.5. Favoriser le transfert de savoirs

Il est apparu dans le recueil de données une forme de sérénité chez les anciens professionnels au sujet de l'évolution, contrairement à la nette inquiétude perçue chez les jeunes soignants. Il me semble qu'il est intéressant de favoriser rapidement, tant que les compétences sont à l'hôpital, les transferts d'expériences empiriques à ces plus jeunes qui ont, quant à eux, un bagage théorique plus solide. Issus de générations différentes, ces échanges sont un levier pour apaiser les appréhensions et harmoniser la construction de la culture sur les anciennes fondations. Une des missions du cadre de santé est de favoriser ces rencontres.

3.3.6. Réfléchir au sens du travail

Pour conclure, il est important de considérer la question du sens du travail infirmier dans les conditions de l'HAD. Les travaux de Mintzberg montrent que les infirmiers forment le centre opérationnel de l'hôpital. Ce sont les fondations de l'organisation sans lesquelles le système s'effondre.

Les infirmiers ont le pouvoir de faire basculer l'évolution de l'organisation. Il est donc essentiel d'être à l'écoute de leurs besoins et d'entretenir la motivation et la valorisation de leur travail. Alors que certains souffrent des changements impliqués par l'HAD, il est important que soient proposés des temps formels pour exprimer et échanger sur leur vécu afin d'en retirer un sens rationnel. Le sens au travail défend l'autonomie des professionnels, gage de qualité des soins. Le rôle du cadre de santé est de trouver les outils permettant d'atteindre ces objectifs, l'analyse des pratiques fait partie des propositions possibles.

3.4. Retour sur l'hypothèse

Le recueil de données confirme que l'HAD modifie les représentations du travail infirmier. De fait, il ne leur est pas demandé la même chose aujourd'hui qu'il y a une dizaine d'années. Leurs missions ont évolué et bousculé les valeurs et la culture solidement ancrées en portant atteinte à leur identité professionnelle.

Il semble que ces dimensions n'aient été que partiellement perçues. Effectivement, les infirmiers de CMP ont le sentiment d'avoir perdu en autonomie depuis l'arrivée de l'HAD. Or, nous avons vu en première partie qu'elle s'obtient grâce à la compréhension du travail demandé. L'analyse des pratiques professionnelles est un outil utile pour atteindre cet objectif. Par exemple, décrire une situation difficile permet, grâce à la réflexion collective, de la comprendre et d'en extraire un savoir transférable à d'autres qui seront, en conséquence, moins complexes à gérer.

Ainsi, le sens donné par ce moyen permet aux professionnels de progresser en autonomie et de se sentir plus sécurisé dans le travail quotidien. Comprendre le sens de ce qui est fait, est également facteur de motivation. Ce travail collectif permet de se reconnaître comme appartenant à une profession et de confronter ses propres conceptions par rapport aux nouvelles exigences imposées à l'organisation. Il permet donc de construire une nouvelle identité professionnelle en lien avec le changement.

Nous pouvons donc affirmer notre hypothèse de recherche qui stipule que l'analyse des pratiques professionnelles contribue à construire l'identité singulière des infirmiers en hospitalisation à domicile et à promouvoir ce modèle de soin.

3.5. Limites du travail

Au terme de ce travail, il est important d'en signifier les limites.

Premièrement, la taille de l'échantillon étant peu représentative, ces conclusions n'ont pas la prétention de se vouloir exhaustives. Elles ne reflètent que la population rencontrée.

Deuxièmement, davantage de questionnaires distribués dans les établissements réalisant de l'HAD depuis les services hospitalisation temps plein, aurait permis d'harmoniser plus objectivement les résultats avec ceux des CMP.

D'un autre côté, en lien avec le fonctionnement de mon établissement, cela a permis de mettre en lumière les difficultés singulières de l'HAD en CMP et d'en extraire des pistes de réflexions et de travail.

3.6. Comment le cadre provoque-t-il l'engagement ?

Au terme de cette recherche, il apparaît judicieux de s'interroger sur la façon dont le cadre de santé peut encourager l'équipe à s'engager dans la dynamique de changement.

Pour renforcer la motivation, il est important que les soignants se reconnaissent comme appartenant à un groupe. Pour cela, le cadre doit être attentif à prendre en compte et à respecter le positionnement professionnel de chaque soignant. En effet, selon sa place dans le système, nous n'avons le même. Par exemple, alors que le cadre de santé veille à préserver la qualité des prestations réalisées près des usagers, les soignants sont vigilants à la préservation de leur autonomie et donc, d'une certaine forme de liberté.

La rencontre entre ces deux paradigmes paraît néanmoins possible. L'enjeu, pour le cadre, est d'articuler l'ensemble des singularités de l'équipe pour trouver un compromis. C'est ce que Régine Delplanque nomme de la « régulation conjointe »⁴³. Pour favoriser cette dynamique, le cadre peut s'appuyer sur des temps formels pour diffuser à l'ensemble des acteurs des informations leur permettant de mieux maîtriser l'environnement dans lequel ils évoluent et donner du sens au nouveau cap imposé. Ces connaissances permettent de les encourager à l'adhésion des outils que le cadre peut proposer.

L'analyse des pratiques professionnelles s'inscrit dans la continuité de cet accompagnement.

En aval, il est important de valoriser l'implication et les compétences par le biais de l'édition d'un journal interne ou intranet, par exemple. Mais la reconnaissance de l'engagement peut être également signifiée lors de l'entretien d'évaluation professionnelle. Faire remarquer aux professionnels que ce qu'ils font est apprécié et reconnu, améliore les conditions de travail et, dans un contexte où beaucoup d'efforts leur sont demandés, prévient l'épuisement.

La communication joue donc un rôle très important. Elle est la matrice d'un management interculturel faisant émerger de nouveaux comportements et une nouvelle identité professionnelle dans le respect de chacun. Dans le pilotage de la conduite du changement de culture, le manager doit prendre en compte la notion de temporalité. En effet, le changement alterne des périodes stables et instables dont le rythme s'impose à l'évolution des professionnels. Ainsi, si l'organisation peut vite se transformer, l'évolution de la culture prend plus de temps car elle atteint l'identité professionnelle et induit des conduites défensives qu'il faut prendre le temps d'apaiser. La transformation est donc le produit d'un processus long.

- ⁴³ DELPLANQUE Régine, comment gérer la crise et piloter la transformation négociée ?, Soins cadre n°67, pages S8 à S11, Octobre 2008

CONCLUSION

La transformation hospitalière implique une refonte de l'organisation des établissements de santé.

Dans ce travail de recherche, j'ai choisi d'aborder ce sujet sous l'angle de la mise en place de l'hospitalisation à domicile en psychiatrie qui renferme deux enjeux majeurs. D'une part, elle permet de prendre en compte l'évolution de la place de l'utilisateur dans sa prise en charge. D'autre part, elle est une des réponses économiques au cadre financier contraint que traverse actuellement le système de santé.

Alors que dans le champ de la psychiatrie, l'histoire et la culture sont fermement enracinées, la mise en place de l'HAD n'est pas sans produire des questionnements autour du bouleversement des valeurs et des pratiques professionnelles. Pourtant, l'enquête de terrain que j'ai menée démontre que, même s'il existe des résistances liées au changement de culture et à la difficulté de caractériser le sens du travail, les professionnels en reconnaissent les avantages incontestables pour le patient. Cela confirme qu'accompagnée, une transformation est possible.

Cette observation est un levier que le cadre de santé peut exploiter pour accompagner la dynamique de changement et favoriser la dynamique institutionnelle. Comme les cadres de santé rencontrés l'ont souligné, pour organiser une nouvelle culture et refondre le jeu des acteurs, ils doivent développer une stratégie de changement incitant les apprentissages collectifs et la valorisation du travail. L'analyse des pratiques professionnelles est un outil convoquant l'ensemble de ces qualités. Pour optimiser la possibilité de dégager un sens commun, il est important qu'elle repose sur la protection de la confidentialité des propos et l'absence de jugement. Il appartient au cadre de santé de permettre cette organisation afin de développer la capacité des soignants à donner du sens aux situations et préserver leur autonomie. En proposant des outils transformant les représentations, il impulse le développement d'une nouvelle culture commune et accompagne la mise en place de nouveaux modes de soins tels que l'HAD.

