

ESM – Formation & Recherche en Soins

Université Paris Est Créteil/Val de Marne

Diplôme de Cadre de Santé



Travail en réseau dans la cité :

un défi pour le cadre de santé en CMP

Module n°3

Bérangère RECHT

DCS@14-15

Note aux lecteurs

Les mémoires des étudiants de l'Institut de Formation des Cadres de Santé de l'ESM 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

A Paul Souciet, mon directeur de mémoire, pour son accompagnement et sa patience.

A Gilles, sans qui je ne serais pas là aujourd'hui. Il m'a permis d'aller au bout, sa confiance en moi et son soutien ont été sans fin.

A mon binôme, soutien indéfectible pendant cette formation. Que de travail et de bons moments partagés ensemble !

Sommaire

Liste Abréviations	3
Introduction	4
1 Le constat de départ	6
1.1 Mon cheminement personnel	6
1.2 La pré-enquête de terrain	7
2 Le cadre conceptuel	10
2.1 L'interdisciplinarité, une coopération aux multiples enjeux.....	10
2.1.1 Les richesses et limites du cloisonnement disciplinaire	10
2.1.2 L'approche systémique, une solution ?	12
2.1.3 Quelles articulations possibles ?.....	15
2.2 Le réseau : un sous-jacent indispensable à la prise en charge globale.....	17
2.2.1 Réseau/partenariat : quelle différence ?.....	17
2.2.2 Le réseau selon M. Le Boterf	19
2.2.3 La législation relative au réseau en santé mentale.....	23
2.2.4 Comment se concrétise le réseau interdisciplinaire sur le terrain ?.....	26
2.3 La place du cadre de santé dans le réseau	27
2.3.1 La formalisation des soins	27
2.3.2 L'encadrement du travail en réseau	29
2.3.3 Le « gardening management » : une piste éventuelle.....	32
2.4 Mes hypothèses de recherche	37
2.4.1 1 ^{ère} hypothèse :.....	37
2.4.2 2 ^{nde} hypothèse :	37
3 Le cadre empirique	38
3.1 La méthodologie utilisée.....	38
3.1.1 Les populations concernées par les entretiens	38

3.1.2	Les guides d'entretiens	40
3.1.3	L'observation de terrain.....	41
3.1.4	Les limites et atouts de cette enquête	42
3.2	Les résultats de l'enquête de terrain.....	43
3.2.1	Les entretiens auprès des professionnels non cadres.....	43
3.2.2	Les entretiens auprès des cadres de santé.....	45
3.3	L'analyse croisée de ces résultats	56
3.3.1	Le positionnement professionnel.....	56
3.3.2	L'organisation du travail	57
3.3.3	La formalisation par l'écrit.....	58
3.3.4	Le besoin de concrétisation	59
3.3.5	La communication	59
3.4	La confrontation enquête/hypothèses	60
Conclusion.....		61
Bibliographie		63
Table des annexes		

Liste Abréviations

ARS : Agence Régionale de Santé

CASVP : Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

CHT : Communauté Hospitalière de Territoire

CLSM : Conseil Local de Santé Mentale

CMP : Centre Médico-Psychologique

CNRTL : Centre National de Recherches Textuelles et Lexicales

GEM : Groupe d'Entraide Mutuelle

HDJ : Hôpital De Jour

MAS : Maison d'Accueil Spécialisée

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RESAD : Réunion d'Evaluation de Situation d'Adulte en Difficulté

Introduction

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit depuis 1946 la santé comme *« un état de complet bien-être physique, mental et social et pas uniquement une absence de maladie »*. Elle a également déclaré en 2011 que *« la santé mentale constitue un défi important, dans le monde où une personne sur quatre souffrira d'un problème de santé mentale au cours de sa vie. »*

La maladie psychiatrique impacte les trois domaines cités par l'OMS : l'état psychique, bien entendu, mais également l'état physique et la situation sociale des personnes. Ainsi, la prise en charge des patients en santé mentale ne se limite pas à la prise de traitement et au suivi en entretien, mais comprend également l'accompagnement du patient dans son intégration au sein de la cité. Dans ce contexte, une approche globale de la situation du patient, dans son environnement, est nécessaire pour lui apporter une prise en charge de qualité. Cela permet également un dépistage précoce d'une aggravation des troubles et ainsi une prise en charge en amont, potentiellement moins lourde.

En 2009, le rapport de M. Couty, Conseiller Maître à la Cour des Comptes, présenté à Mme Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la santé et des sports, précise une des missions du secteur de psychiatrie comme *« une mission de repérage précoce, de prévention, de prise en charge, de suivi et de réinsertion des patients et d'accompagnement des familles dans le cadre d'une action extra hospitalière en partenariat avec tous les autres acteurs des secteurs sociaux et médico-sociaux, »*

L'Agence Régionale de Santé (ARS) du Nord-Pas-de-Calais précise que le Centre Médico-Psychologique (CMP) *« accueille toutes les demandes de soins, effectue un travail de diagnostic et d'évaluation, si nécessaire assure des prises en charge thérapeutiques, la coordination avec d'autres lieux de soins dans certaines situations complexes, et la coordination avec les autres systèmes locaux d'aide. »*

Pour pouvoir assurer ses différentes missions, les équipes pluridisciplinaires des CMP ont besoin de s'appuyer sur un réseau dans la cité. Le travail en réseau en interdisciplinarité a été amorcé par la création des secteurs avec notamment pour objectif de rapprocher les personnes souffrants de troubles psychiques de leur lieu de vie et ainsi de leur permettre de reprendre leur place de citoyen.

La sectorisation a effectivement induit une prise en charge plus globale, avec un travail d'équipe pluridisciplinaire et un renforcement de la cohérence des soins entre les différentes structures d'un secteur de psychiatrie. De plus, un réseau interdisciplinaire s'est mis en place avec les partenaires de la cité (Conseil Local de Santé Mentale, atelier Santé Ville).

Cependant, j'ai rencontré au cours de ma carrière des réticences de certains professionnels de santé à utiliser ce réseau interdisciplinaire, pour des raisons de manque de disponibilité (déjà présente sur les activités internes au CMP ou à l'institution hospitalière) et d'absence de sens. Il est important de noter que l'interdisciplinarité au sein de l'hôpital et de ses structures ambulatoires fonctionne, les difficultés évoquées portent uniquement sur le travail avec d'autres acteurs de la cité, hors du champ de la psychiatrie.

Afin de mieux cerner les défis à relever pour travailler efficacement en réseau, je vous propose dans un premier temps de vous présenter le cheminement personnel qui m'a amené à élaborer ce mémoire de recherche. Puis, je reviendrai sur les notions de disciplines et d'approche systémique afin de définir l'intérêt d'avoir une prise en charge globale du patient. Ensuite, je vous présenterai le concept de réseau à travers le regard de M. Le Boterf et je concentrerai sur le réseau en santé mentale. Cela m'amènera par la suite à délimiter le rôle du cadre de santé dans la mise en place du travail en réseau.

Enfin, je vous présenterai l'enquête réalisée auprès de professionnels de santé de CMP pour confronter mes hypothèses à une réalité de terrain, de la méthodologie retenue aux résultats observés et conclusions qui en découlent.

1 Le constat de départ

1.1 Mon cheminement personnel

J'exerce en psychiatrie depuis 2004, année d'obtention de mon diplôme d'état en ergothérapie. J'ai exercé dans divers services d'un hôpital de secteur parisien. J'ai commencé dans un service de long séjour avec des patients dits « chroniques » et des prises en charge « au long cours ». De par ma position d'ergothérapeute, j'ai été amenée à travailler de suite en interdisciplinarité avec les différents professionnels de santé qui composaient l'équipe pluridisciplinaire : infirmiers, aides-soignants, médecins (psychiatres et généralistes), assistants sociaux, cadres de santé, secrétaires, etc.

Cette interdisciplinarité s'est étendue « hors des murs » de l'institution hospitalière. En effet, les partenariats avec les maisons de repos où résidaient régulièrement les patients et les futurs lieux de vie des patients en lien avec leur projet personnel (familles d'accueil, maisons de retraites, Maison d'Accueil Spécialisée) se sont rapidement développés. J'ai toutefois pu noter que le lien et la communication interdisciplinaire avec les partenaires externes se faisaient de manière moins prégnante pour les professionnels de santé.

Mes postes suivants, en unités de soins intra-hospitalières comme extrahospitalières (CMP et Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel), m'ont convaincue de la nécessité de travailler en réseau avec les partenaires de la cité. Ce travail en interdisciplinarité apporte, à mon sens, une réelle richesse qui bénéficie à la qualité de prise en charge des patients. Cela permet de mieux prendre en compte tous les éléments qui composent leur vie, de mieux comprendre leurs problématiques et leurs répercussions, d'y apporter une réponse plus adaptée et ainsi de répondre à un des principaux objectifs de soins : une meilleure insertion dans l'environnement ordinaire des personnes.

Toutefois, j'ai toujours constaté un travail en réseau plus développé au sein de l'institution hospitalière qu'avec les disciplines non sanitaires.

Après 10 années d'exercice en tant qu'ergothérapeute, je suis devenue cadre de santé faisant fonction dans un CMP de mon établissement.

Cette question du travail en réseau, toujours à l'esprit, j'ai eu l'occasion pendant quelques mois de participer au travail en réseau au sein de cette structure. Si aucun membre de l'équipe du CMP (ni même du secteur) n'était opposé à ce type de travail, seuls les assistants sociaux y participaient.

Ce constat s'est vu conforté lors de la proposition d'une coordinatrice de l'Atelier Santé Ville Paris de travailler sur un projet de Santé Sociale, concernant les différents partenaires de l'arrondissement : structures de soins psychiatriques, somatiques, police, bailleurs sociaux, Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris (CASVP), Groupe d'Entraide Mutuel (GEM), foyers, etc. Ce groupe avait pour objectif d'élaborer, ensemble, un guide d'usage et d'informations pour les gardiens d'immeubles des bailleurs sociaux. Seuls les assistants sociaux ont participé à ce travail en réseau, les membres de l'équipe du CMP évoquant pour leur part un manque de temps, l'insuffisance de mise de sens et une priorité donnée aux soins directs et internes au CMP.

Quelles sont les raisons de cette situation ? Est-ce lié à des problèmes d'organisation au sein du CMP, à un changement de forme de travail des soignants en CMP, ou encore à une perte de sens du travail ? Quel est le rôle du cadre de santé dans ce travail de réseau ? Doit-il repenser l'organisation de l'activité de la structure dont il a la responsabilité ? Comment puis-je intervenir pour mobiliser l'ensemble de l'équipe autour ce type de travail qui me semble nécessaire ?

Ce mémoire de recherche est pour moi l'occasion d'apporter des éléments de réponse à ces interrogations émises depuis mes débuts professionnels.

1.2 La pré-enquête de terrain

Pour cela, après avoir élaboré les grandes lignes de mon cadre conceptuel, j'ai effectué un entretien auprès de la coordinatrice de l'atelier Santé Ville¹ avec laquelle j'avais collaboré sur le projet Santé Sociale, lors de mon dernier poste en CMP.

¹ Cf. annexe 1

Cet entretien composé de 8 questions semi-directives, avait pour objectif d'affiner mes recherches et de conforter mes premières pistes de réflexion, notamment sur la réalité de la participation des professionnels du milieu sanitaire de travailler en réseau.

Les questions sont les suivantes :

- De qui est venue la demande de la création de cet atelier ?
- Comment avez-vous développé ce réseau ?
- Quels ont été les leviers ?
- Quels ont été les freins ?
- Qui sont vos interlocuteurs privilégiés ?
- Quelle a été la place des cadres de santé des CMP ?
- Qui participe pour les CMP aux ateliers organisés ?
- Pourquoi à votre avis ?

Cet entretien m'amène à penser que le travail en réseau interdisciplinaire est issu d'une culture partenariale. La mise en place d'un réseau semble dépendre du travail et de l'implication de quelques individus, mais selon la coordinatrice du réseau Santé Social, cela ne suffit pas. Selon elle, le travail en réseau demande également une réelle volonté stratégique de la part de toutes les structures partenaires, avec une formalisation écrite officielle. De plus, selon son expérience, les professionnels travaillant dans les structures sanitaires s'investissent dans le travail en réseau lorsqu'ils y trouvent un sens concret, avec une réelle mise en œuvre bénéfique.

Elle affirme que les assistants sociaux ont cette culture/formation partenariale, mais que cette dernière semble moins développée chez les professionnels de santé. En effet, selon l'expérience de la coordinatrice de réseau, les plus grandes résistances à l'implication dans le travail en réseau se situent chez les partenaires du milieu sanitaire.

Est-ce une volonté de leur part ? Est-ce lié à un manque de temps ou une insuffisance de sens ? Un décalage d'évolution entre les missions d'un CMP et le bénéfice à travailler en réseau pour une équipe exerçant en CMP ?

Mes questionnements restent les mêmes, mais cette pré-enquête a confirmé cette réticence répandue au sein des professionnels de santé à s'investir dans le travail en réseau, pas uniquement issus du domaine de la psychiatrie.

Je vais ponctuer d'éléments tirés de cette pré-enquête le cadre conceptuel à venir, afin d'illustrer mes recherches théoriques par le point de vue de terrain d'une experte du travail en réseau.

Ainsi, ce constat amène à la question suivante :

En quoi le cadre de santé en CMP peut favoriser la participation de ses agents dans le travail en réseau à l'extérieur du service ?

2 Le cadre conceptuel

2.1 L'interdisciplinarité, une coopération aux multiples enjeux

2.1.1 Les richesses et limites du cloisonnement disciplinaire

L'origine du mot « discipline » se trouve dans son étymologie latine. Au 11^{ème} siècle, le mot discipline est issu du latin « disciplina » (action d'apprendre) dérivé du verbe « discere » qui signifie apprendre.

De nombreuses interprétations ont découlé de cette étymologie. Mais nous pouvons retenir qu'une discipline est l'apprentissage d'une matière, d'un domaine. La référence au châtimement, à la discipline (apprentissage par la punition et soumission à une règle) est une autre interprétation, datant du Moyen-âge.

En parallèle, nous pouvons nous interroger sur la signification des mots « profession » et « métier » qui découlent de l'apprentissage d'un domaine.

Le mot « profession » vient du latin *professio* qui se traduit par : une déclaration publique ou une action de se donner comme, d'où découle les sens d' état, de condition et de métier.

Le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL) définit le mot « profession » comme « *une activité, un état, une fonction habituelle d'une personne qui constitue généralement la source de ses moyens d'existence.* »

« *Métier* » trouve son origine dans le vieux français : *mestier* au XI^e siècle, dérivé de « *misterium* ». Il s'agit de la contraction du terme latin « *ministerium* », signifiant à l'origine « besoin », puis « service de détail », « office », qui donne par suite en français moderne les mots Ministère et Métier.

L'humanité a donc commencé à apprendre et donc à se spécialiser, via des métiers et des professions, dans différents domaines de disciplines.

Selon Edgar Morin, le concept de discipline scientifique renvoie à « une catégorie organisationnelle au sein de la connaissance scientifique »². Cela a donné des divisions et des spécialisations, qui ont amené une connaissance pointue et même une expertise dans chaque discipline.

² E. Morin. *Articuler les disciplines*, communication au colloque « Interdisciplinarité » organisé en 1990 par le CNRS

Or, Edgard Morin³ précise que l'hyperspécialisation amène un risque de « *chosification de l'objet d'étude* ». Plus précisément, dans le cas des disciplines médicales, une déshumanisation des prises en charge et donc le risque de ne plus voir la personne soignée uniquement à travers sa maladie. Il critique l'approche positiviste qui « *réduit la connaissance d'un tout à la connaissance des parties qui le compose* »⁴ et dont le concept général peut se définir par l'application d'une logique toute scientifique et mécanique aux problèmes des êtres vivants. Edgard Morin affirme que ce mode de pensée diminue la compréhension des liens et des interactions des objets et des personnes. Cela donne une « *intelligence aveugle qui isole les objets des uns des autres* »⁵.

Henry Mintzberg⁶ va plus loin et affirme que ce cloisonnement par discipline s'explique par des « *motivations politiques voire corporatistes de scientifiques* » afin de garder le contrôle sur leur domaines et de réduire l'influence extérieure, notamment de « *l'encadrement et du sommet stratégique des universités* ».

Effectivement, nous verrons plus tard que le travail en réseau est complexe et que la complexité amène une certaine perte de contrôle lié à l'impossibilité de pouvoir tout anticiper.

Les orientations d'Edgard Morin et d'Henry Mintzberg, remises au cœur de mon sujet, induisent qu'une prise en charge limitée aux connaissances sanitaires et psychiatriques, bien qu'apportant une expertise indéniable et nécessaire, est incomplète et ne permet pas une appréhension globale des patients. Ce cloisonnement diminue l'aspect humain des prises en charge, en se focalisant uniquement sur la partie du corps à traiter et en oubliant ainsi l'humain souffrant dans sa globalité somatique et sociale.

La coordinatrice de réseau rencontrée lors de ma pré-enquête de terrain a confirmé cet état des lieux.

³ Sociologue et philosophe

⁴ L'approche systémique en santé mentale, p.46

⁵ L'approche systémique en santé mentale, p.46

⁶ Universitaire canadien en sciences de gestion. *Structure dynamique des organisations*, 1982

Elle tempère toutefois les propos d'Henry Mintzberg et d'Edgard Morin en incluant la notion de difficultés à travailler avec d'autres corps de métier en raison notamment d'une charge de travail importante, associée à une « routine » qui s'installe : *« C'est chacun sur son territoire, cloisonné, mais pas forcément de mauvaise volonté, mais parce que voilà, on a le nez dans le guidon, on travaille sur nos missions de base et on ne peut pas aller plus loin. »*⁷

Le cloisonnement disciplinaire apporte une expertise appréciable, mais ne permet pas une prise en charge globale.
Comment limiter ce cloisonnement ?

2.1.2 L'approche systémique, une solution ?

*« La rigueur isolée est mort paralytique, l'imagination isolée est insanité »*⁸

L'approche systémique, née de l'école de Palo Alto peut amener des éléments de réponse. Gregory Bateson⁹ est à l'origine de cette approche par systèmes qui place l'interaction comme principe fondamental de tout ce qui vit. Cela permet d'augmenter son champ de vision pour s'intéresser à l'information qui existe et qui circule dans tous les processus relationnels, quels qu'ils soient.

L'approche systémique est principalement utilisée en thérapie familiale, mais elle peut être adaptée et utilisée en psychiatrie. L'important est de tenir compte du contexte en toile de fond, ce qui donne une vision globale du patient, dans tout ce qui constitue son système de vie. Cela revient à considérer la santé mentale comme une des dimensions de la santé globale.

Ainsi, une altération de la santé mentale influe sur toutes les autres dimensions de la vie du patient (sociale, familiale, culturelles, santé physique etc.) et les interactions de tous ces systèmes influent à leur tour sur son état psychique.

⁷ Entretien de pré-enquête auprès de la coordinatrice de réseaux

⁸ Gregory Bateson

⁹ Anthropologue, psychologue, épistémologue américain

Il s'agit du principe de causalité circulaire. Ce principe s'oppose à celui de causalité linéaire (une cause unique à un événement), qui était utilisé depuis Descartes et a permis de comprendre et d'étudier de nombreux phénomènes scientifiques et physiques.

Le principe de causalité circulaire en prenant en compte les interactions, qui sont inhérentes au monde du vivant, apporte du sens à ce monde. Cette approche est moins confortable, car elle induit la notion de complexité, que j'ai évoquée dans le paragraphe précédent.

Une personne est donc un être complexe composé de plusieurs systèmes. La complexité exige d'adopter plusieurs angles de vue pour mieux comprendre une situation. Si l'éventuel risque d'ambiguïté peut être riche d'enseignements, il peut également décourager.

L'approche systémique se base sur la communication entre les systèmes. La communication est ainsi considérée comme la clé de voûte de la systémie. Un des collègues de Grégory Bateson, Paul Watzlawick, a formulé une théorie simplifiée des fondements de cette communication, appelés axiomes de la communication :

- On ne peut pas ne pas communiquer

Tout être humain revêt un comportement, une attitude spécifique au quotidien, dans toutes ses actions. Et tout comportement envoie un message. Quelque soit l'action, l'absence de réaction ou même en étant absent, nous signifions quelque chose à autrui. Nous lui apportons des informations et donc, de fait, nous communiquons.

- Toute communication présente deux aspects : le contenu et la relation

Nous pouvons les comparer aux notions de fond et de forme, c'est-à-dire que la communication prend en compte le message en lui-même, mais également le lien relationnel qui unit l'émetteur et le récepteur au moment de la transmission du message. La communication infra verbale, par exemple, influe sur la manière de recevoir une information. A message au contenu identique, il n'aura pas la même signification selon s'il est dit avec le sourire ou en criant.

- La ponctuation de la séquence des faits

La communication est un système circulaire d'échanges d'informations.

En effet, les comportements et les réactions des partenaires influent les uns sur les autres et entraînent ainsi de nouvelles réactions. Ainsi il est important de ne pas minimiser notre responsabilité dans la chaîne de réactions qui s'ensuit. Cela peut notamment être la source d'incompréhension et de mésentente.

- La communication humaine utilise simultanément deux modes de communication : digitale et analogique

Toute information, et donc tout message, est codé. Les codages sont multiples et peuvent être complexes, mais au final, seuls 2 types de communication ont été différenciés par le groupe de Palo Alto.

La communication digitale se réfère au contenu de l'information. Elle est généralement structurée, logique et précise, permettant ainsi l'accès à la complexité et à l'abstraction des informations.

La communication analogique définit la relation entre les partenaires. Elle est composée du langage infra-verbal et de ce fait manque souvent de précision malgré un large panel d'expressions. C'est une communication souvent moins contenue, car il est difficile de complètement maîtriser ses réactions corporelles, c'est la raison pour laquelle elle prévaut souvent sur la communication digitale pour décoder le message.

Toutefois, nous utilisons au quotidien ces deux types de communication, dans une alternance spontanée et complémentaire.

- La communication est soit symétrique, soit complémentaire

Ce dernier axiome se base uniquement sur les principes d'égalité ou de différence qui établissent la relation entre les partenaires. Il ne s'agit pas d'un principe de valeurs mais d'évaluation de comportement. Ainsi la communication symétrique implique un fonctionnement miroir entre les comportements des partenaires, basé sur le principe de réciprocité. La communication complémentaire implique un fonctionnement contrasté, basé sur les différences des partenaires. Paul Watzlawick évoque les positions « haute » et « basse », qui n'existent que par le besoin réciproque de l'une envers l'autre. Les 2 positions sont complémentaires.

La connaissance de ces différentes composantes de la communication permet d'améliorer cette dernière. Cela permet de mieux appréhender le signal envoyé aux partenaires lors de l'absence des professionnels de santé des CMP dans le travail en réseau.

L'approche systémique plébiscite la communication entre les différents systèmes qui composent la vie des personnes suivies en CMP. Elle encourage donc une perméabilité entre les différentes disciplines qui interagissent dans l'environnement du patient.

Mais comment favoriser cette communication et quelles articulations existent ?

2.1.3 Quelles articulations possibles ?

Le travail en réseau implique la coopération de différents acteurs. Pluridisciplinarité, interdisciplinarité, transdisciplinarité : quelles sont les différences entre ces différents modes de coopération ? Qu'impliquent-ils ?

La pluridisciplinarité est une simple juxtaposition de savoirs, apportés par chaque spécialiste de sa discipline. Ces personnes, travaillent chacune sur leur domaine d'expertise, sans réellement croiser les données, mais une personne coordinatrice peut rassembler et synthétiser les différentes informations. La pluridisciplinarité est une articulation intéressante du travail en réseau, mais n'est pas suffisante.

L'interdisciplinarité implique quant à elle une réelle collaboration entre les différents spécialistes ou représentants de chaque domaine. Collaboration qui amène à une analyse de la situation à partir des différents points de vue. Cela permet de traiter une problématique globalement, avec une vision systémique qui intègre non seulement les informations de chaque discipline, mais aussi leurs relations entre-elles. L'interdisciplinarité permet ainsi la construction d'une représentation d'une situation et donc à sa compréhension.

La transdisciplinarité propose d'élargir la coopération au-delà des frontières des différentes disciplines. Cette notion refuse le principe même de limite.

Il s'agit d'une vision unique du monde et de ses problématiques : « *La transdisciplinarité est censée construire ses propres contenus et méthodes, à partir des problèmes du monde réel, en exploitant de nombreuses disciplines* »¹⁰. Elle s'apparente à un transfert ajusté de notions et d'éléments d'un contexte à l'autre.