Pour qu'une telle dynamique soit possible, l'enjeu, pour le cadre de santé est d'impliquer tous les acteurs et de s'appuyer sur leurs compétences. L'objectif est de trouver un compromis permettant de progresser et de participer à l'écriture d'une page de l'évolution des pratiques en psychiatrie. Dans cette période post-moderne, ce travail nécessite de l'endurance et de la motivation car les facteurs de contingence remettent parfois en question les projets les plus captivants. Pour garder une dynamique, le cadre de santé doit donc anticiper en veillant à l'information et en travaillant en étroite collaboration avec la hiérarchie.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

- ALBERT Éric et EMERY Jean-Luc, Le manager est un psy, Editions d'Organisation, 1998
- BOTANSKY Luc et THEVENOT Laurent, de la justification. Les économies de la grandeur, Paris, Editions Gallimard, 1991
- CARRICABURU D. et MENOIRET M., Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladie, Paris, Editions Armand colin, 2005
- CHANOIT Pierre F., La psychothérapie institutionnelle, Paris, Editions Que sais-je ?, 1995
- CROZIER Michel et FRIEDBERG Erhard, L'acteur et le système, Paris, Le Seuil, 1977
- DUMONT Jean-Paul, les organisations de santé, « la grande transformation », cours Master 1, Version 08/2014
- JODELET Denise, les représentations sociales, Paris, Edition PUF, 1991
- JUCHET Jack et POSTEL Jacques, le « surveillant » Jean-Baptiste Pussin à la Salpêtrière, histoire des sciences médicales, Nabu Press, tome XXX, n°2, 1996
- MINTZBERG Henry, Le manager au quotidien : les 10 rôles du cadre, Paris, Editions Eyrolles, 2012

Revues

- CIFALI Mireille, Brefs repères-pour l'analyse des pratiques professionnelles, extrait de la revue Cuadernos de Pedagogia, n°427, 2012
- DAUMERIE N., VASSEUR BACLE S., GIORDANNA JY, ROELANDT JY, BOURDAIS MANNONE C, CARIA A., la discrimination vécue par les personnes ayant reçu un diagnostic de troubles schizophréniques- premiers résultats français de l'étude Indigo, Encéphale, n°38, Pages 224-231, 2012
- DELPLANQUE Régine, comment gérer la crise et piloter la transformation négociée ?, Soins cadre n°67, pages S8 à S11, Octobre 2008
- DJAOUI Eljian, intervention au domicile : gestion sociale de l'intime, Dialogue, n°192, Page 7, 2011
- LEYRELOUP Marie, Réseau de santé, ou santé en réseau ?, Vie Sociale et Traitements, n°81, Pages 20-22, 2004
- PRZYGODZKI-LIONET Nathalie, Entre risque objectif et risque perçu : de la nécessaire prise en considération des représentations sociales de la dangerosité pour une optimisation de son évaluation, Psychiatrie et violence, vol. 9, n° 1, 2009
- LELOUP Anne-Marie, Hospitalisation à domicile en psychiatrie, une idée pas si neuve, Vie Sociale et Traitements, n°99, Pages 53 à 58, 200

- ROMAN Pascal et SCHELLES Régine, Soins psychiatriques à domicile : des pratiques cliniques aux limites, Dialogue, n°192, Pages 3 à 6, 2011
- SEMAL Robin, Sur l'intégration des soins psychiatriques dans la ville, l'évaluation d'un service de soins à domicile dans un quartier psychiatrique pour adultes, Annales Médico-Psychologiques, Volume 167, Pages 127-133, 2009

Webographie

- Site de la FEHAP, le rôle et la place du domicile dans le parcours de soins, publié le 3 octobre 2013, consulté le 10/12/2014, disponible sur :

<http://www.fehap.fr>

- Site Histoire de la psychiatrie en France, Jean-Baptiste Pussin, consulté le 16/01/2015, disponible sur :

<http://psychiatrie.histoire.free.fr>

- Site du Ministère des affaires sociales et de la Santé, Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015, publié le 06/04/2012, consulté le 11/11/14, disponible sur :

<http://www.santé.gouv.fr/présentation-du-plan-sante-mentale-2011-2015.html>

- Site Psychiatriinfirmiere.free.fr, Guide du service infirmier, L'évolution des orientations en santé mentale et la fonction infirmière, consulté le 06/11/14, disponible sur :

<http://psychiatriinfirmiere.free.fr>

- Site Santé.gouv, 14ème journée nationale Hospitalisation à domicile, Xavier Bertrand, publié le 9/12/10, consulté le 11/11/14, disponible sur :

<http://www.sante.gouv.fr>

- Site wikipédia, Représentation, consulté le 05/01/15, disponible sur :

<http://fr.wikipedia.org>

- Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, consultée le 8/12/14, disponible sur :

<http://www.legifrance.gouv.fr>

- Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, consultée le 8/12/14, disponible sur :

<http://www.legifrance.gouv.fr>

- Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, consultée le 8/12/14, disponible sur :

- Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, consultée le 8/12/14, disponible sur :

<http://www.legifrance.gouv.fr>

- Circulaire du 15 mars 1960 relative à la sectorisation psychiatrique, consultée le 8/12/14, disponible sur :

<http://www.legifrance.gouv.fr>

- Circulaire du 12 mars 1986 relative à l'hospitalisation à domicile dans les établissements hospitaliers publics, consultée le 8/12/14, disponible sur :

<http://www.legifrance.gouv.fr>

- Circulaire DHOS/O n°44 du 4 février 2004 relative à l'hospitalisation à domicile, consultée le 8/12/14, disponible sur :

<http://www.sante.gouv.fr/>

ANNEXES

Annexe 1 :	I
Annexe 2 :	II
Annexe 3 :	III

Annexe 1

Etudiante cadre de santé à l'école supérieure de Montsouris, je suis en cours de réalisation de mon mémoire de fin d'études ayant pour thème l'incidence de l'Hospitalisation A Domicile (HAD) sur l'identité et les pratiques infirmières.

Je me permets de vous solliciter pour participer à cette recherche et compléter ce questionnaire adressé aux infirmiers.

Ce questionnaire est anonyme.

Merci de votre participation.

1 - Quelle est votre année de diplôme infirmier ?

Où exercez-vous ? C.M.P.

Unité temps plein

2 - Selon vous, l' HAD est-elle un mode de prise en charge satisfaisant ?

OUI

NON

Pour quelles raisons ?

-
-
-

3 – Êtes -vous régulièrement amené à réaliser ce type de prise en charge ?

Jamais peu assez souvent souvent très souvent

En moyenne, cela représente combien d'actes par semaine? _____

4 - Par expérience, quelles sont, pour vous, les particularités de l' HAD ?

-
-
-
-
-

5 - Est ce que sa mise en place dans votre établissement a changé vos pratiques soignantes ?

OUI

NON

Pourquoi ?

6 - Ce mode de prise en charge induit- il des modifications dans les relations dans l'équipe soignante ?

OUI

NON

Si oui, lesquelles ?

-
-
-
-
-

7 De quels outils disposez-vous pour partager et réfléchir sur vos expériences professionnelles ?

-
-
-
-
-

D'après vous, est-ce suffisant ?

OUI

NON

Pour quelles raisons ?

-
-
-
-

-

8 – Auriez-vous des suggestions pour vous aider dans votre travail en HAD ?

OUI

NON

Si oui, lesquels ?

-

-

-

-

-

ANNEXE 2

Guide d'entretien cadres de santé

Depuis quand exercez-vous comme cadre de santé ?

Depuis combien de temps avez-vous en charge une unité proposant de l'HAD?

1) Selon votre expérience, quels sont les avantages et inconvénients principaux que vous percevez dans la prise en charge en HAD ?

2) D'après vous, quelles sont les transformations les plus significatives en lien avec sa mise en place ?

3) Plus spécifiquement, constatez-vous des évolutions dans les pratiques soignantes?

Si oui, comment se manifeste ce changement ?

4) Selon vous, quelle est la perception des infirmiers du travail en Hospitalisation A Domicile ?

5) Pour vous, quelles sont les singularités du travail infirmier en HAD ?

6) Pensez-vous que les soignants ont à leur disposition assez de moyens institutionnels (temps, outils...) pour appréhender les enjeux de l' HAD et accompagner ainsi leur exercice ?

7) Vous-même, ressentez- vous un impact dans vos pratiques managériales en lien avec l' HAD ?

ANNEXE 3

Entretien cadres de santé : Alain

Depuis quand exercez-vous comme cadre de santé ? 2004

Depuis combien de temps avez-vous en charge une unité proposant de l'HAD? Décembre 2013

1) Selon votre expérience, quels sont les avantages et inconvénients principaux que vous percevez dans la prise en charge en HAD ?

Réponse : Il y a beaucoup d'avantages. A savoir : prendre en charge la personne dans son endroit le plus naturel possible, pouvoir faire une évaluation in vivo de la personne.

Pour moi, c'est aussi... enfin, moi je l'assimile l'hospitalisation comme une rupture. Parfois c'est une rupture qui est nécessaire par rapport à un milieu ambiant. Donc, ce serait peut-être un avantage de l'HAD mais ça peut aussi faire partie des contre-indications, car il y a forcément des contre-indications. En revanche, pour moi la rupture, j'assimile l'hospitalisation à une rupture parfois nécessaire mais parfois aussi dommageable et donc, à mon sens, ça c'est un bon avantage.

Ça évite dans certains troubles d'amplifier une certaine désocialisation.