Ces différentes articulations peuvent se résumer ainsi¹¹ :

ARTICULATION	DEFINITION	EXEMPLES
Pluridisciplinarité	Juxtaposition avec ou sans projet fédérateur d'informations et/ou de différents points de vue disciplinaires autour d'un thème <i>pas de synthèse prévue</i>	- Collecter toutes les informations que l'on trouve sur le thème de l'eau - Colloque universitaire sur l'alcoolisme et l'absentéisme sur les lieux de travail
Interdisciplinarité	Intégration de différentes données disciplinaires - dans le cadre de l'analyse d'une situation ou d'une question complexe (se donner le temps de la réflexion) - en vue d'une prise de position, d'une prise de décision, d'un projet d'action <i>construction d'une représentation interdisciplinaire</i>	- Choisir un logement - Gérer les conséquences d'une catastrophe - Concevoir un projet de coopération au développement
Transdisciplinarité	Transfert de notions, de concepts, de savoirs, de compétences, etc. d'un contexte, éventuellement disciplinaire, à un autre en procédant à des ajustements <i>construction d'analogies entre des situations en négligeant certaines différences</i>	- Transférer la compétence «faire preuve d'esprit critique » de l'histoire à la lecture d'une revue à sensation - Transférer la notion de système de la biologie à l'informatique - Transférer les pratiques de soins infirmiers de France en Afrique Centrale - Transférer les mesures de prophylaxie d'une maladie contagieuse à une autre.

Le concept d'interdisciplinarité me semble le plus approprié au fonctionnement des structures de soins en santé mentale. Il est possible de distinguer plusieurs degrés d'interdisciplinarité, dus au degré de similarité entre les disciplines, de leurs connaissances mutuelles et donc de la capacité d'intégration des informations par les différents acteurs.

¹⁰ Interdisciplinarité : *concepts clés, issu des ressources pédagogiques du Centre International pour la Recherche Agricole*

¹¹ Dufour Barbara. *L'interdisciplinarité : approche interdisciplinaire et soins, les fondements de l'interdisciplinarité.*

L'interdisciplinarité demande des objectifs communs bénéfiques à tous et permettant donc une mobilisation accrue.

Chaque discipline a son propre langage, son propre vocabulaire, ce qui peut générer des difficultés de communication. Dans l'intérêt collectif, il s'agit donc de trouver un langage commun aux différentes disciplines, et donc d'adapter et de s'approprier les axiomes de la communication dans une communication professionnelle interdisciplinaire.

Par ailleurs, selon Walter Hesbeen¹², l'interdisciplinarité passe par la valorisation du rôle de chacun et par la reconnaissance de chaque métier par les autres. Il n'y a aucune prévalence d'une discipline sur une autre.

Une fois de plus, ma pré-enquête de terrain confirme cette idée, par les propos de la coordinatrice de réseau : « *Il s'agit de voir comment on travaille ensemble et comment est-ce qu'on mélange des cultures aussi, comment est-ce qu'on apprend à avoir une culture commune, à parler la même langue* »¹³.

Les notions de systémie et d'interdisciplinarité amènent à celle de réseau.
Qu'est-ce qu'un réseau ? Comment travailler en réseau ?

2.2 Le réseau : un sous-jacent indispensable à la prise en charge globale

2.2.1 Réseau/partenariat : quelle différence ?

Il me semble important de définir avant toute chose les notions de partenariat et de réseau, qui peuvent parfois être confondues.

Le mot partenariat trouve sa première origine dans le latin « pars-partitio » qui représente la part du butin que chacun s'approprie (avec la dimension conflictuelle que cela implique).

¹² Infirmier docteur en santé publique, spécialisé en réadaptation

¹³ Entretien de pré-enquête auprès de la coordinatrice de réseaux

Le mot partenariat se retrouve aussi dans la langue anglaise, « partners » qui peut se traduire par la « *personne qui a quelque chose en partage avec une ou plusieurs autres personnes* », cette notion est initialement présente dans les jeux, les arts du spectacle ou les sports collectifs.

Le CNRTL définit donc le partenariat comme étant une « *action commune entre organismes différents dans un but déterminé* ». Le partenariat implique donc des relations étroites entre les différents groupes ou personnes inscrits, il est basé sur un système d'échange d'informations.

L'étymologie du mot réseau trouve son origine dans le latin « retiolus », diminutif de retis qui signifie « filet ». Le réseau est « *un ensemble de relations entre des points ou des nœuds, sans que l'un d'eux occupent une position centrale* »¹⁴.

Le réseau est une notion utilisée dans de très nombreux domaines. En effet, les réseaux se multiplient, qu'il s'agisse des réseaux ferroviaires, des réseaux neurologiques ou plus récemment des réseaux informatiques ou sociaux par exemple. Je m'attache ici à développer le concept de réseau professionnel, en entreprise, en m'appuyant sur le travail de Guy Le Boterf.

Guy Le Boterf affirme que les raisons des réseaux se situent « *dans une nécessaire mobilisation de l'intelligence collective face à des situations complexes à gérer ; dans la recherche de la cohérence et de la convergence des contributions des acteurs dans des structures décentralisées ; dans l'émergence d'une culture de l'interactivité, dans le fait, tout simplement, qu'il devient impossible d'agir avec compétence en restant isolé et sans coopérer les uns avec les autres.* ». Nous pourrions résumer le travail en réseau en « *faire ensemble* ». Le travail en réseau s'apparente donc à la mise en place d'une réflexion et d'un plan d'actions communs.

Les notions de partenariat et de réseau sont proches, toutefois, la notion de réseau va au-delà du simple échange d'informations, avec une élaboration commune de stratégie préventive. Je vous propose d'approfondir ci-après cette notion de réseau.

¹⁴ G. Le Boterf. *Travailler en réseau et en partenariat : comment en faire une compétence collective*

2.2.2 Le réseau selon M. Le Boterf

D'un point de vue sociologique, le travail en réseau apparaît comme incontournable. Guy Le Boterf évoque la combinaison de situations de plus en plus complexes et d'une exigence croissante d'efficacité. Aucun acteur du système ne peut traiter seul une problématique complexe, car elle exige une complémentarité des différents domaines en jeux, qui va d'ailleurs au-delà de l'échange d'informations. Cette hétérogénéité des savoirs peut être mise à profit grâce au réseau. Ainsi, l'expertise de chacun dans son domaine permet d'aborder la situation avec une connaissance optimum et de faire face aux imprévus que peut entraîner la complexité de la situation. Une collaboration étroite est ainsi nécessaire afin d'élaborer des réponses adaptées.

Guy Le Boterf, fait également appel à la notion « *d'économie du savoir* »¹⁵, qu'il définit comme une gestion des connaissances en pleine extension, qui demande aujourd'hui d'être attentif à la circulation des informations et à leur diffusion. Le travail en réseau engage ses membres dans une réciprocité d'échange d'informations, ainsi que de la discrétion vis-à-vis des personnes extérieures au réseau. Cela pourrait s'apparenter au secret professionnel partagé dans le domaine qui nous intéresse aujourd'hui. De plus, l'enrichissement de tous naît de l'échange des informations, qui au lieu d'appauvrir ses détenteurs crée un cumul des savoirs permettant une meilleure efficacité. Cette mutualisation des pratiques professionnelles permet d'anticiper les situations ou de faire faces aux situations inédites et d'orienter notamment vers les personnes ressources adaptées. En effet, le travail en réseau permet de dégager de grandes lignes directrices et des modes de fonctionnement globaux sur lesquels ses membres peuvent s'appuyer.

Dans ce contexte, le travail en réseau s'est progressivement imposé grâce à ses apports en termes de cohérence et de globalité du travail.

M. Le Boterf précise qu'il existe de très nombreuses typologies de réseaux, en fonction de leur taille, de leur organisation, de leurs objectifs et de leurs membres. Il décrit toutefois 4 grands formes de réseaux :

¹⁵ Guy Le Boterf. *Travailler en réseau et en partenariat, comment en faire une compétence collective ?*

- Les réseaux de support d'un acteur individuel ou collectif

Ce type de réseau se crée par rapport aux besoins d'une personne qui fait appel à un professionnel.

Celui-ci ne possède pas forcément toutes les expertises nécessaires pour répondre à la demande de la personne. Il fait donc appel aux différents membres de son réseau, constitué de personnes ressources pour offrir une réponse de qualité. Le client (ou patient dans notre cas) n'a généralement pas conscience ou connaissance de l'existence de ce réseau. Il a un interlocuteur privilégié, le professionnel contacté, et il lui confère toute la responsabilité de la réponse. La compétence de ce type de réseau nécessite une actualisation constante des connaissances de chacun de ses membres et du réseau lui-même afin d'évoluer au même rythme que les technologies et les savoirs.

- Les réseaux d'action collective

Ce type de réseau se constitue dans le but de répondre à une mission collective et non plus la demande d'un professionnel isolé.

Guy Le Boterf précisent que « *les résultats attendus dépassent les intérêts de chacun* »¹⁶. Leur composition et leur fonctionnement sont basés sur la mission à atteindre. Un coordinateur de réseau est nécessaire pour une collaboration efficace de ses membres. Chacun apporte son expertise et sa vision de la problématique, ce qui permet une évolution des interactions en lien avec l'avancée du projet. Ce type de réseau a généralement une échéance précise et se voit dissous une fois l'objectif atteint.

- Les réseaux de partage et de capitalisation des pratiques

De la même façon, ce type de réseau fonctionne avec une mission collective, mais également avec un objectif d'enrichissement individuel des membres participant au travail en réseau.

En effet, la mutualisation des connaissances aboutit à l'élaboration de pratiques innovantes ou à l'amélioration des pratiques existantes utiles à tous. Cela nécessite une certaine prise de recul des membres du réseau vis à vis des situations vécues, ainsi qu'une capacité d'abstraction dans le but d'extraire un fonctionnement global qui servira à chacun.

¹⁶ Guy Le Boterf. *Travailler en réseau et en partenariat, comment en faire une compétence collective ?*

M. Le Boterf précise que « *ces réseaux peuvent aller jusqu'à constituer de véritables communautés de pratiques* »¹⁷. Il indique également qu'ils sont fragiles de par leur situation en dehors des structures hiérarchiques habituelles auxquelles ils peuvent ainsi échapper et être soupçonné, de fait, de « *déviance* ». ¹⁸Il est donc essentiel d'avoir un soutien hiérarchique pour compenser cette fragilité.

- Les réseaux d'appui et d'apprentissage mutuel

Ce dernier type de réseau n'a pas de finalité collective, son objectif repose uniquement sur l'enrichissement mutuel des ses membres les uns par les autres.

Chacun se reconnaît une expertise sur son domaine ainsi qu'une demande de connaissances concernant les domaines des autres membres du réseau. Ce type de réseau vit grâce à la dynamique impulsée par ses membres et représente un bon exemple de démocratie où les distinctions sociales n'ont plus cours.

Ces différents types de réseaux présentent toutefois des besoins communs pour assurer leur pérennité et leur efficacité. M. Le Boterf précise que trois éléments sont nécessaires à cela :

- Le « savoir coopérer »

Comme je l'ai précisé précédemment, la coopération dans l'interdisciplinarité nécessite de trouver un langage commun à tous. En effet, les différents professionnels n'utilisent pas tous le même vocabulaire. Savoir coopérer demande de construire une représentation collective de la situation à partir de celles de chacun. Cela nécessite donc une capacité de travailler en « *double piste* »¹⁹, c'est-à-dire de construire cette représentation collective tout en la transposant à son domaine d'exercice. Une écoute approfondie fait partie des exigences du travail en réseau, afin de pouvoir apprendre, évoluer, capitaliser les informations et créer un outil commun.

¹⁷ Guy Le Boterf. *Travailler en réseau et en partenariat, comment en faire une compétence collective ?*

¹⁸ Guy Le Boterf. *Travailler en réseau et en partenariat, comment en faire une compétence collective ?*

¹⁹ Guy Le Boterf. *Travailler en réseau et en partenariat, comment en faire une compétence collective ?*

- Le « pouvoir coopérer »

Afin de favoriser la coopération, l'encadrement du réseau doit être clairement défini, aussi bien en termes de composition que de coordination, moyens, outils ou objectifs.

En effet, le réseau demande une réflexion sur la composition de ces membres qui doit être variée et pertinente afin d'apporter le maximum de richesse au réseau. Par ailleurs, le travail en réseau nécessite généralement un coordinateur, qui est le garant de son fonctionnement sans pour autant avoir une position hiérarchique vis-à-vis des autres membres du réseau. De plus, une mise de sens dans le travail en réseau est obligatoire, avec une notion d'objectif, de mission à atteindre. Le réseau doit également avoir des règles communes, des méthodes de travail claires et des outils de fonctionnement (support de document). La circulation de l'information doit être fluide et les ressources du réseau clairement identifiées.

- Le « vouloir coopérer »

Travailler en réseau demande, au-delà de la simple participation, l'adhésion de chacun. M. Le Boterf indique « *qu'il y a dans le travail en réseau la triple obligation de donner, de recevoir et de rendre* »²⁰. Le travail en réseau nécessite également de valoriser le travail effectué et les avancées constatées, aussi bien par les membres du réseau qu'à l'extérieur, ce qui renforce l'implication des personnes concernées. Je note également que les notions de convivialité et de solidarité sont citées par M. Le Boterf.

Par ailleurs, M. Le Boterf précise les risques inhérents à la pratique de réseau : centrage du réseau ou prise de pouvoir par une personne, absence de réciprocité de certains membres, routine ou au contraire éparpillement. Les réseaux demandent à être protégés et entretenus afin de conserver une dynamique productive, ce qui implique un investissement régulier de chacun des membres.

Un des écueils les plus fréquents du travail en réseau reste la diffusion des informations centrée sur une personne, symbole du réseau, ce qui entretient le cloisonnement disciplinaire initial, limite les échanges entre les membres du réseau et renvoie au fonctionnement pyramidal.

²⁰ Guy Le Boterf. *Travailler en réseau et en partenariat, comment en faire une compétence collective ?*

Ce dernier constitue d'ailleurs un risque à part entière avec la prise de pouvoir par un des membres du réseau qui prend l'ascendant sur les autres membres du réseau. Un membre peut également être là pour prendre des informations sans jouer le jeu de la réciprocité et de l'élaboration.

Un autre risque est l'installation d'une routine, associée au sentiment de surplace. L'un des objectifs du réseau est d'innover grâce aux connaissances et à la créativité de tous ces membres. Ainsi, si les membres du réseau reviennent toujours sur les mêmes problématiques sans apporter de nouvelles idées, cela peut entraîner une démobilisation de certains membres. Cette démobilisation peut également se faire si les membres du réseau se cantonnent à l'échange d'informations, sans résultat concret pour faire évoluer les pratiques.

A l'inverse un trop plein d'informations ou de projets peut paralyser le travail en réseau en débordant ses membres qui ne parviennent plus à traiter les données. Le risque de s'éparpiller et ainsi de ne plus produire de résultat concret se présente donc également.

M. Le Boterf nous démontre à quel point la notion de travail en réseau est riche et complexe. C'est une pratique qui demande réflexion, travail et investissement. Une participation superficielle en position d'observateur n'est pas envisageable.

Cette partie concerne le travail en réseau du point de vue sociologique.

Mais pour le domaine de la santé mentale, comment cela se traduit-il ?

2.2.3 La législation relative au réseau en santé mentale

La législation française est fournie en ce qui concerne le domaine sanitaire et notamment le travail en réseau. En dépit de ce qui peut sembler être un effet de mode du XXIème siècle, le travail en réseau est largement encouragé par les différents gouvernements depuis 1960.

Circulaire du 15 mars 1960 : cette circulaire marque le début de la sectorisation de la psychiatrie. Le mouvement, précurseur, de rapprocher le patient de ses lieux de soins et de son entourage, est en marche.

Circulaire du 9 mai 1974 : dans cette circulaire est notée les premières citations des conseils en santé mentale comme outils pour éviter l'enfermement des équipes dans le secteur. Donc 14 ans, après la création des secteurs, le monde de la santé s'aperçoit des limites et des risques de continuer à s'enfermer au sein de l'institution malgré une implantation au plus près du lieu de vie des patients.

Loi du 25 juillet et du 31 décembre 1985 : le secteur psychiatrique est enfin légalisé officiellement par une loi. Son organisation devient effective et obligatoire pour toutes les structures publiques.

Circulaire du 14 mars 1990 : les buts, les principes et les orientations de la politique nationale de santé mentale sont plus spécifiquement définis dans cette circulaire, et donc par la même, les missions, l'organisation et le fonctionnement du secteur psychiatrique. De plus, cette circulaire précise que le conseil de sante mentale doit étudier et résoudre les problèmes d'articulation et de coordination entre infrastructure publiques, associatives, sanitaires ou sociales. Les CMP y sont déjà définis comme les pivots des prises en charge. Le travail en réseau est donc largement encouragé par la législation.

Circulaire 4 juin 1991 : les réseaux ville-hôpital sont largement plébiscités avec la crise HIV, le grand public, plus largement touché par cette crise majeure que par le domaine de la psychiatrie plus tabou, s'aperçoit de la nécessité du travail en réseau et du manque qui existe.

Loi du 4 mars 2002 : cette loi amène un financement spécifique pour les réseaux de soins, afin de favoriser leur mise en place et leur pérennité.

Loi du 11 février 2005 : le travail en réseau n'est pas évoqué directement par cette loi, mais elle met l'accent sur l'égalité des droits et la participation à la vie sociale et la citoyenneté des personnes handicapées. Elle renforce la nécessité pour les structures du milieu sanitaire de travailler avec les structures médico-sociales, sociales, associatives, culturelles afin de correspondre à ces exigences.

Rapport Sénat 2012-2013 : le Sénat met l'accent sur le travail en réseau, notamment sur l'avantage et la nécessité de détecter précocement les troubles et les éventuelles rechutes.

Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 : dernière référence législative à la psychiatrie, ce plan accentue les objectifs de « *prévenir et réduire les ruptures pour mieux vivre avec des troubles psychiques* », « *prévenir et réduire les ruptures entre la psychiatrie et son environnement sociétal* ». Il engage les professionnels à prévoir des espaces et des temps de dialogues et de réflexions entre la société et le système de soins psychiatrique. Cela nécessite d'entretenir les réseaux de professionnels existants et de consolider les dispositifs d'appui aux établissements et services sanitaires ou médico-sociaux.

L'ensemble de cette législation tend à favoriser et à promulguer la mise en place de réseaux. En effet, depuis 55 ans, les pouvoirs publics appellent au travail en réseau pour une meilleure insertion des patients dans la ville. Mais l'hospitalocentrisme historique de la psychiatrie, avec le grand enfermement, le fait de vouloir protéger la ville et même la fuir, peut expliquer pour partie l'hermétisme institutionnel qui réside dans certaines structures. Toutefois, je pense que les réticences qui peuvent exister à travailler en réseau ne trouvent pas uniquement leurs sources dans l'histoire de la psychiatrie.

Aujourd'hui, l'interdisciplinarité est bien présente au sein de l'institution hospitalière. De nombreuses professions collaborent dans un objectif commun de qualité de prise en charge du patient et de son entourage. Qu'il s'agisse des divers professionnels de santé, administratifs ou techniques, l'interdisciplinarité est acquise au sein de l'institution hospitalière, grâce à des groupes de travail liés à l'accréditation des hôpitaux, aux différents comités et à des instances institutionnelles. La nécessité de cohérence du parcours de soin du patient a incité les différents professionnels de la même institution à collaborer, à travailler en réseau pour trouver un fonctionnement optimum : unités d'hospitalisation, CMP, Hôpital De Jour (HDJ), foyer de post-cure, CATTP, appartements thérapeutiques, etc. Se développent donc en parallèle, le travail et la collaboration entre les professionnels de la santé des différents services de santé (Service d'Accueil d'Urgence, Médecine-Chirurgie-Obstétrique ou centres de santé). En faisant le lien avec le réseau tel que définit par Guy Le Boterf, je constate qu'il s'agit d'un travail en réseau de type support d'un acteur individuel ou collectif.

L'ensemble des professionnels de santé d'une institution travaille dans une recherche incessante d'amélioration de la qualité et de la sécurité de la proposition de soins faite aux usagers de l'hôpital.

La législation actuelle encourage la mise en place de réseaux au sein des structures de santé mentale.

Mais avec les partenaires hors du champ sanitaire, qu'en est-il ? Quels outils sont mis à notre disposition ?

2.2.4 Comment se concrétise le réseau interdisciplinaire sur le terrain ?

Le travail en réseau interdisciplinaire avec les partenaires externes s'apparente au réseau de partage et de capitalisation des pratiques, tel que le définit M. Le Boterf. Celui-ci est rendu possible par la présence de certaines organisations dans les villes : les Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM), les ateliers Santé Ville, les partenariats avec des associations, des bibliothèques, les Réunions d'Evaluation de Situations d'Adulte en Difficulté (RESAD), etc.

Les CSLM sont spécifiquement cités dans la législation française. En effet, cet outil mis à la disposition des élus permet un travail en réseau fédérant ses membres aussi bien autour de projets individuels de patients que de situations concernant la population en générale. Le CLSM contribue à rendre le réseau vivant et réactif. De plus, au sein de chaque CLSM, le coordinateur est rémunéré par moitié entre les communes et l'hôpital. Ce qui renforce encore l'implication des diverses parties.

Mais la pratique du travail en réseau n'est malgré tout pas généralisée et reste ponctuelle, à l'initiative des institutions sanitaires en fonction de la politique de secteur ou de pôles menée et surtout des institutions sociales (mairie, région, département, associations). Elle est souvent difficile à mettre en place, malgré une efficacité constatée.

Lors de ma pré-enquête de terrain, la coordinatrice de réseau fait effectivement référence à cette situation : « *Après, c'est vrai que comme vous dites, les soignants disent : « c'est bien, faites, mais sans moi », c'est une façon de mettre une grosse barrière, car on se dit je ne vais pas l'appeler puisque cela ne l'intéresse pas ... Je pense qu'il y a un problème au niveau des missions et des objectifs, qu'on ne leur a pas appris à faire autrement.* »²¹

L'intérêt du travail en réseau en santé mentale est majeur. En effet, celui-ci permet notamment la prévention et la détection précoce des troubles psychiatriques, grâce à une prise en charge globale (dans la continuité des soins). Par ailleurs, le travail en réseau apporte une humanisation et une (re)insertion sociale de la personne suivie en santé mentale.

Tous ces objectifs sont confirmés par la coordinatrice de réseau, interviewée lors de ma pré-enquête : « *mais dans une démarche de mieux travailler ensemble en amont, donc de prévention et d'anticipation des situations.* »²²

Comment expliquer les réticences que j'ai connues au cours de mon expérience professionnelle ? L'organisation du temps de travail peut-elle être en cause ? Un management spécifique peut-il favoriser ce travail en réseau et ainsi répondre à l'une des missions du CMP ?

2.3 La place du cadre de santé dans le réseau

2.3.1 La formalisation des soins

Aujourd'hui, les exigences de qualité et de sécurité des soins et de transparence demandent que les professionnels de santé consacrent de plus en plus de temps à l'Institution, ainsi qu'à la formalisation de leur travail quotidien. En effet, la législation française est sans équivoque à ce sujet là :

²¹ Entretien de pré-enquête auprès de la coordinatrice de réseaux

²² Entretien de pré-enquête auprès de la coordinatrice de réseaux

Loi du 31 juillet 1991 : cette réforme hospitalière demande l'évaluation de l'activité des soins, en vue de la qualité des soins, et la traçabilité des soins. Ces 2 activités sont réputées et vécues comme étant chronophages. Les démarches de qualité et de certification se rajoutent ainsi aux missions premières avec l'élaboration des projets d'établissement et des projets de service et la création de divers comités.

Loi du 24 avril 1996 : cette loi accentue la demande d'évaluation, d'accréditation et d'analyse de l'activité hospitalière.

Ordonnance du 2 mai 2005 : elle est centrée sur la nouvelle gouvernance avec la création des pôles et la coordination infirmier/rééducateur/médico-techniques (CSIRMT).

Loi du 21 juillet 2009 : la loi Hôpital Patient Santé Territoire implique un accroissement de la demande de qualité et sécurité des soins et incite à la création des Communauté Hospitalière de Territoire ou Groupement Hospitalier de Territoire.