Alors, les inconvénients, on l'a dit... pas de rupture avec le milieu lorsque la clinique le nécessite. Donc, dans ce cas-là, on peut considérer que c'est une contre-indication à l' HAD.

Pour moi les contre-indications majeures, ce serait les problématiques alcooliques et de toxiques : les problématiques de sevrage, on ne peut pas du tout gérer ça.

Une super indication, c'est pour moi, l'hospitalisation mère/ enfant. Pour moi, il y a une évolution dans nos file active, on n'a plus du tout de diagnostic « F200 » car la « filière » c'est développée pour les psychotiques qui s'est développée en parallèle et c'est vrai que si on n'avait pas la filière, pour les patients souffrant de troubles psychotiques, pour éviter la désocialisation, ça peut aussi être une excellente indication.

Il y aussi une modification des représentations de l' HAD chez la population soignée. C'est à dire qu'avec le mouvement des UF, la baisse des lits, maintenant, on est vraiment dans la psychiatrie de crise dans les services temps plein et que la population souffrant de troubles

névrotiques ne s'y retrouve lus forcément, donc l' HAD est un outil qui devient très adapté à cette population là et qui devient plébiscité.

Dans l'offre de soins, l'outil HAD est reconnu comme tel par la population. Il y a une modification des schèmes représentatifs par rapport à l'HAD chez les patients.

C'est important, maintenant, reste à bosser les schèmes représentatifs chez les soignants.

Une des limites de l' HAD. Pour moi, une personne hospitalisée est une personne qui ne peut plus garantir sa sécurité. Pour moi, quelqu'un qui ne peut plus garantir sa sécurité seul, c'est une hospitalisation en temps plein.

2) D'après vous, quelles sont les transformations les plus significatives en lien avec sa mise en place ?

Réponse : Pour moi, l'offre de soins puisque l'on cible l'extériorité et à mon sens, l'avenir de l'hôpital n'est pas à l'intérieur de l'hôpital mais en dehors des murs, à l'extérieur. Donc, pour moi, ça reste un outil de soin qui est a développer car à mon sens ça fait 8 ans maintenant que le dispositif d' HAD existe, qu'il était adapté à une époque mais qu'à mon sens il mérite d'être corrigé. Moi personnellement, j'hérite du projet, il était déjà fait. Le projet ne me convient pas totalement tel qu'il est.

Pour les patients, c'est une aide supplémentaire mais aussi une plus grande liberté de choix, un respect du choix. Il y a des gens qui refusaient une hospitalisation par peur de la stigmatisation et l'outil HAD évite la stigmatisation : on ne va plus dans l'hôpital psychiatrique, c'est l'hôpital qui se déplace. Par contre, a contrario, ça préserve l'intimité de la personne mais on pénètre l'intimité de la personne en allant au domicile, donc ça, ce n'est pas simple non plus. Pour les soignants, il faut quitter la posture de soignant hospitalier et là, je pense qu'en termes d'identité professionnelle, c'est compliqué pour les soignants parce qu'il faut s'y retrouver, il faut aussi travailler son propre schéma représentatif. A mon sens, quelqu'un qui va penser hospitalo - centré aura beaucoup de mal à trouver la juste posture en HAD. Tout en sachant que j'imagine que l'instauration de l'alliance thérapeutique est différente dans l' HAD car on n'est pas dans un lieu neutre mais chez la personne. C'est aussi une des limites supplémentaires au dispositif.

Quelque part, c'est l'envahissement de la sphère publique sur la sphère privée mais donc je compare un peu avec l'institution pénitentiaire qui se déplace au domicile de la personne, qui va pénétrer l'intimité avec la mise en place du bracelet électronique. Maintenant, on est dans une évolution sociétale qui fait que la limite privée/ publique est de plus en plus floue et plus ça va plus il y a pénétration du public vers la sphère privée. Mais culturellement parlant, il faut dire que la société évolue vers ça. Les réseaux sociaux, les facebook, on est à la frontière entre sphère privée et publique. Plus ça va, plus notre culture sociétale entretient le flou entre les deux sphères donc je ne sais pas, à l'heure actuelle... en France, on est très dogmatique, on traîne de la patte... on est très frileux par rapport à ça. Moi, personnellement, je ne sais pas si c'est le problème majeur car

aujourd'hui, dans la société, cette limite est floue. Je ne suis pas sûr que... ça va dans une mouvance sociétale je pense...

Moi, c'est un peu mon positionnement...

3) Plus spécifiquement, constatez-vous des évolutions dans les pratiques soignantes?

Si oui, comment se manifeste ce changement ?

Réponse : Ben, les évolutions dans les pratiques soignantes, je parle toujours en termes d'évolution dans les projets. Oui, en effet, on voit bien qu'il y a 8 ans, c'était plus des patients souffrant de troubles psychotiques. Maintenant, non. On a beaucoup de personnes souffrant de troubles névrotiques ou de difficultés d'adaptation.

Ceux qui font de l'HAD sont moins hospitalo-centré, il n'hésite pas à faire de l'évaluation in vivo en VAD. C'est comme s'il y avait eu une ouverture et une meilleure prise en compte de toute la sphère psychosociale.

Moins de clivage avec ... ce sont souvent ces personnes-là qui vont prendre plus facilement le téléphone pour se mettre en contact avec le réseau... Ils pensent différemment, c'est un travail différent que ceux qui pensent plus travail « analytique », à faire le travail dans un bureau toute la journée. On sent que l'offre de soin se déplace. Moi, à mon sens, on dit toujours « oui, le secteur, le secteur... mais moi je pense qu'il ne suffit pas d'avoir un CMP en plein centre-ville pour faire de la proximité. Ouvrir, sortir des murs, faire un maillage avec le réseau, à mon sens, on est là-dedans. Je pense que l'outil HAD a permis de changer les schémas représentatifs aussi du soin chez les soignants.

Sur le CMP que je gère, c'est une infime partie de l'équipe qui fait de l'HAD. Tout le monde n'en fait pas. Il y a des équipes où tout le monde en fait, moi, je pars du principe qu'il faut travailler sur la motivation, le volontariat. Qu'est-ce que les gens projetaient dans l'HAD et comment ils comptaient travailler ça. Je préfère avoir des gens motivés pour qui l'HAD s'inscrit dans leur projet pro. Et en même temps, je trouve que c'est plus adapté car on parlait de la pénétration de l'intimité et quand il y a une kyriade de personnes qui passe au domicile, sans personne identifiée réellement... Moi, à « Hécan », j'ai 5 personnes qui font de l'HAD et c'est toujours les mêmes, si bien que les patients C'est déjà dur d'assurer de la continuité et avoir un nombre de personnes réduit pour l'HAD permet de préserver la sphère intime de la personne.

Ça évite de noyer l'activité HAD dans l'activité CMP. Parce que pour moi, dans ce que je peux observer, l'HAD à partir des CMP, c'était très bien mais ça a des effets pervers, en tous cas, ses limites. Pourquoi ? L'activité HAD est diluée dans l'activité CMP mais contribue aussi à diluer l'activité du CMP. Il n'y a pas de reconnaissance formelle de l'outil HAD. S'il y avait une reconnaissance de l'équipe HAD, c'est à dire une équipe dédiée avec des formations spécifiques, un médecin référent, un cadre référent, un psychologue référent, une As référente... je pense qu'on

arriverait à développer cet outil. A mon sens, l'un des freins actuels, c'est le positionnement de l'HAD sur les CMP. Moi, je fais partie des gens qui seraient pour faire un ou deux pôles de spécificité HAD avec géographiquement, un pôle Nord et un pôle Sud.

A mon sens, c'est une erreur car faire ¾ d'heure de voiture pour dispenser un traitement, où est ce qu'est le soin ? On est à la recherche de l'efficacité du soin. A mon sens, l'existence de 2 pôles permettrait d'être plus efficace.

Il faudrait faire des réunions fonctionnelles, des réunions d'équipe commune pour permettre une forme de continuité du soin. Parce que ce qui me dérange dans ce dispositif c'est que l'HAD ne se termine pas à 18h le soir. D'autant plus quand on voit les contrats HAD avec « évaluation de l'observance médicamenteuse ». Concrètement, les gens ne vont pas prendre leur traitement à 18H : donc, qu'est-ce qu'on va évaluer ?

La preuve c'est qu'on va faire des prescriptions d'infirmier libéral pour la dispensation du traitement... en plus de l'HAD : c'est un non-sens.

L'autre non-sens c'est l'absence d' HAD le WE : pourquoi les patients ont-ils 1 à 2 visites / jour en semaine et que ça s'arrête le WE ?

Pour moi, l'outil excellent serait de regrouper l' HAD sur un Hôpital de jour et de faire un pôle HAD/ hôpital de jour couplé à l'éducation thérapeutique. A mon sens, quelqu'un qui va au domicile de la personne permet de bien évaluer ces programmes d'éducation thérapeutique. En même temps, cela permet aussi à une équipe d'avoir des activités variées. Faire, par exemple, 1 moi d'HAD, un mois de l'hôpital de jour, et des personnes plus référencées pour l'éducation thérapeutique en parallèle.

Moi, je verrai bien, si on travaille l'idée d'un hôpital de jour sur le pôle Nord, je verrai bien l'HAD couplée à l'hôpital de jour.

Je suis pour des infirmiers qui serait « case management » car tout ce dont on parle, à mon sens, c'est de la coordination avant tout. Il faut dans ces structures, des gens experts en coordination.

Avant de parler « expertise clinique », on va parler « expertise parcours patients » ; Parce qu'on a beau avoir tous les experts possibles, si le parcours patient est mal structuré, c'est le « flop » total. Si on veut développer l'extériorité, il faut des experts dans le parcours et donc du case manager.

C'est d'ailleurs très développé dans les pays anglo-saxons.

4) Selon vous, quelle est la perception des infirmiers du travail en Hospitalisation A Domicile ?

Réponse : Il y a un clivage représentatif au niveau des équipes. Je pense que c'est en lien avec l'expertise clinique qu'on peut développer les gens.

Il faut pourtant surtout des gens qui « s'ouvrent ». Plus on va développer de l'expertise, plus on s'enferme.

Il faut travailler en amont du parcours patients, la GPEC. Et quand il y a des gens experts, c'est très compliqué de faire de la GPEC. En même temps, dans les représentations, cela peut faire peur aux gens de postuler car ils peuvent avoir peur de ne pas avoir les compétences. Même si les personnes ont les aptitudes.

Ceux qui ont une posture plus analytique pensent que l'HAD est contre-productif dans l'outil de soin... je ne vais pas dire qu'il y a un dénigrement de la fonction HAD mais bon... ils pensent qu'il n'y a pas d'utilité, que les gens ne sont pas responsabilisés, qu'on les assiste... Toutes ces représentations sont mises en avant pour expliquer le positionnement alors que certains n'ont jamais fait d'HAD ni même de visites à domicile. Ou alors on a aussi ce « bon vieux passéiste » qui dit « c'était mieux avant... ». La bonne vieille notion du secteur, la relation duelle dans le bureau, la posture soignante alors que, il y a une évolution de la posture soignante comme la représentation sociétale. Pour certaines personnes, c'est figé, on ne cherche pas à travailler cette posture soignante, ils ont, en revanche, la bonne distance thérapeutique. La question de la posture qui est compliquée à travailler.

Certains trouvent au contraire que l'HAD c'est génial car permet de voir la personne dans son lieu de vie, permet d'avoir une évaluation globale de la personne... on évite de le couper du milieu, permet d'évaluer les relations familiales. Ce sont des gens plus sensibles à la systémique par exemple ou encore, ceux qui ont une fibre psycho-sociale ; le plus difficile, ce sont les personnes qui sont plus analytiques sans faire de jugement...

En fonction de ton champ clinique, les avis divergent, on n'a pas les mêmes représentations cliniques.

Je pense que ce que l'on veut faire dans 20 ans se prépare maintenant et que l'hyperspécialisation ne me paraît pas justifiée et peut être pas trop stratégique.

5) Pour vous, quelles sont les singularités du travail infirmier en HAD ?

Réponse : La juste posture, la notion d'altérité avec le non jugement et tout ce qui va avec ... et à mon sens, l'éthique car il y a la notion de la sphère privée et la notion de non jugement.

6) Pensez-vous que les soignants ont à leur disposition assez de moyens institutionnels (temps, outils...) pour appréhender les enjeux de l'HAD et accompagner ainsi leur exercice ?

Réponse : **NON !** La preuve en est, ne serait-ce qu'au niveau institutionnel, avant que je prenne en charge l'HAD, il y avait seulement une réunion annuelle ou c'était le bilan de l'activité : les soignants, ils n'en ont rien à faire de ce bilan. Ce qui les intéresse, c'est le pratico-pratique. En Juin 2014, j'ai mis en place une réunion fonctionnelle, en alternance avec la réunion institutionnelle. Je pense que c'est encore insuffisant car il faudrait une réunion fonctionnelle tous

les 2 mois mais difficilement gérable car 4 sites et ce ne sont pas dans les habitudes de fonctionnement. Les réunions sont difficiles à fixer.

Ce sont des usines à gaz : quand on voit le ravitaillement en médicament des CMP qui sont dit « non pivots », c'est compliqué... quand on parle d'efficience des soins... quand il y a une infirmière qui doit aller de Carentan jusqu'à Picauville pour un changement de traitement ou que quand c'est l'AMP qui le fait, ça pose la question du circuit du médicament.

Dans les représentations, quand je dis que l'activité se dilue dans le CMP. Au CMP il n'y a pas de traçabilité. Pour l' HAD, certains réflexes temps plein comme le poids/taille n'est pas acquis et c'est très difficile de faire bouger les choses. Forcément le réflexe Temps Plein n'est pas acquis. Il faut, je pense revoir le projet et penser « alternative au temps plein » où on doit avoir les mêmes réflexes que le temps plein.

7) Vous-même, ressentez- vous un impact dans vos pratiques managériales en lien avec l' HAD ?

Réponse : En tous cas, je ne m'en aperçois pas !...

Pas trop car j'ai toujours été emmené à traiter des structures ambulatoires donc ça me va bien, c'est dans ma philosophie du soin. Ça s'inscrit pleinement dans ma façon de penser le soin, la place de la personne dans son parcours de soins. A mon sens, on maintient la responsabilisation des personnes qui sont acteurs de leurs prises en charge. Donc, non... pour moi, ça ne change pas beaucoup, le seul problème c'est de trouver en tant que cadre des formations continues qui vont bien développer les compétences. Là encore, le fait d'avoir des équipes « virtuelles » rend cette mission compliquée.

Les HAD dans les CMP, c'est souvent le cadre de proximité qui gère. Le cadre de l' HAD est plus là pour coordonner, faire le tableau des astreintes, faire le bilan d'activité...

Mais, pour moi, être cadre de proximité, c'est pas ça. J'ai quelque part une certaine insatisfaction dans ma posture de cadre et de travail que je fais en HAD. Parce que pour moi, j'ai pas assez de proximité avec les équipes. La proximité, je ne peux pas en avoir du fait du dispositif tentaculaire sur pôles avec des pratiques qui ne sont pas homogènes. Il faut maintenant vraiment identifier le dispositif si on veut en assurer la pérennité. Il faut repenser les choses, le dispositif s'essouffle, il a eu son temps. Il faut qu'on retravaille ce projet pour redonner une dynamique. Il est pour le moment noyé dans une activité générique. Il faut peut-être parler de personnes ressource identifiées. Actuellement dans le futur projet médical, un volet sur est consacré à l'alternative à l'hospitalisation. Pour moi, ça nécessiterai un groupe à part.

J'ai fait une étude des prescriptions HAD. Il y a des résistances institutionnelles : il y a des zones blanches liées à la distance géographique. Il y a donc des freins géographiques et des « praticiens-dépendants ». En fonction, par exemple, des praticiens de garde aux urgences, il y a

ou pas des prescriptions HAD. Il y a de toute façon un manque de lisibilité du système, une enquête médicale récente montre ça.

Entretien cadres de santé : Bernard

Depuis quand exercez-vous comme cadre de santé ? 2012

Depuis combien de temps avez-vous en charge une unité proposant de l'HAD? Aout 2014

1) Selon votre expérience, quels sont les avantages et inconvénients principaux que vous percevez dans la prise en charge en HAD ?

L'avantage, euh... je dirai pour le patient c'est d'avoir des professionnels qui vont, qui vont venir évaluer tous les jours son état de santé voir quels sont les objectifs à réaliser, à mettre en place, les objectifs à atteindre, ceux qui sont atteints et ceux qu'on veut pouvoir atteindre avec le patient. De réajuster la prise en charge aux besoins puisqu'effectivement l' HAD peut faire aussi faire une réouverture vers l'hospitalisation temps plein. Euh... on peut arriver à définir la prise en charge aussi un peu plus ciblée, notamment si il y a besoin de mettre en place une psychothérapie, si dans l'étayage avec le patient il y a nécessité d'aller au-delà de l' HAD. Je dirai que c'est un peu tout ça l'avantage... d'être vraiment dans des périodes d'observation clinique au plus près du patient.

L'autre avantage c'est d'apprendre à connaître le patient dans son milieu naturel qui peut donner des indications très importantes dans la prise en charge... puisqu'on entre dans l'intimité déjà, beaucoup plus que quand ils viennent en hospi temps plein ou en ambulatoire... ça permet de repérer des choses qui peuvent servir dans la prise en charge.