La formalisation des activités de soins est devenue aujourd'hui obligatoire et implique notamment une identification précise des missions des services de soins. Ce constat d'exigence est confirmé par la coordinatrice du réseau Santé Ville que j'ai rencontrée. Elle précise que son travail auprès des directions des grandes institutions sanitaire a toujours demandé une formalisation précise du projet : *« on a fait un projet très formel au début dans sa présentation où on voulait avoir l'aval et la bénédiction en fait des différents partenaires en haut lieux »*. *« Ca a été les vrais leviers, à la fois les personnes, la légitimité, l'écriture, la demande de financement, la mise en œuvre, etc. »*²³.

Cette traçabilité et cette « protocolisation » croissantes de l'activité demandent plus d'investissement de la part des professionnels de santé dans l'institution via les différents comités, instances et groupes de travail : CLAN, CLIN, CSIRMT, Accréditation, etc. Ainsi, aujourd'hui le travail indirect exercé par les professionnels de terrain est de plus en plus chronophage. Je comprends tout à fait la question que peuvent se poser les professionnels : quelle place, quel espace pour « l'extérieur » à l'hôpital ?

²³ Entretien de pré-enquête auprès de la coordinatrice de réseaux

La coordinatrice de réseau, entretenue pendant le pré-enquête a le sentiment d'une absence de motivation ou de disponibilité des professionnels de santé pour participer au travail en réseau : *« Mais c'est vrai que les acteurs de la santé sont encore dans leur monde et ne voient pas encore bien ... Ou ils le voient mais ils ont pas le temps de s'y dédier, voilà. Je ne sais pas ... Mais c'est plus difficile. »*²⁴

Ceci me renvoie à mon questionnement quant à la nécessité d'identifier les missions des CMP et de repenser les prises en charge des patients et donc l'organisation du travail des professionnels de santé.

Une compétence du cadre de santé ?

2.3.2 L'encadrement du travail en réseau

Au-delà de la formalisation demandée par la législation française, les modalités de travail en réseau nécessitent d'être clairement définies afin, notamment, de fédérer l'équipe. Dans ce contexte, il me semble important de définir les notions de missions (évoquées dans le chapitre précédent), d'objectifs et de moyens qui sont sous-jacentes à l'encadrement du travail en réseau.

Le mot mission nous vient du latin « *missio* » qui signifie « action d'envoyer ». Aujourd'hui, le CNRTL définit une mission comme une « *tâche confiée à une personne ou à un organisme* ». Les missions définissent le champ d'activité fondamental d'une organisation qui constitue sa raison d'être. Elles donnent le cadre général et la direction à suivre, elles permettent aux professionnels de santé de travailler dans le même sens, en toute cohérence.

Dans le cadre de ce mémoire concernant le travail en réseau, l'une des missions des CMP est peut être formalisée comme la coordination des soins et des prises en charge avec les autres structures de soins et les autres systèmes locaux d'aide et le travail de diagnostic et d'évaluation.

²⁴ Entretien de pré-enquête auprès de la coordinatrice de réseaux

La coordinatrice de réseau confirme que le travail en réseau doit faire partie des missions générales et formalisées d'une structure pour que celle-ci s'y investisse : « *il faut aussi qu'il y ait une volonté politique des structures, une volonté, plus que politique, stratégique des structures de travailler ensemble* »²⁵.

Le mot objectif vient aussi du latin médiéval « *objectivus* » qui signifie « appartenant à l'objet de la pensée ». Une autre définition du CNRTL le décrit comme ce « *qui constitue une idée, une représentation de l'esprit.* » Paradoxalement, aujourd'hui, nous pouvons définir l'objectif comme le résultat attendu en termes qualitatif et/ou quantitatif dans un délai imparti. Venant du monde du marketing, l'objectif doit correspondre à l'acronyme SMART²⁶ : Spécifique, Mesurable, Acceptable, Réaliste, Temporellement défini.

L'objectif donne ainsi un début et une fin, il a été défini à l'avance et a priori estimé réalisable. Adapté au milieu de la santé mentale et plus spécifiquement à mon mémoire sur le travail en réseau en CMP, les objectifs sont personnalisés à chaque patient. L'objectif concrétise les prises en charge, donnent une direction précise dans un cadre précis. L'objectif permet de définir les attendus de la prise en charge d'un patient. L'objectif est par exemple d'éviter une ré-hospitalisation dans les mois ou les années à venir, ou d'éviter la rupture de traitement.

La coordinatrice de réseau précise effectivement lors de son entretien que l'investissement des professionnels de santé augmente avec la concrétisation des objectifs : « *En l'occurrence, on travaille avec les secteurs de psychiatrie beaucoup mieux à partir du moment où on a commencé à avoir un projet concret sur lequel on puisse réfléchir ensemble et mettre en œuvre ensemble* »²⁷

Provenant du latin « *mediānus* » qui signifie « du milieu », la notion de moyen est dans sa version d'adjectif utilisée pour définir ce qui est ordinaire, situé entre 2 extrêmes. Utilisé sous forme de substantif, le CNRTL définit un moyen comme « *ce qui permet de réaliser le but que l'on vise.* ».

²⁵ Entretien de pré-enquête auprès de la coordinatrice de réseaux

²⁶ Site Manager Go. Dossier-Action commerciale. Méthode SMART

²⁷ Entretien de pré-enquête auprès de la coordinatrice de réseaux

Concrètement, le moyen permet de définir comment atteindre l'objectif. Ici, dans le cadre de ce mémoire de recherche, le moyen est l'inscription dans le travail en réseau de la ville. Les moyens mis en place dépendent complètement de la stratégie de l'équipe de soins et du cadre de santé, ainsi que des contraintes qui pèsent sur l'équipe (notamment les autres missions du CMP à assurer et les contraintes économiques)

Ainsi, concernant mon sujet de mémoire, je peux identifier une mission du CMP dans la coordination des soins avec les autres systèmes locaux d'aide. Les objectifs visés peuvent être multiples, tels prévenir et détecter les troubles précoces de la maladie et éviter ou du moins limiter les ruptures de soins. L'un des moyens mis en œuvre pour répondre à cet objectif est la participation au travail en réseau installé sur le secteur géographique du CMP. L'identification claire des missions, des objectifs et des moyens induit une mise de sens dans les réflexions des membres de l'équipe pluridisciplinaire et dans les décisions qui en découlent. Cela entraîne un positionnement professionnel clair de l'équipe du CMP.

En effet, partant du principe qu'un projet de soins (dont fait partie intégrante le travail en réseau) se construit en équipe, il est important d'associer l'ensemble de ses membres à son élaboration. Ensuite, pour faciliter sa mise en œuvre, il est important de définir un cadre précis reprenant les objectifs à atteindre, les moyens à mettre en place, ainsi qu'une identification des personnes ressources référentes.

La coordinatrice du réseau Atelier Santé Ville confirme l'intérêt d'associer l'équipe à la définition du cadre de travail en réseau : *« c'est vrai que les personnes, à partir du moment où elles sont associées à la réflexion et à la construction, elles ont plus envie de travailler »*²⁸

Définir un cadre précis pour le travail en réseau est un préalable nécessaire à la mobilisation des membres de l'équipe.

Mais cela est-il suffisant ? Comment accompagner concrètement les membres de l'équipe dans les projets du CMP et des patients ?

²⁸ Entretien de pré-enquête auprès de la coordinatrice de réseaux

2.3.3 Le « gardening management » : une piste éventuelle

Le « gardening management » est directement inspiré du savoir-faire des jardiniers et du développement durable. Le principe général est basé sur le respect de son équipe et le fait de favoriser l'environnement de travail, donner des conditions de travail les plus favorables. De nombreuses entreprises à succès de la Silicon Valley ont repéré tous les avantages de ce management à plus long terme. Le « gardening management » est basé sur le réseau et le partage des valeurs. Il fait l'analogie entre l'univers de l'entreprise et le monde du vivant.

Son origine se situe dans le travail de Mary Parker Follet²⁹ : Elle est convaincue des effets essentiels de la participation et de la responsabilisation des individus dans l'organisation de l'entreprise à tous les niveaux de la hiérarchie. Elle affirme que : « *la responsabilisation est le grand révélateur des possibilités de l'homme* » et défend le principe d'autonomie qui est la meilleure voie pour que les individus et les groupes se réalisent. Son concept avant-gardiste est « *pouvoir-avec* », plutôt que du « *pouvoir-contre* ».

Christian Thiébaut³⁰ compare le manager au jardinier dans son jardin : « *Un jardinier sait qu'il ne peut pas tirer sur ses plantes pour les faire pousser plus vite* ». S'il le fait, elles vont s'abîmer, voir s'arracher de la terre. Le jardinier doit dès lors travailler avec les plantes, connaître le biosystème de son jardin, évaluer les besoins de ses fleurs en terme de luminosité, de besoin en eau. Il peut poser un tuteur afin de soutenir une plante, l'orienter même vers la direction qu'il souhaite prendre. De même, le jardinier ne contrôle pas la nature dans laquelle évoluent ses plantations. Il ne contrôle pas la météorologie, la survenue d'un orage par exemple. Tout ce que le jardinier peut faire, c'est connaître encore une fois son domaine, les risques qui existent, anticiper les événements et mettre en place des actions protectrices ou favorisantes.

²⁹ Conseillère en management et pionnière de la théorie des organisations du point de vue des ressources humaines. 1868-1933

³⁰ Créateur et dirigeant d'Axence Conseil, spécialisé en gestion des ressources humaines, gestion des compétences, organisation et coaching

Concrètement, appliqué à mon thème de mémoire, cela se traduit par l'impossibilité pour le cadre de santé de forcer les membres de son équipe à travailler en réseau, si ceux-ci n'estiment pas avoir le temps. Cela serait contre-productif, en plus d'être inefficace. Il lui faut plutôt s'adapter et créer un environnement et une organisation favorables.

Christian Thiébaut décrit 7 attitudes importantes du « gardening-manager ». Elles sont indissociables de ce type de management, à égale importance les unes par rapport aux autres :

- **Enrichir son terrain**

« Un jardin sans apport, sans terreau, sans engrais s'appauvrit progressivement »³¹. Cela implique d'écouter et de connaître son équipe, identifier les compétences nécessaires, les besoins en formation. Cela demande également une forte capacité de remise en question, tant de la part du cadre de santé que des membres de l'équipe. Pour cela, le cadre de santé doit organiser une circulation optimum de l'information, ainsi que le transfert des savoir-faire entre les différents professionnels de l'équipe. Une seule personne n'est pas détentrice d'un savoir, d'une information.

Mais il en est de même pour le cadre de santé également. « Contrairement à une idée reçue, le résultat d'un jardin réussi n'est pas dû qu'à l'action du jardinier sur son jardin mais aussi à celle du jardinier sur lui-même : sa capacité à se remettre en question, à avancer en considérant l'erreur comme un levier de progrès, à apprendre de son jardin »³². La capacité de remise en question est essentielle pour le cadre de santé. Elle permet de s'interroger, d'évaluer, de rechercher les pistes d'amélioration et d'évoluer dans une dynamique constante de qualité de travail.

- **Soigner l'environnement**

« Toute son attention [celle du jardinier] réside dans l'observation du milieu et dans le soin dont il entoure ses plantes »³³.

Pour le cadre de santé, il s'agit de se préoccuper de l'environnement de travail, de l'ambiance dans les équipes et notamment de la reconnaissance du travail des salariés et des demandes des usagers du service de soins.

³¹ Christian Thiébaut, *la patience du manager-jardinier*

³² Christian Thiébaut, *la patience du manager-jardinier*

³³ Christian Thiébaut, *la patience du manager-jardinier*

Concrètement, cela se traduit par prendre le temps de régler les tensions dès qu'elles apparaissent. Pour cela, la clé est de communiquer avec transparence. L'authenticité du cadre de santé est essentielle. Il ne s'agit pas de tout communiquer tout le temps. Le cadre de santé ne peut pas communiquer avec tout le monde sur tous les sujets, ni de la même manière. Mais la communication doit être transparente : dire la réalité sans la minimiser ou la travestir.

- **Accompagner la croissance**

Le développement d'une équipe est favorisé par la bonne intégration des nouveaux arrivants (professionnels ou stagiaires). Cette intégration passe par un accompagnement personnalisé, dans le respect des capacités de la personne, de ses spécificités, de son potentiel et de son rythme d'apprentissage. « *Le tutorat ne peut donc être standardisé – de même qu'on ne tuteure pas un plant de tomate comme un jeune pommier !* »³⁴

Le cadre de santé est garant de cet accueil et de cet accompagnement. Il se doit donc d'être réellement à l'écoute et dans une forte disponibilité et accessibilité pour les membres de l'équipe de soins.