Dans les inconvénients, euh ... alors, justement, peut être cette ouverture de porte, effectivement. C'est à dire, euh... pour le patient il faut accepter qu'un inconnu puisse entrer chez soi pour discuter de ses problématiques. Alors, c'est vrai que du coup il y a tout ce travail d'alliance thérapeutique à mettre en place, tout ce positionnement professionnel à mettre en place avec le patient mais je pense que parfois ça peut être délétère ... dans la relation en tous les cas. Autrement autre inconvénient qui, là, du coup, est peut-être un peu plus logistique : tout ce qui est prise en charge médicamenteuse par les professionnels puisqu'on est en dehors d'un milieu sécurisé et aseptisé. Du fait, en plus, que les professionnels sont souvent seuls... ça peut être un inconvénient parce que de l'autre côté de la porte, on n'est pas sûr d'avoir le même patient qu'on a vu hier.

2) D'après vous, quelles sont les transformations les plus significatives en lien avec sa mise en place ?

Je pense que la notion de sécurité, de « bulle » un petit peu qu'on peut trouver en service temps plein, n'existe pas à domicile même si c'est le domicile du patient, malgré tout, il y a, à mon avis, ce côté inconfort, insécurité dont je parlai tout à l'heure du fait de l'intrusion chez soi. Euh... ça, ça peut transformer la relation qu'on a avec les professionnels. En plus, c'est pour ça que je pense que les professionnels ont un gros travail sur cette alliance thérapeutique parce que l'autre donnée qui est à prendre en compte, c'est que le patient va en service temps plein, sort en HAD et va trouver des professionnels qui n'ont rien à voir avec le service il était. Donc, il y a cette notion de référence du coup, qui est perdue aussi...

Dans la transformation, je pense que c'est ça : il y a une notion d'insécurité pour le patient et, à mon avis, ce sont des choses qui doivent être travaillées en amont, c'est à dire en hospitalisation temps plein. Et euh..., l'HAD à mon goût actuellement n'est pas suffisamment travaillée avec le patient... en psychiatrie. Parce que dans le milieu général, c'est travaillé un peu plus avec le patient pour prévenir ce côté intrusif. Parce que pour moi ça reste intrusif, donc cette notion doit être travaillée avec le patient.

L'insécurité des soignants peut être existante selon ce qu'ils ont eu comme donnée. C'est à dire, qu'effectivement, on a une évaluation à l'instant T de l'hospi, où le patient est dans une bulle et on n'est pas du tout sûr de trouver ce même patient derrière la porte... donc, il peut y avoir, de l'insécurité aussi pour les professionnels. Après, il y a des événements factuels qui viennent se greffer à cette insécurité avec une professionnelle qui s'est faite récemment agresser. Je sais qu'à ce moment-là, beaucoup de professionnels qui faisaient de l'HAD se sont posé beaucoup de questions. Il y a eu une émulation autour de ça et d'être seul comme professionnel.

L'autre donnée, dans cette transformation, c'est toujours qu'on arrive au domicile, euh.. les patients ne sont pas forcément seuls : de la famille, des amis...

La phase aiguë est traitée en hospi et l'HAD, c'est pour euh... on va dire continuer à étayer la stabilisation de ce moment aigu, pour maintenir le lien, pour éviter que le patient ne sorte du soin. Cela vient surtout renforcer l'hospi.

3) Plus spécifiquement, constatez-vous des évolutions dans les pratiques soignantes?

Si oui, comment se manifeste ce changement ?

Les évolutions, effectivement, sont existantes, notamment entre la différence entre VAD et HAD : il y a là, effectivement, une évolution des pratiques professionnelles : on n'est pas sur les

mêmes champs, les mêmes pratiques, on est dans du gros étayage, du renforcement de prise en charge et dans : je dois définir les objectifs avec le patient. Là, il y a une modification qui s'opère.

Il y a une modification aussi qui commence à s'opérer et qui va se développer. Pour le moment, on est trop sur le mode : on fait de l' HAD à la sortie d' hospi. L'idée, ce serait justement : est-ce que l' HAD ne pourrait pas être en amont d'une hospitalisation temps plein. C'est à dire que ce doit être une alternative à l' hospi et non le contraire. Et donc, là, les professionnels ont enclenché leur réflexion vers ça. Là, on commence à toucher du doigt des demandes d' HAD avant l'hospitalisation. Et ça fonctionne.

Pour le coup, au niveau des professionnels, il y a une modification qui s'opère car pour le coup on est dans le traitement de la phase aiguë à domicile. Cela oblige les professionnels à revoir leurs pratiques professionnelles.

4) Selon vous, quelle est la perception des infirmiers du travail en Hospitalisation A Domicile ?

C'est ce côté quand même très valorisant, de gratifiant. Car dans les moments où ça fonctionne, ils ne vont pas à domicile pour rien. Et que cette insécurité, ce côté intrusif.. C'est des barrières qu'il faut arriver à déplacer et si on les déplace pas c'est arriver à monter sur ces barrières avec les patients pour bosser dans une même ligne. Et les résultats sont là... c'est à dire que quand on arrive à arrêter l' HAD sans qu'il y ai eu une réhospitalisation temps plein, cela veut dire que ça fonctionne. Euh.., un objectif de prise en charge a été mis en place : emmener le patient à aller vers une psychothérapie, l'emmener à aller vers d'autres soins ambulatoires comme le CATTP... quand on arrive à toutes ces chose-là, c'est que le pari est quand même gagné.

Concernant l' HAD comme alternative à l'hospitalisation temps plein, cela veut dire qu'on est e phase aiguë et qu'on arrive au même résultat sans être passé en hospi temps plein...

5) Pour vous, quelles sont les singularités du travail infirmier en HAD ?

Le côté singulier c'est l'insécurité, c'est aller dans le milieu nature de la personne car on découvre sa vie, son milieu naturel. C'est ça : c'est le milieu naturel. Comment ça se passe chez les gens ? Est ce qu'il y a de l'incurie ?

Est ce qu'il y a de l'insécurité au domicile de par... moi je pense à des trucs : les accidents domestiques... On est dans une situation où on doit avoir une vision plus large de la situation.

6) Pensez-vous que les soignants ont à leur disposition assez de moyens institutionnels (temps, outils...) pour appréhender les enjeux de l' HAD et accompagner ainsi leur exercice ?

Non.

On manque de moyens... on manque de moyens : c'est pareil, on a des actions à mettre en place et on commence à travailler là-dessus.

Pour les traitements médicamenteux par exemple, en tous cas, nous, les lieux, ici, ne permettraient pas d'être efficaces en tous cas pour la délivrance du traitement médicamenteux car nous sommes à 20 kms de la pharmacie centrale. .. Que l'HAD tombe bien trop souvent encore... et c'est là où ce n'est pas assez travaillé en hospitalisation temps plein. Parce qu'encore trop souvent, par exemple, le patient sort le 9, on a le contrat HAD le 9. Donc, ça veut dire que le 10, il faut qu'il y ait une infirmière qui aille sur place. Donc il n'y a pas le temps d'avoir le traitement médicamenteux, de faire venir jusque ici... ça réorganise tout le service car quelques fois, il faut faire sauter des créneaux de consultation pour assurer l'HAD. Il n'y a pas assez d'anticipation : c'est une donnée institutionnelle.

Le laps de temps pour préparer, s'organiser est de 48H. Ça laisse aussi le temps au patient de s'y préparer. On le voit encore aussi trop souvent : on dit au patient, c'est bon demain vous pouvez sortir et le lendemain on lui dit « on vous sent un peu fragile, on va mettre de l'HAD en place... mais on lui dit le jour de la sortie.

C'est pour ça que je dis que ce n'est pas suffisamment préparé et du coup ça crée l'insécurité.

Il y a donc cette notion de traitement médicamenteux qui pose souci, le fait que ce n'est pas traité en amont, donc ça c'est un problème institutionnel. Euh... et puis, d'un point de vue logistique, on manque réellement de véhicules. Parce que, nous, on est sur un CMP qui avons une zone géographique très large. Il n'y a encore pas très longtemps, on avait des HAD à 40 Kms.

On a une capacité d'accueil de 4 HAD... en décembre, on est monté à 5 : il a fallu que je me batte pour réorganiser toute la logistique, notamment en terme de véhicules. C'est embêtant parce que ce sont des soucis logistiques qui viennent alimenter le malaise, les conditions de travail qui ne sont pas propices à... donc voilà.

Là-dessus, il va falloir qu'au niveau institution, on puisse développer tout ça.

Pour les traitements médicamenteux, ça y est, on va mettre en place une dotation médicamenteuse au CMP. Qui, je pense, si tout va bien euh... je pense que d'ici fin Mars, on l'aura mise en place. Mon objectif, c'est d'avoir cette dotation pour l'accréditation.

Le temps infirmier, pour le moment, ça va. Par contre, ça demande une réorganisation du temps de travail sur le CMP. Là-dessus, j'ai déjà échangé pas mal avec les professionnels du temps plein.

Depuis peu, le médecin référent de l' HAD s'est organisé au niveau planning pour assurer les consultations hebdomadaires de l' HAD. Donc, elle voit toutes les consultations HAD le jeudi matin... en prévoyant une demi-heure par HAD, ce qui lui fait un créneau de 2 H pour l' HAD et on a prévu un créneau d'1/2 H dans la foulée où le médecin est strictement à disposition des

infirmiers pour transmettre les objectifs qu'elle a travaillé avec les patients en HAD. On a mis ça en place en Janvier.

7) Vous-même, ressentez- vous un impact dans vos pratiques managériales en lien avec l' HAD ?

Oui.

Oui, pour le coup car il a fallu réorganiser les choses, qu'il a fallu que je négocie avec la pharmacie centrale pour avoir cette dotation... De, comment dire, de relancer un peu l'équipe sur le projet HAD.

L'équipe médicale et paramédicale car je sentais que l' HAD était de côté... Il a fallu que je ré impulse toute cette dynamique en passant notamment par le médecin... euh... en emmenant tous mes arguments, tranquillement, les choses sont lancées.

La différence avec les autres services, c'est que l' HAD, on est à distance... donc il faut penser le projet... c'est un peu du virtuel on va dire l' HAD. Alors, effectivement, il y a des moyens, il a des professionnels, des budgets... mais c'est quelque chose qu'on ne peut pas palper.

C'est avec des représentations, ce qui est écrit qu'on s'appuie, ce qui est assez nouveau pour moi en termes de management.

Entretien cadres de santé : Catherine

Depuis quand exercez-vous comme cadre de santé ? 2009

Depuis combien de temps avez-vous en charge une unité proposant de l'HAD? 6 mois

1) Selon votre expérience, quels sont les avantages et inconvénients principaux que vous percevez dans la prise en charge en HAD ?

Alors... les avantages de l'HAD sont, à mon sens, dirigés en premier vers le patient. C'est à dire que le soin se faisant à la maison, il n'a pas à se déplacer à l'hôpital, il peut mieux vivre son hospitalisation, il est chez lui, dans ses conditions de vie. Globalement, je vois cet avantage plutôt dirigé vers le patient.

Les inconvénients pour le patient, à ce moment-là donc, seraient de ne, peut-être, pas rencontrer le médecin aussi souvent qu'il le ferait dans un service temps plein puisque les médecins référents HAD en psychiatrie ne vont pas au domicile, c'est le médecin traitant du patient qui, comme en médecine somatique, est référent de base de l'HAD. Donc, il y a un captage du médecin plus compliqué pour le patient à domicile. Est-ce qu'il est, est ce que ce patient à domicile est toujours à l'aise pour se livrer, pour parler de lui, de ses craintes, de ses désirs dans son milieu naturel avec probablement des oreilles qui traînent, qui sont là, alors que dans une chambre d'hôpital ou dans un bureau de médecin, lors d'un entretien, il est quand même seul avec un soignant. Il est tributaire des horaires de passages de l'HAD : il n'aura pas à possibilité d'avoir toute une équipe à ses côtés. Même si l'équipe fait de son mieux, elle est aussi assujettie à des horaires.

L'inconvénient majeur, à mon sens, de l'HAD est qu'elle est trop réduite pour le patient en termes de plage horaire. Pour l'HAD, par exemple, j'ai l'habitude de l'HAD en somatique et pour moi, l'HAD ce n'est pas du 9/17 mais du 24/24. Il n'y a qu'à ce prix-là qu'une HAD puisse être performante et reconnue comme outil de soin à part entière. Ce n'est pas le cas pour vous en psychiatrie.

Voilà....

Après pour l'équipe médicale, si on va du côté de l'équipe médicale, je me rends bien compte qu'ayant en charge un CMP, le créneau HAD est sous utilisé. J'ai 4 places HAD par exemple à Colbert, j'ai rarement plus de 2 personnes en même temps, 3 grand maximum alors

qu'il y a la possibilité, il me semble bien pour 5 personnes et ces créneaux sont sous utilisés. Les médecins psychiatres me semblent toujours un peu frileux, pour ne pas dire réticents à enclencher une HAD euh... je n'arrive pas encore, vu mon peu d'expérience en psychiatrie à discerner pourquoi. Je pense qu'ils ouvrent le parapluie. Euh... face à un risque suicidaire qu'ils ne pourraient pas gérer à la maison. Enfin, un risque de passage à l'acte... Disons qu'à domicile, il leur est quand même moins facile d'intervenir dans l'urgence, d'avoir une équipe soignante qui ne passerait pas au bon moment. Donc, oui, il y encore des réticences des équipes médicales à laisser un malade à domicile. Euh... ça demande pour le médecin une prise en charge un peu plus détaillée sans doute et compliquée qu'en service de soins. Il faut ouvrir des dossiers différents au niveau informatique, c'est quand même une hospitalisation à part...

Je pense que c'est plus la prise de risque qui...

Dans le texte de base il est dit que le risque suicidaire n'est pas compatible avec la prescription HAD... sauf, que le risque suicidaire, on le voit tout le temps et partout... C'est qu'il vient se poser en obstacle à l'HAD même si, à mon avis, à la base, il n'y a pas le motif mais il est pris par le corps médical comme un risque très prégnant sur cette prise en charge qui, du coup, justifierait qu'on n'aille pas vers l' HAD alors que, en soi, ce n'était pas identifié comme tel. Et puis donc, le fait que l'HAD ne soit pas ouverte 24h/24 pose question : ça n'encourage pas l'équipe médicale à mettre en soin un patient dans des créneaux très limités. Ça voudrait dire qu'avant 9h et après 17h, rien de méchant puisse arriver... ça c'est imprévisible. Pour que ça fonctionne l'HAD, il faut y mettre des moyens, des moyens humains, des moyens logistiques. C'est à dire qu'il faut parler des véhicules. Comment faire de l'HAD si on n'a pas de véhicules à disposition. Des formations car on va au domicile des patients, après tout on entre dans l'intimité des gens, on doit être dans un mode de communication assez différent de l'hospitalisation, je pense...Il y a à mon sens aussi, un travail très important à envisager en collaboration avec les AMP ou AS euh... moi, j'ai l'habitude d'avoir travaillé avec des collègues responsables de service HAD qui n'envoyaient jamais à domicile un infirmier seul. Ils ont toujours envoyé des équipes en HAD.

L'HAD : qu'est-ce que c'est ? C'est l'hôpital à domicile. L'hôpital, c'est un infirmier et un aide soignant dans un service de soins qui vont dans une chambre. C'est pas un infirmier ou un aide-soignant, c'est la plupart du temps 32 personnes qui travaillent ensemble. Soit ensemble dans la pièce soit dans les 5 minutes qui suivent, en cas de problèmes vont être ensemble. Donc, pour moi il y a un souci d'envisager l'HAD comme le déplacement d'un seul professionnel au domicile de quelqu'un. Il y a le souci du risque potentiel de l'agression, de la capacité de prendre en charge seul une problématique compliquée. Du fait que le patient pourrait demander autre chose qu'un soin d'entretien mais pourquoi pas aussi un soin d'hygiène. Cela pourrait être entendu dans l'HAD...Après tout, le patient peut-être en difficulté sur un problème somatique : si on est 2, c'est peut-être plus facile de régler que tout seul.

Voilà. Le souci c'est que, et là je vais revenir du côté des professionnels, les professionnels du CMP pour lesquels j'ai eu beaucoup de mal à faire comprendre jusqu'à présent l'importance de la prise en charge HAD. Quand même, la plupart ont répondu que pour eux la prise en charge HAD n'était pas du « vrai soin », c'est les mots qu'ils ont employés... ils ont parlé de soins différents, c'est pas moins glorifiant mais moins valorisant ... je... je dis ce mot là, ce n'est pas mon interprétation, je le dis parce que c'est le mot qui a été employé par certains professionnels qui jugent ils ne peuvent pas faire d'entretiens infirmiers dignes de ce mon à domicile... et que pour eux, l'HAD ne consiste qu'à faire du soin ponctuel à type distribution de médicaments, passer chez les gens pour voir si tout va bien ... ils n'ont pas, pour eux, la possibilité de faire à domicile, ce pour quoi ils sont faits : c'est à dire des entretiens infirmiers. Ils ont dit qu'ils ne pouvaient pas exercer la même qualité des entretiens qu'au CMP. Ça a été clair pour eux...

2) D'après vous, quelles sont les transformations les plus significatives en lien avec sa mise en place?