- **Opter pour une approche systémique**

« *En jardinage et en maraîchage, il y a deux pratiques : soit jardiner contre la nature, soit avec elle. J'ai opté pour la seconde démarche, durable, écologique et moins coûteuse.* »³⁵.

Aujourd'hui, les situations sont de plus en plus complexes, de nombreux facteurs entrent en jeu. Pour répondre à ces situations complexes, l'approche systémique, vue précédemment peut être à nouveau une partie de la solution. L'entreprise et le domaine sanitaire correspondent à un ensemble d'éléments en interaction dynamique, organisés en fonction d'un but qui évolue dans le temps. Les dirigeants et les managers ont à observer tous les éléments de leur système, internes et externes, dans le but de favoriser la circulation de l'information, d'améliorer la reconnaissance des salariés et des usagers de l'unité de soins, pour, au final, créer de la valeur durable.

³⁴ Christian Thiébaut, *la patience du manager-jardinier*

³⁵ Christian Thiébaut, *la patience du manager-jardinier*

○ **Développer son sens de l'observation**

« C'est en travaillant avec la nature que j'ai éduqué mon regard sur les plantes. Régulièrement, j'observe comment mes différentes plantations se développent. »³⁶.

Prendre du recul sur les situations est une compétence importante du cadre de santé. Se mettre à distance permet de mieux observer, d'identifier les problématiques observées et ainsi les analyser, pour finalement élaborer des hypothèses et proposer des axes d'amélioration ou de résolution.

○ **Respecter le « rythme des saisons »**

« La vie de maraîcher est intimement liée à celle des saisons. Il y a un temps pour préparer le terrain, le labourer, le nettoyer et l'enrichir. Un temps pour sélectionner les graines et pour planter. Un temps pour accompagner la croissance et un temps pour la récolte. Un temps pour fêter les récoltes, un temps pour le repos, pour le ressourcement, la réflexion et la préparation de nouveaux projets. Plus les années passent et plus je m'aperçois que ce rythme naturel est bénéfique. »³⁷.

De même, l'adage populaire dit *« chaque chose en son temps et un temps pour chaque chose. »*. Cela implique pour le cadre de santé d'identifier et de différencier les différents rythmes du service dans lequel il travaille : son propre rythme, celui de son activité, les temps des différentes étapes (préparation projet, formation, production, reconnaissance du travail effectué, espaces de créativité ou de réflexion), le rythme de l'équipe soignante, etc. Tous sont différents, l'objectif du cadre de santé est de réussir à les faire concorder au mieux.

Mais Christian Thiébaut affirme qu'il existe des temps invariants, qu'il est possible d'associer aux 4 saisons de l'année :

- le printemps, associé au renouveau, moment à consacrer à la préparation des projets,
- l'été, associé à la croissance et à la production, moment privilégié pour la formation,
- l'automne, temps de la maturité et de la récolte. Il est important de mettre en avant cette période, de mettre en avant le travail effectué et ainsi signifier la reconnaissance individuelle et collective aux professionnels,

³⁶ Christian Thiébaut, *la patience du manager-jardinier*

³⁷ Christian Thiébaut, *la patience du manager-jardinier*

- l'hiver, temps du déclin et du ressourcement. « *Le neuf naît d'un espace ouvert et disponible* »³⁸. Le cadre de santé doit savoir favoriser les espaces de créativité et de ressourcement.

○ **Savoir patienter :**

« *Il n'y a pas de croissance instantanée, le maraîcher doit savoir attendre que la croissance suive son cours. Savoir patienter le temps que germent les graines puis, attendre que la plante se développe naturellement et arrive à maturité avant de récolter* »³⁹.

Dans toute entreprise, tout projet, il faut savoir patienter. Chaque chose a son temps, le temps de la formation, le temps de l'élaboration, celui de la mise en place, etc. Les résultats ne peuvent se percevoir et se récolter dans la minute où les différents éléments ont été mis en place. Christian Thiébaut précise bien toute la difficulté de cette dernière qualité du manager-jardinier, dans notre société devenue « *tout et tout de suite* »⁴⁰. Le cadre de santé doit faire face aux attentes et aux demandes de résultats des personnes extérieures au service (hiérarchie, usagers, partenaires externes), mais aussi à celles des membres de l'équipe ainsi qu'à sa propre impatience.

Le « gardening-management » est donc largement inspiré de la nature. La composante de durabilité dépend des 7 qualités vues plus haut. Le « *tout, tout de suite* », sans tenir compte des différents éléments, de l'environnement et en forçant les choses ne permet pas de tendre vers des solutions et des résultats pérennes.

Par son interaction avec son environnement et son objectif de durabilité le « gardening management » constitue une solution prometteuse pour la mise en place du travail en réseau.

³⁸ Christian Thiébaut, *la patience du manager-jardinier*

³⁹ Christian Thiébaut, *la patience du manager-jardinier*

⁴⁰ Christian Thiébaut, *la patience du manager-jardinier*

2.4 Mes hypothèses de recherche

L'ensemble de mes recherches, associées à ma pré-enquête de terrain m'amènent à élaborer 2 hypothèses de recherche, qui seront par la suite confrontées à une enquête de terrain.

2.4.1 1^{ère} hypothèse :

Pour mobiliser les soignants du CMP autour du travail en réseau interdisciplinaire en dehors du service, il est nécessaire de l'inscrire dans un cadre officiel (projet de service, projet de pôle, fiches de postes, etc.).

Si le CMP est ouvert sur la ville, inscrire le travail en réseau comme outil de réalisation d'une mission légitime du CMP me semble nécessaire sans pour autant être suffisant pour assurer sa bonne mise en œuvre, ce qui amène à ma seconde hypothèse.

2.4.2 2^{nde} hypothèse :

La mise en place de temps dédiés au travail en réseau dans l'organisation du CMP permet de favoriser l'implication pérenne des soignants et donc la qualité du travail en réseau.

3 Le cadre empirique

Cette 3^{ème} partie a donc pour objectif de confronter mes hypothèses de recherche, élaborées à partir de mon cadre conceptuel et de ma pré-enquête avec une enquête de terrain. Il est important de noter qu'il s'agit ici d'une introduction à la recherche qui fait appel à un panel restreint d'interviews. Dans ce contexte, l'analyse des résultats de cette enquête ne saurait être définitivement validée en l'absence d'un échantillon représentatif. Je vais vous exposer dans les prochains paragraphes la méthodologie adoptée, les résultats de l'enquête, ainsi qu'une analyse de ces résultats.

3.1 La méthodologie utilisée

Afin de recueillir les points de vues de cadres de santé et de professionnels non cadres, cette enquête a été scindée en 2 enquêtes différentes auprès de professionnels de santé (exerçant en CMP dans deux hôpitaux de l'Ile-de-France). De plus, une observation de 4 semaines lors d'un stage en ambulatoire en psychiatrie complète cette enquête.

3.1.1 Les populations concernées par les entretiens

Enquête auprès des professionnels non cadres :

Mon mémoire étant centré sur l'interdisciplinarité, j'ai souhaité interroger différents représentants de catégorie professionnelle exerçant en CMP (2 infirmiers, 2 assistants sociaux, 1 médecin psychiatre). En effet, par leurs fonctions, ils sont amenés à travailler en réseau avec les partenaires de la ville, chacun avec ses compétences et un intérêt professionnel propre à sa profession.

Les profils de ces professionnels et les caractéristiques des entretiens réalisés sont les suivants :

Infirmière 1 : cette infirmière est diplômée depuis 9 ans et exerce depuis 4 ans dans un CMP d'un secteur parisien. L'infirmière ayant demandé à ne pas être enregistrée sur la dictaphone, la restitution de l'entretien est basé sur une synthèse de notes. L'entretien a duré 9 minutes.

Infirmière 2 : elle est diplômée depuis 26 ans et exerce depuis 11 ans dans un CMP d'un secteur de banlieue parisienne. L'infirmière ayant également demandé à ne pas être enregistrée sur le dictaphone, la restitution de l'entretien est basé sur une synthèse de notes. L'entretien a duré 9 minutes.

Médecin psychiatre : ce médecin est diplômé depuis 27ans et il travaille en CMP depuis 25 ans. Il est à ce jour, responsable de plusieurs structures de suivis ambulatoires, notamment CMP, depuis 2 ans L'entretien n'a pas pu être enregistré, du à l'absence du dictaphone au moment du rendez-vous. C'est pourquoi il s'agit d'une synthèse de mes notes et non d'une retranscription complète de l'entretien. L'entretien a durée 10 minutes.

Assistante sociale 1 : cette assistante sociale est diplômée depuis 4 ans et exerce dans un CMP d'un secteur parisien depuis également 4 années. L'entretien a duré 11 minutes

Assistante sociale 2 : cette assistante sociale est diplômée depuis 10 ans et exerce dans un CMP d'un secteur parisien depuis 10 ans également. L'entretien a duré 11 minutes.

Enquête auprès des cadres de santé :

J'ai également organisé des entretiens avec 4 cadres de santé exerçant en CMP.

Cadre A : cette cadre de santé est diplômée depuis 9 mois et est en charge d'un CMP d'un secteur parisien pour son premier poste, dans un contexte de changement récent de chefferie et de départ à la retraite de nombreux membres de l'équipe. Durée de l'entretien 28 minutes.

Cadre B : cette cadre de santé est diplômée depuis 9 ans et exerce depuis 4 ans dans un CMP d'un secteur parisien dont la chefferie a changé depuis 2 ans. Durée de l'entretien 1h12.

Cadre C : cette cadre de santé est diplômée depuis 5 ans et exerce depuis 2 ans dans un CMP d'un secteur parisien. L'entretien a duré 1h24.

Cadre D : Ce cadre de santé est diplômé depuis 12 ans et exerce depuis 5 ans dans un CMP d'un secteur parisien. L'entretien a duré 18 minutes.

3.1.2 Les guides d'entretiens

J'ai choisi de mener des entretiens semi-directifs avec les 4 cadres de santé, ainsi qu'avec les 5 autres professionnels de santé. Les questions ont été élaborées afin de vérifier mes hypothèses.

Les entretiens avec les 5 professionnels non cadres sont centrés sur l'implication dans le travail en réseau pour les professionnels de terrain et les points à améliorer pour le faire progresser :

- Intervenez-vous dans le travail en réseau du CMP ?
- Comment intervenez-vous dans ce travail en réseau ?
- Quels sont les intérêts, pour vous en tant que ***, de travailler en réseau en dehors du champ institutionnel ?
- Qu'est-ce qui empêche de développer ce type de travail en réseau ?
- Qu'est-ce qui, selon vous, permettrait d'améliorer votre intervention dans le travail en réseau au sein de votre CMP ?

Les entretiens avec les cadres de santé, plus détaillés, visent à répondre à mes 2 hypothèses de recherche concernant, d'une part, la formalisation du travail en réseau dans un écrit officiel du CMP ou du secteur et d'autre part, la mise en place de temps dédiés au travail en réseau comme facteur de l'implication pérenne des soignants.

Ces entretiens comportent 16 questions concernant 3 thèmes :

- la formalisation du travail en réseau
 - o Quelles sont les missions de votre CMP ?
 - o Comment répondez-vous à ces missions ? (que mettez-vous en place ? comment sont organisées les activités du CMP ?)
 - o Est-ce que toutes les missions que vous m'avez évoquées sont formalisées dans un écrit (projet de service, projet de pôle, projet médical, fiches de postes, autres) ?

- Est-ce que l'écrit, où sont formalisées les missions du CMP, détaille aussi les missions de chaque intervenant ? Si oui, selon quels critères (diplôme, compétences, disponibilité, ancienneté, etc.) ?
- Existe-t-il un projet formalisé du CMP ?
- A quand remonte la rédaction de cet/ces écrits ?
- Comment a-t'il été élaboré ?
- Comment est assurée la diffusion des missions du CMP ?

- le réseau lui-même
 - Existe-t-il un (ou plusieurs) travail en partenariat sur le CMP (SAMSA, SAVS, CAS, Centre de santé, EPHAD, foyers, ESAT, etc.) ?
 - Quels sont les atouts de ces partenariats pour le travail en réseau ?