Ca rejoint ce que l'on vient de dire. C'est à dire qu'il a fallu faire bouger un peu les lignes au niveau de la culture d'hospitalisation en psychiatrie. Quand même la psychiatrie est un peu différente du somatique car déjà, les hospitalisations sont longues, il y a quand même une période d'observation assez longue. Là, il faut accepter qu'au bout de quelques jours ou quelques semaines on lâche ce patient des murs... c'est quand même un peu comme quand la psychiatrie c'est ouverte vers la ville vers les CMP et voilà... c'est quand même une démarche en interne à refaire. Ça veut dire que du coup, on ouvre à nouveau les murs. Ça, ça demande une acculturation de la part des soignants, de la part des équipes médicales vers un autre soin, une autre forme de soin. Le changement, il est là et les freins, du coup, en découlent. Parce qu'on s'acculture ou pas en quelques semaines ou mois.

Le processus va s'imposer pour des raisons économiques actuelles, c'est un processus qui va devoir s'imposer quand même rapidement alors que les professionnels ne sont pas prêts à s'en emparer. L'établissement va alors être face à une urgence imposée par la fusion, le contexte économique mais la non acceptation du procédé, du processus par les équipes....

3) Plus spécifiquement, constatez-vous des évolutions dans les pratiques soignantes?

Si oui, comment se manifeste ce changement ?

Euh... Du coup, les entretiens à domicile, ils ne les font pas parce qu'ils pensent que... ils ont décidé, choisis, les infirmiers de ne pas faire d'entretiens psychothérapeutiques à domicile parce que pour eux le domicile n'est pas l'endroit fait pour ça. C'est à dire que pour eux, un endroit de qualité psychothérapeutique de l'infirmier en psychiatrie doit se faire dans un bureau. Dans l'intimité du bureau avec l'infirmier et du coup, ils ne le font pas à la maison.

Moi, c'est ce qui me met en difficulté sur ce CMP c'est que justement, que moi je viens d'un autre milieu où la question ne se pose pas, où se pose simplement la mission de la mission infirmière qui est celle du soin. Qui est celle de : je suis missionnée pour faire des entretiens de psychothérapie, peu importe le lieu où je vais le faire, on ne s'arrête pas à ça.

C'est à dire que quand on fait du soin en somatique, on va le faire pareil, de la même façon dans le cabinet de soin qu'on va aller le prodiguer dans la chambre parce que le patient ne peut pas se déplacer. Donc, on ne met pas ces barrières là en place. On est là pour faire une mission de soin et on ne va pas aller analyser l'endroit où est fait le soin. Moi, j'ai essayé de comprendre, et j'ai vu que c'est ce frein qui existait et que du coup, il va falloir déjà travailler là-dessus pour pouvoir euh... emmener certains professionnels réticents à, comment dire, considérer leur mission infirmière à domicile comme aussi valorisante qu'infirmier en CMP et ne pas en faire une « sous-mission »...

C'est comme si l'infirmier à domicile était soumis à quelque chose qu'il n'a pas envie de faire et qu'il faut qu'il fasse.

L'HAD entendrait que, lors d'une VAD, on fasse un entretien comme on fait à l'hôpital car l'hôpital c'est quoi ? C'est un lieu où on fait des entretiens, c'est du soin... Ça, c'est l'hôpital.

L'HAD serait donc la même chose puisque c'est l'hôpital à domicile. Mais comme ils se refusent à faire des entretiens en HAD, cela revient à faire de la VAD en HAD... on va pour donner des médicaments, voir si la personne supporte bien son traitement, voir si elle n'a pas d'effets secondaires.

C'est à dire qu'on a imposé aux infirmiers de CMP de faire l'HAD alors qu'à mon sens, l'HAD devrait être un service complètement extériorisé à un CMP. Une HAD qui tournerait comme service à part entière avec des gens formés pour cela, formés pour cela et donc, qui ont bien compris la mission et qui s'en empare de façon maximum et positive et non comme étant une... presque parfois vécue comme une part du soin qui n'est pas souhaitée... je dis pas tous, certains au CMP aiment bien aller au domicile en HAD mais il y a aussi une partie qui considère que ce n'est pas valorisant pour eux et qui n'aiment pas ça.

Il y a aussi beaucoup de freins liés aux déplacements, j'ai une infirmière qui dit clairement qu'elle n'aime pas l'HAD car il faut prendre un véhicule et c'est quelque chose qui l'angoisse, qui la freine et je peux tout à fait le comprendre...Là on est en train d'imposer une mission particulière à un soignant qui n'est pas fait pour ça. Donc, on ne peut pas en attendre quelque chose de positif... il faudrait peut-être retravailler les profils de poste, l'idée du service à part entière... pourquoi l'HAD fonctionne bien en somatique ?

Parce que c'est un service à part avec un encadrement particulier, avec des outils particuliers...

On a des postes avancés sur l'hôpital c'est à dire qu'il y a 2 unités d' HAD réparties sur le territoire ce qui permettait de drainer l'ensemble ...

Il faut envisager l'HAD comme une unité avec un poste avancé au milieu du territoire et des antennes mais en tous les cas les services à part... je vois pas pourquoi les CMP se chargent de l' HAD...pour moi, c'est pas forcément cette mission du CMP.

Je peux comprendre les infirmiers qui le matin font un soin puis l'après-midi un autre type de soin et le lendemain, encore autre chose...Peut être que ce n'est pas confortable. Peut-être faut-il faire ce pour quoi on est fait ce que l'on aime faire... si on n'aime pas faire l'HAD et que la moitié de journée y ai consacrée, ça peut poser problème...C'est comme si on demandait à une infirmière d'aller faire le matin des pansements en chir et l'après-midi de faire du palliatif en médecine... c'est très compliqué dans une même journée.

4) Selon vous, quelle est la perception des infirmiers du travail en Hospitalisation A Domicile ?

Pour moi, c'est ce qui m'a interpellée, je ne m'en suis pas remise, j'en ai beaucoup parlé à des confrères et collègues d'ailleurs...j'étais tellement surprise d'entendre employer ce mot et je pensais qu'on était un infirmier et que l'infirmier ne pouvait pas considérer une partie de sa tâche moins valorisante qu'une autre. Cela voudrait dire que l'infirmier trie ses tâches et qu'il peut être hyper investi sur certaines tâches que l'on considère comme beaucoup plus valorisante que d'autres... il faut dire que certaines équipes en CMP travaillent de façon tellement autonome depuis tellement longtemps avec leurs propres agendas, leurs propre gestion du temps, leur propre clientèle ... parce que je vais jusque-là. Le CMP est parfois, pour moi, un grand cabinet libéral de psychiatrie. Voilà...

On vient bosser au CMP avec « ses » patients qu'on va suivre euh... plusieurs semaines pour lesquels on va, soi, poser un rendez-vous, fixer un créneau, qu'on va voir tout seul en entretien...on est dans un fonctionnement quasi-libéral et, du coup, retourner sur le terrain... on se remet dans le soin de base, de « masse » et ça, ça entretient le choc avec l'exercice libéral qu'on a fait le matin. Je m'en suis rendue compte tout de suite quand je suis arrivée en CMP et j'ai donc compris pourquoi il y avait un problème avec l'HAD... L'HAD ça veut dire « hôpital », ça veut pas dire « cabinet ». En CMP, on n'impose rien. C'est celui qui a fait l'entretien d'évaluation qui décide s'il poursuit le suivi ou pas. On est dans une relation de clientèle.

5) Pour vous, quelles sont les singularités du travail infirmier en HAD ?

C'est que l'infirmier va être seul puisque ce ne sont pas des équipes qui se déplacent...

Seul donc, face à l'urgence, face à la violence, face au désarroi.

Il est très peu supervisé, du coup. Parce qu'en temps plein, on a beau dire, on a toujours le regard des autres, le regard des pairs, du supérieur hiérarchique, des autres patients.

Comment évaluer ce travail ? Si un patient n'est pas suffisamment en capacité de dire au médecin qu'il a été plus ou moins bien entendu, qu'il l'a plus ou moins bien vécu l'entretien... qui va évaluer le travail de l'infirmier ?

Moi, je vais jamais avec un infirmier en visite et je ne me l'autorise pas car j'ai le sentiment d'être sur un terrain qui ne m'appartient pas. Je n'arrive pas encore à m'emparer de cela. C'est une « chasse gardée »...

Je commence à y mettre mon nez et je rencontre beaucoup de difficultés... c'est à dire que même mon expérience de cadre de 6 ans n'avait pas de prise sur eux. C'est à dire cette partie de mon travail autour de l'évaluation, de supervision... c'est comme si elle n'était pas légitime... Ce sont des pratiques inscrites depuis de longues années...tant qu'il y aura des infirmiers spécialisés et je croyais que moi, lorsque j'allais dans un CMP je m'adressai à des infirmiers et là, j'apprends que je m'adresse aussi à des systémiciens ou à un infirmier psychothérapeute... tout ça me pose beaucoup de questions...

Comment on met l' HAD la dedans ? Effectivement, c'est compliqué...

6) Pensez-vous que les soignants ont à leur disposition assez de moyens institutionnels (temps, outils...) pour appréhender les enjeux de l' HAD et accompagner ainsi leur exercice ?

En temps, oui, ils ont les créneaux mais ils sont juste sous utilisés mais c'est pas de leur faute, c'est ... il n'y a pas suffisamment d'indications.

En moyens, il y a les moyens véhicule suffisants... après, je pense que c'est plus en moyens humains qu'il faut revoir mais a-t-on les moyens d'envoyer 2 professionnels en HAD... je sais pas....

C'est à dire réorganiser au niveau RH. Après, je pense qu'il faudrait revoir la question du volontariat pour cette missions sans créer une spécialisation au sein de l'équipe pour le dégager des entretiens et leur permettre de faire cet exercice de façon plus globale dans une journée et non pas de façon hachée.

7) Vous-même, ressentez- vous un impact dans vos pratiques managériales en lien avec l' HAD ?

C'est celui dont je viens de parler : la difficulté pour le cadre d'être sur le terrain avec la personne ne serait ce que pour l'évaluation, le contrôle... ça reste un problème malgré tout...

Après j'ai ce souci-là de... dernièrement, j'ai voulu mettre en place carrément un planning HAD car je voyais qu'il n'y avait pas d'équité dans la distribution des tâches. C'est à dire que certaines personnes étaient bizarrement toujours volontaires et d'autres ne se posaient jamais. Une personne est venue me voir dans mon bureau en me disant que ce n'était pas équitable. Alors moi, il suffit qu'on me prononce ce mot pour que je cherche à savoir ce qui se passe et à régler le problème. Parce que pour moi, la valeur de l'équité c'est dans l'encadrement primordial. Alors

quand j'ai entendu cela, j'ai voulu en savoir plus et je me suis rendue compte qu'effectivement les missions n'étaient pas équitablement réparties parce que certains trouvaient toujours le moyen de s'en défaire et donc je leur ai dit « écoutez, si vous n'arrivez pas, par vous-même de façon équitable à répartir les créneaux HAD, je vais devoir imposer un planning. Là, j'ai eu une levée de bouclier. C'est à dire que quand le cadre essaie de mettre un peu d'ordre là-dedans ça va pas non plus. Donc, en fait, d'eux même... ils ne veulent pas la notion de contrôle et de planning. Et je les comprends parce qu'il n'y a pas de planning d'imposé dans le CMP... chacun a son planning. Donc, je revenais mettre un peu de temps plein dans l'histoire mais ça ne plaît pas...Donc, j'ai organisé des réunions, à la troisième réunion, comme par magie, le problème avait disparu. Ils s'étaient arrangés à nouveau.

C'est, pour le cadre, un point d'achoppement qui n'existe pas quand il y a une équipe HAD pure puisque le cadre est dévolu à l'HAD et l'HAD est clairement identifiée : il y a un planning avec des créneaux pour telle infirmière qui va à tel endroit à tel heure et donc, il n'y a pas de problèmes pour ça. Le cadre a ses permanences HAD. Pour la cadre, une HAD pure, c'est moins compliqué.

Entretien cadres de santé : Delphine

-Au téléphone-

Depuis quand exercez-vous comme cadre de santé ? 2009

Depuis combien de temps avez-vous en charge une unité proposant de l'HAD? 2011

1) Selon votre expérience, quels sont les avantages et inconvénients principaux que vous percevez dans la prise en charge en HAD ?

Les avantages

Pour les soignants :

Cela permet d'extérioriser les agents en 12H, cela leur permet de voir autre chose à l'intérieur des 12H.

Cela emmène une dynamique de pôle car l'HAD a été créé à moyens constants : mixité intra /extra selon la planification

Certains membres du personnel sont employés par exemple en postcure soit HAD et assurent ainsi une mission transversale.

Pour le patient :

Je gère une petite unité de 20 lits. Lorsque le taux d'accueil est maximum, avoir un service HAD permet d'anticiper des sorties car garantie pour le patient. Le patient est rassuré de poursuivre la prise en charge.

Les inconvénients

Nous sommes à distance du siège, ce qui peut être une difficulté pour le traitement médicamenteux.

Ce type de poste demande une certaine connaissance administrative

2) D'après vous, quelles sont les transformations les plus significatives en lien avec sa mise en place ?

Mise en place en 2010 avec un accord pour obtenir 45 places HAD. Expérimental dans un premier temps puis l'évaluation au bout d'un an a permis de valider le projet à moyens constants.

Cela permet de se différencier des autres pôles

3) Plus spécifiquement, constatez-vous des évolutions dans les pratiques soignantes?

Si oui, comment se manifeste ce changement ?

Pour le moment, le constat est difficile à faire. Ce qui est remarquable, c'est qu'il y a encore beaucoup de travail sur les entretiens infirmiers avec une différence entre l'équipe infirmière du CMP et du temps plein.

Pour le personnel de l'intra hospitalier, ça les sort de la routine mais ils ne prennent pas conscience de ce qu'est l'HAD contrairement au personnel du CMP qui est vraiment formé à ce type de prise en charge et qui est en demande d'indication notamment dans la passation de relais de l'hospitalisation temps plein.

4) Selon vous, quelle est la perception des infirmiers du travail en Hospitalisation A Domicile ?

Les infirmiers ne perçoivent pas bien la différence entre l'HAD et l'hospitalisation au domicile qui pourtant plus intrusive.

5) Pour vous, quelles sont les singularités du travail infirmier en HAD ?

Les entretiens d'aide infirmier, la relation d'aide est le point central de l'HAD.

La responsabilité repose sur les soignants car ils sont garants de l'évaluation clinique

Le personnel se déplace toujours en binôme au domicile du patient

6) Pensez-vous que les soignants ont à leur disposition assez de moyens institutionnels (temps, outils...) pour appréhender les enjeux de l' HAD et accompagner ainsi leur exercice ?

Les infirmiers ont suivi une formation spécifique à l'HAD. Le maximum d'agent a été formé.

Ils y a des moyens matériels : bureau, poste infirmier spécifique à l'HAD

Un accompagnement médical plus rapproché serait souhaitable par le médecin référent HAD

Il y a une continuité des soins car à partir d'une certaine heure, il y a un relais téléphonique pour ces prises en charge

7) Vous-même, ressentez- vous un impact dans vos pratiques managériales en lien avec l' HAD ?

Un impact positif car c'est un vrai projet novateur. Le projet est de monter une EPP, voir même de travailler en partenariat avec la HAS pour faire remonter les besoins et faire remonter les pratiques.

Diplôme de Cadre de Santé

DCS@14-15

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES

HOSPITALISATION A DOMICILE

Le rôle du cadre face à l'histoire et la culture du soin en psychiatrie

Madame Peggy LEROY

MOTS CLES

Psychiatrie; Cadre de santé; Hospitalisation à domicile; représentations; Changement de culture.

KEY WORDS

Psychiatry; Nurse manager; Hospitalization at home; representations; Change of culture.

RESUME

Depuis les années 80, le système sanitaire vit de profondes transformations technologiques, économiques et culturelles. Les nouvelles contraintes qui en dépendent impactent l'organisation des établissements de santé et les pratiques soignantes. Ainsi, les professionnels de la santé doivent intégrer un nouveau schéma qui aspire à développer les alternatives à l'hospitalisation en temps plein. Dans le domaine de la psychiatrie, ils connaissent ainsi un changement de paradigme de la prise en charge qui propose depuis quelques années de l'hospitalisation à domicile. Alors que dans cette discipline, la relation thérapeutique est fondamentale, cette nouvelle offre de soin n'est pas sans provoquer un questionnement soignant. D'un point de vue institutionnel et social, elle est confrontée aux représentations ainsi qu'à la culture et l'histoire de la psychiatrie. A travers cette évolution, approfondir les concepts de la maladie mentale et du soin infirmier en psychiatrie semble alors nécessaire. Réalisée à partir d'une enquête de terrain près des infirmiers et des cadres de santé, cette recherche a pour but d'interroger le changement de l'identité professionnelle et des pratiques infirmières en psychiatrie. De quels leviers dispose alors le cadre de santé pour accompagner ces équipes ?

ABSTRACT

Since the 80s, the Health System has been through deep technological, economical and cultural changes. The new constraints deriving from these changes have repercussions on both the organization of healthcare institutions and health practices. Therefore, health care professionals have to assimilate a new pattern that seeks to develop alternatives to full time hospitalizations. In the psychiatric field, several years ago hospitalization at home was born from this change of paradigm. Whereas therapeutic relationship is essential this new medical setting doesn't go without raising many questions from a health professionals' point of view. From an institutional and social point of view, it is confronted with the representations as well as with the culture and the history of psychiatry. Because of this evolution, concepts such as mental disease and nurse care need to be examined in more detail. Our research, among nurses and health managers working in the psychiatric field, aims to question how it changes professional identity as well as nurses' practices. And thus, what tools can a health manager use to support these health teams?