- l'organisation du temps de travail :
 - Comment organisez-vous la prise en charge de ce travail en réseau au sein de l'équipe ?
 - Combien de temps représente le travail en réseau ?
 - Comment se fait la diffusion des informations issues de ce travail ?
 - Quelles difficultés rencontrez-vous pour mettre en place ce travail en réseau ?
 - Quelles actions seraient à mettre en place pour améliorer le travail en réseau au sein de votre CMP ?
 - Comment s'assurer de la pérennité du travail en réseau ?

3.1.3 L'observation de terrain

Ces entretiens sont complétés par une observation directe sur le terrain de 4 semaines effectués dans le cadre du stage de module 4 « la fonction d'encadrement dans une unité de soins ». Ce stage s'est déroulé au sein de structures ambulatoires d'un secteur psychiatrique de banlieue parisienne. L'équipe pluridisciplinaire de ce secteur a la particularité d'avoir développé un réseau important avec les partenaires d'une ville de Seine Saint Denis, correspondant à son secteur. Ce travail en réseau est développé depuis une dizaine d'année, raison pour laquelle j'ai choisi ce lieu de stage.

Cela m'a donné l'occasion d'observer in situ le travail en réseau de l'équipe pluridisciplinaire et notamment du cadre de santé.

Le secteur propose un dispositif de soins très varié (10 unités), comprenant notamment une Unité d'Hospitalisation Temps Plein (UHTP), un Centre d'Accueil et de Crise (CAC), un foyer de postcure, un service de consultation de géro-psycho-geriatrie. Mon tuteur de stage a été un cadre de santé exerçant en ambulatoire depuis 5 ans. Ce cadre de santé a la responsabilité de 6 dispositifs de soins ambulatoires du secteur : le CMP, un service de Soins A Domicile (SAD), un CATTP, un HDJ, un service d'Accueil familial Thérapeutique (AFT) et la gestion de 4 appartements associatifs.

L'organisation des soins ambulatoires est spécifique, car le CMP se consacre exclusivement au service de consultations avec des psychiatres, des psychologues et des assistants sociaux. L'équipe travaille en étroite collaboration avec les équipes du CAC et du SAD, qui sont complémentaires dans les propositions des prises en charge des patients : le CAC pour la gestion des traitements et le SAD pour le suivi à domicile des patients, avec l'expertise infirmière.

L'observation au quotidien des pratiques professionnelles, la recherche documentaire et l'interaction avec les différents membres de l'équipe m'ont fourni tous les éléments pour de répondre⁴¹ à mon guide d'entretien concernant les cadres de santé.

3.1.4 Les limites et atouts de cette enquête

Cette enquête de terrain a comme principal bénéfice d'avoir confronté mes questionnements à une réalité de terrain riche d'enseignements.

Cependant cette enquête a également révélé certaines limites. En effet, dès le premier entretien, la nécessité de préciser les notions de réseau et de partenariat auprès des interviewés a été mise en évidence. Chaque entretien commençait donc avec la citation de mon thème de recherche : le travail en réseau avec les partenaires externes à l'institution, complétée d'une brève définition des notions de partenariat et de réseau.

De plus, ne souhaitant pas trop orienter les réponses des interviewés, la formulation de mes questions (notamment concernant la formalisation du travail en réseau) n'a pas permis de recueillir des réponses précises.

⁴¹ Cf. annexe 2

Enfin, j'ai parfois éprouvé des difficultés à recentrer le débat sur le thème de mon mémoire. Ce que j'attribue à un manque d'expérience dans les interviews.

Ainsi, ce premier travail de recherche a été très enrichissant pour moi, tout en me permettant de me rendre compte de la difficulté d'élaborer un guide d'entretien adapté et facilement analysable.

3.2 Les résultats de l'enquête de terrain

Plusieurs de ces entretiens sont retranscrits textuellement ou synthétisés en annexes : 2 entretiens avec les professionnels non cadres (psychiatre⁴² et assistante sociale 2⁴³), ainsi que 2 entretiens avec les cadres de santé (cadres C⁴⁴ et D⁴⁵) qui m'ont semblés parmi les plus pertinents dans mon analyse. Concernant les entretiens avec les professionnels non cadres, tous n'ont pas été enregistrés, soit à la demande des interviewés, soit par absence de matériel au moment de l'entretien.

3.2.1 Les entretiens auprès des professionnels non cadres

- **Intervenez-vous dans le travail en réseau du CMP ?**

A l'unanimité, tous les professionnels de santé indiquent travailler en réseau. Certains développent un peu plus leur réponse en citant les partenaires avec lesquels ils travaillent.

- **Comment intervenez-vous dans ce travail en réseau ?**

Tous les professionnels énoncent un travail de liens et d'échanges des pratiques professionnelles. Cela se réalise via des contacts directs lors de réunions ou par des échanges téléphoniques (plus fréquents).

⁴² Cf. annexe 3

⁴³ Cf. annexe 4

⁴⁴ Cf. annexe 5

⁴⁵ Cf. annexe 6

- **Quels sont les intérêts, pour vous en tant que ***, de travailler en réseau en dehors du champ institutionnel ?**

Les intérêts évoqués sont la prévention et la détection des troubles, ainsi qu'une vision globale du patient grâce à l'expertise de chaque partenaire, car les situations peuvent être complexes et intriquées à d'autres facteurs, d'autres domaines. Le positionnement professionnel est aussi évoqué pour les problèmes (somatiques, sociaux) qui ne dépendent pas directement de la psychiatrie, même s'ils peuvent y être liés : « *Il faut que chaque partenaires apporte sa compétence, c'est ça l'intérêt* »⁴⁶ et « *de ne pas psychiatriser ce qui ne l'est pas* »⁴⁷. Ces 2 notions associées (positionnement professionnel et vision globale) sont présentées comme nécessaires à la cohérence dans la prise en charge : « *on est obligé de travailler en collaboration avec tous les partenaires parce qu'il y a des spécialisations et nous on les oriente et on est forcément en lien et on travaille ensemble pour résoudre la problématique de la personne.* »⁴⁸.

Enfin, il ressort que les rencontres directes entre les membres du réseau permettent une personnalisation des situations et favorisent ainsi l'implication des divers professionnels.

- **Qu'est-ce qui empêche de développer ce type de travail en réseau ?**

De nombreuses raisons sont évoquées :

- la question du secret médical abordée par 2 professionnels,
- la nécessité d'une organisation précise et souvent ressentie comme complexe,
- le manque de temps, avec une importante charge de travail concernant les soins directs,
- le manque d'implication des professionnels (soit en interne, soit en externe).

⁴⁶ Entretien avec le psychiatre

⁴⁷ Entretien avec le psychiatre

⁴⁸ Entretien avec l'assistante sociale 2

L'exigence de traçabilité est également citée, non dans les contraintes qu'elle implique, mais au niveau de l'impossibilité de tracer ces rencontres non spécifiques à un patient : *« Ces rencontres là ne sont pas en lien avec des patients, elles ne peuvent donc pas être rentrées dans C*** (dossier patient informatisé) et tout ce qui n'est pas quantifiable est nul. C'est un peu brusque comme formule mais c'est la réalité : il s'agit de quantifier les actes, on n'est malheureusement pas dans du qualitatif. »*⁴⁹.

- Qu'est-ce qui, selon vous, permettrait d'améliorer votre intervention dans le travail en réseau au sein de votre CMP ?

Les personnes indiquent qu'une plus grande disponibilité favoriserait les rencontres directes et ainsi, la communication avec les partenaires externes. En effet, cette communication permet une identification des différents acteurs de terrain et des personnes ressources, ce qui favorise une réactivité importante. Cette communication concerne également les membres de l'équipe, notamment au niveau de la diffusion des propositions de travail en réseau.

L'organisation du travail est également mise en avant, avec d'une part un besoin de souplesse et d'autre part, une recherche d'efficacité nécessaire.

3.2.2 Les entretiens auprès des cadres de santé

La formalisation du travail en réseau

- Quelles sont les missions de votre CMP ?

Tous les cadres interviewés citent les missions d'accueil et d'orientation de la population, les consultations médicales, les psychothérapies et les soins infirmiers. 3 cadres de santé citent également le travail en réseau avec les partenaires externes à l'institution, 2 évoquent le lien avec les unités d'hospitalisation de leur secteur. 1 seul nomme la mission de prévention des troubles.

L'importance de la formalisation est hétérogène d'un cadre à l'autre. En effet, si le cadre D résume les missions du CMP comme l'apport d'une réponse aux besoins de la population du secteur, la cadre B les résume comme : *« le truc un peu général de tous les CMP. »*.

⁴⁹ Entretien avec l'assistante sociale 2

Mon observation sur le terrain tend à confirmer ces missions générales. En effet, même si l'organisation des unités de soins est différente de celle des secteurs visités, je retrouve globalement ces grandes missions d'accueil et de consultations, avec des suivis médicaux, infirmiers et sociaux, ainsi que la coordination des soins entre les différents acteurs existant dans l'environnement du patient.

- **Comment répondez-vous à ces missions ? (que mettez-vous en place ? comment sont organisées les activités du CMP ?)**

Trois des entretiens montrent que le système de professionnel référent est le plus utilisé. Cette référence est généralement pluridisciplinaire, ce qui permet une connaissance plus approfondie des différents acteurs avec lesquels sont coordonnées les prises en charges. Cela permet également d'assurer la qualité et la sécurité des soins, notamment au niveau des orientations qui peuvent être proposées. *«A partir de là, c'est vrai que si on les oriente, il faut développer des liens avec ceux qui chez qui on les oriente, parce qu'il ne suffit pas de dire « non on ne peut pas vous suivre », il faut avoir des noms, et des noms sûrs. On ne peut pas les envoyer n'importe où. »*⁵⁰

Ce système de référence est basé, selon la cadre C, sur une identification des besoins et des demandes de la personne, une identification des différents acteurs intervenants dans cette problématique et des moyens à mettre en œuvre pour y répondre, ainsi que leur traçabilité. Selon elle, il faut faire attention à rester dans le concret.

Mon observation du terrain m'indique une organisation alternative. En effet, le système de référence n'est pas utilisé (hors psychiatre et assistants sociaux) sur ce lieu de stage pour les professionnels paramédicaux, tous peuvent être amenés à répondre aux différentes missions. Ainsi, cette participation repose sur le volontariat et la disponibilité des professionnels.

- **Est-ce que toutes les missions que vous m'avez évoquées sont formalisées dans un écrit (projet de service, projet de pôle, projet médical, fiches de postes, autres) ?**

Ces missions générales sont formalisées par écrit dans tous les CMP où ont eu lieu les entretiens.

⁵⁰ Entretien avec la cadre de santé B

Le projet d'établissement et le projet de pôle sont les plus cités, ainsi qu'une charte des CMP, en cours d'élaboration, qui concernera tous les CMP de la CHT parisienne récemment mise en place. Le rapport d'activité annuel, ainsi que le livret d'accueil des étudiants sont également évoqués par la cadre de santé B.

En complément, la cadre C s'interroge sur la formalisation du travail en réseau et ainsi la création d'un outil, consultable par tous les professionnels. Elle évoque le travail d'enquête nécessaire à sa réalisation auprès des professionnels exerçant en CMP et des partenaires externes. Ce document doit, selon elle, répondre aux questions sur le partenariat sans être trop codifié : *« C'est comme une procédure, elle est technique, il y a des règles, mais tu as des neurones, tu as de la technique, tu réfléchis et tu t'adaptes. C'est comme une toilette, il y a une procédure pour la toilette, mais si tu as un patient délirant, un patient déprimé ou un patient clinophile, tu t'adaptes »*.

Lors de mon stage, j'ai pu accéder au projet de pôle, décrivant notamment les missions du CMP. Les cadres de santé du secteur ont également rédigé un livret d'accueil des étudiants⁵¹ et des nouveaux arrivants, regroupant toutes les structures du secteur, ainsi que leurs missions.

- **Est-ce que l'écrit, où sont formalisées les missions du CMP, détaille aussi les missions de chaque intervenant ? Si oui, selon quels critères ? (diplôme, compétences, disponibilité, ancienneté, etc.)**

Deux des cadres de santé stipulent que les missions des professionnels sont déjà spécifiées sur les fiches de poste. Toutefois, le projet de pôle du cadre D les détaille également.

Mon observation sur le terrain me confirme que ces écrits décrivent la constitution des différentes équipes de soins de chaque structure, sans toutefois préciser les missions de chacun, contrairement aux fiches de poste.

- **Existe-t-il un projet formalisé du CMP ?**

Mis à part pour le CMP où exerce le cadre de santé D, aucun projet de service n'est formalisé spécifiquement pour les CMP.

⁵¹ Cf. annexe 7

Deux cadres de santé précisent que plusieurs procédures de soins sont en cours de formalisation, qui réunies, pourraient former un écrit formalisé des différentes missions du CMP : *« on travaille par morceaux. A un moment donné, je pense qu'on arrivera à regrouper l'ensemble, des procédures qui n'existaient pas, des procédures de premiers entretiens, les procédures de signalements, les procédures, d'accueil d'urgence [...] on regroupera tout ce qui n'était jamais formalisé je pense. »*⁵² La cadre C précise qu'à son sens, il faut éviter de faire trop de sous-dossiers, mais rappelle l'écriture de la charte des CMP la CHT. La cadre B évoque également le rapport d'activité de son CMP.

Il n'y a pas non plus de projet de CMP spécifique sur mon lieu de stage.

- A quand remonte la rédaction de cet/ces écrits ?

Concernant la charte des CMP évoquée par les cadres A, C et D, elle est en cours de réalisation. Le projet de pôle, ainsi que le projet du CMP du secteur du cadre D sont retravaillés en permanence, avec différents thèmes abordés les uns à la suite des autres. Le projet de pôle du cadre A est en cours d'élaboration.

Concernant mon lieu de stage, le projet de pôle date de 2011 et le livret d'accueil des stagiaires et des nouveaux arrivants, élaborés par les cadres de santé du secteur, de 2014.

- Comment a-t'il été élaboré ?

Pour les cadres de santé, c'est un travail avec l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire, soumis à la validation du cadre supérieur de santé et du chef de pôle : *« Ce sont les réponses partagées qui font notre fonctionnement, nos règles [...] Un partage d'expériences. »*⁵³

Concernant le livret d'accueil des stagiaires de mon lieu d'observation, il a également été élaboré à partir de la réflexion de l'ensemble des équipes concernées. Les cadres de santé l'ont ensuite rédigé, en le soumettant à la fin aux équipes pour approbation. Pour le projet de pôle, les médecins, la cadre supérieure de santé et les cadres de santé ont participé à son élaboration.

⁵² Entretien avec la cadre de santé B

⁵³ Entretien avec le cadre de santé D

- **Comment est assurée la diffusion des missions du CMP ?**

Les cadres de santé ont été unanimes sur ce point les deux modes de diffusion. L'oral, lors des réunions de service hebdomadaires où les missions sont évoquées de façon indirecte lors des échanges sur les prises en charge de patient ou via des rappels ponctuels. L'écrit, avec les comptes-rendus de ses réunions (ou le rapport d'activité lui-même pour la cadre B) qui sont soit envoyés individuellement à chaque membre de l'équipe, soit consultables facilement par tous. Ces écrits sont à chaque fois en version numérique et en version papier. La cadre de santé A mentionne également des maquettes, où sont évoquées les missions du CMP, son fonctionnement et ses horaires.

Concernant mon stage, le document est à la disposition de chacun, en version numérique et version papier, et pendant les différentes réunions de service, j'ai pu constater que les missions sont évoquées de façon informelle et indirecte lors des réflexions sur les prises en charge des patients.

Le réseau lui-même

- **Existe-t-il un (ou plusieurs) travail en partenariat sur le CMP (SAMSA, SAVS, CAS, Centre de santé, EPHAD, foyers, ESAT, etc.) ?**

Tous sont unanimes, ils travaillent avec de nombreux partenaires externes issus du milieu médico-social, sanitaire, judiciaire, associatif, social, etc. Ils en font part comme d'une nécessité notamment pour une bonne orientation pour les patients ne pouvant être suivis en CMP dans un délai estimé raisonnable. Des rencontres permettant des échanges sur les fonctionnements mutuels sont organisées dans chaque CMP.

« L'équipe s'est mobilisée pour trouver [...] les informations et on oriente les étudiants vers les partenaires spécialisés. Pour les personnes âgées, là aussi effectivement, on travaille avec le CLIC »⁵⁴ ; « On oriente aussi sur des thérapeutes dans le privé parfois, car quand même, malgré tous les efforts que nous faisons, nous n'arrivons pas à répondre à toutes les demandes, enfin aux demandes en temps et en heure. Quand il y a un délai d'attente, pour certaines personnes, on n'hésite pas, nous les orientons, car nous connaissons les partenaires, nous avons rencontré les partenaires. »⁵⁵

Mon observation du terrain confirme cette variété au niveau des partenariats.

⁵⁴ Entretien avec le cadre de santé D

⁵⁵ Entretien avec le cadre de santé D

- Quels sont les atouts de ces partenariats pour le travail en réseau ?

Les cadres de santé estiment que les partenaires sont la base du réseau : « *le partenariat c'est des points d'appuis* ». « *Tu peux t'en servir et le CMP est aussi un point d'appui pour les autres* ». Mais, malgré le rappel des définitions du travail de partenariat et du travail en réseau en début d'entretien, ils précisent que cette différenciation est complexe : « *C'est la même chose* ». A l'occasion d'échanges entre partenaires sur des cas concrets de personnes, les professionnels de santé sont amenés à aborder de façon plus globale la coordination entre leurs structures.

Concernant les outils spécifiques, comme le CLSM et les Atelier Santé ville, les cadres B et C sont plus prudentes. La cadre B met en avant le manque de temps et un choix fait sur ses missions institutionnelles : « *Alors (soupir) au début je suis allée à une réunion je crois, et puis j'ai laissé tomber car j'ai tellement de choses que ... voilà, je fais des choix. Des choix à l'intérieur du secteur, je trouve que j'ai déjà pas mal d'investissement, ce qui me plaît et donc je ne peux pas courir à droite, à gauche.* » La cadre C est plus tranchée sur le sujet. Elle estime que cela peut-être intéressant mais souvent trop vague et sans réelle répercussion : « *c'était fort intéressant, ça fait du bien de déconnecter un peu de ton service, c'était très bien, mais ... (silence)* » ; « *Cela manque de concret et de toute façon tout le monde court après le temps et les effectifs* ». Selon elle, ces rencontres sont l'occasion de se créer un début de réseau via la prise de contact : « *Ce travail, c'est pour initier le travail en partenariat, mais après c'est à toi de le faire vivre* »

Je n'ai pas pu observer de réunion de CLSM lors de mon stage, aucune n'étant organisée sur cette période. Mais j'ai pu constater l'utilisation de ce réseau par ses membres pour des situations particulières. Les partenaires externes sont effectivement la base du travail en réseau puisqu'ils en constituent les membres. Toutefois, je me suis aperçue qu'il n'était effectivement pas évident de dissocier les notions de partenariat et de réseau dans ce secteur, car à chaque rencontre, même si elle a lieu spécifiquement pour un patient, la généralisation d'un fonctionnement est souvent abordée.

L'organisation du temps de travail :

- Comment organisez-vous la prise en charge de ce travail en réseau au sein de l'équipe ?

L'ensemble des cadre de santé centralisent les informations et les propositions de rencontre qui sont abordées ensuite en réunion d'équipe : « *J'en parle avec l'équipe, j'en parle avec le Dr H. on en parle à la synthèse.* »⁵⁶ Ils estiment que le travail en réseau est un travail qui concerne toute l'équipe et se situent comme garants de l'organisation : « *Sur le CMP, tu es obligé d'avoir de l'interaction entre tous les partenaires. Tu ne peux pas te dire l'information, elle est détenue là, c'est bon et là, c'est bon. En tant que cadre, tu n'es pas dans la prise de pouvoir et le non lâcher-prise, mais tu dois avoir une notion de tout* ».⁵⁷

Une des cadres précise que la formalisation de l'organisation permet un meilleur partage du travail et ainsi d'assurer la cohésion d'équipe. Cette cadre précise également que ces réseaux se construisent dans le temps. L'organisation et la formalisation se font dans la durée, avec la participation des professionnels, une évaluation à distance et des réajustements si besoin.

Le système de référence est également beaucoup utilisé, recensant les personnes ressources concernant les divers partenaires ou domaines (maternité, personnes âgées).

Mon observation lors de ce stage, m'a confirmé que le travail de réseau fait partie du quotidien de ces équipes et notamment du cadre de santé. Chaque professionnel est très autonome, mais le cadre de santé est souvent la personne qui organise le travail de réseau en diffusant les informations concernant d'éventuelles rencontres interdisciplinaires. L'équipe réfléchit ensuite à la pertinence de participation d'un représentant pour chaque catégorie professionnelle.

- Combien de temps représente le travail en réseau ?

Les réponses divergent cette fois-ci d'un cadre de santé à l'autre, d'une demi-heure par mois à un travail quasi constant. Deux cadres spécifient que cela dépend des périodes et des besoins des patients, tandis que l'une d'entre eux précise que le temps minimum est fixé à une demi-heure par mois, lors des réunions, où sont invités les partenaires.

⁵⁶ Entretien avec le cadre de santé D

⁵⁷ Entretien avec la cadre de santé C

Pour un 4^{ème} cadre, il s'agit de 35% du temps du CMP et pour le dernier le travail en réseau est quasi constant : « *Nous sommes tout le temps en lien avec les partenaires [...] Le travail en CMP, c'est le travail en partenariat* »⁵⁸, que ce soit avec les structures de l'institution comme celle de l'extérieur. « *Cela fait partie de la prise en en charge du patient en CMP à 80%, mais je n'ai pas de chiffre. Ce n'est pas un chiffre officiel, mais dans ma tête je dirais ça* »⁵⁹.

Mon observation m'amène à estimer que le travail en réseau est sous-jacent au travail quotidien. Toutes les prises en charge sont construites en collaboration ou du moins en tenant compte des différents acteurs, gravitant dans l'environnement des patients. Ensuite de façon plus formalisée, des rencontres sont organisées plusieurs fois par an, la fréquence variant selon les partenaires. Par exemple, avec la mairie, des CLMS et des RESAD sont organisés tous les 2 à 3 mois et pour la maison de retraite voisine, les rencontres sont biennuelles. Par ailleurs, les différents partenaires organisent généralement, une fois par an, une journée « porte ouverte ».

- Comment se fait la diffusion des informations issues de ce travail ?

Le retour des cadres est identique à celui sur les missions du CMP : à l'oral lors des réunions de synthèse et par écrit avec les comptes-rendus de ces réunions pour tous les cadres de santé. La cadre B précise que des temps spécifiques pour un patient peuvent être organisés si besoin : « *C'est parfois un peu court une demi-heure [...] Si on veut vraiment parler d'un cas, il faut mettre une synthèse spécifique.* »

La cadre C reconnaît que la transmission des informations et leur traçabilité ne sont pas toujours aisées, ainsi que leur traçabilité. Elle doit souvent rappeler l'adéquation entre l'acte et la transmission : « *l'acte c'est l'argent, la transmission c'est la qualité* ». Selon elle, il y a un réel besoin de transmission, sans savoir ce qu'il se passe où se dit exactement, mais connaître l'évolution des prises en charge. Elle estime être du rôle du cadre de santé de centrer les informations. Mais aujourd'hui, l'information concernant l'organisation elle-même n'est pas réellement tracée. La cadre de santé se pose la question de l'inclure dans le rapport d'activité.

⁵⁸ Entretien avec la cadre de santé C

⁵⁹ Entretien avec la cadre de santé C

Elle envisage la construction d'un outil concernant le fonctionnement d'un CMP, ses acteurs, ses missions, le partenariat : *« on ne réinvente pas les choses, mais tu clarifies les choses »*.⁶⁰

Mon observation du terrain confirme que la diffusion des informations se fait essentiellement à l'oral, lors des réunions d'équipe, ainsi que lors d'échanges informels souvent dans un couloir ou un bureau. Par écrit, les informations concernant les patients sont également retranscrites dans leurs dossiers et dans les comptes-rendus des réunions cliniques. Par ailleurs, il existe un rapport d'activité annuel rassemblant toutes les participations aux rencontres interdisciplinaires.

- Quelles difficultés rencontrez-vous pour mettre en place ce travail en réseau ?

Trois grandes catégories sont évoquées :

- les problèmes d'effectif qui réduisent les disponibilités de l'équipe, tant d'un point de vue organisationnel que psychique. Il semble essentiel que l'équipe du CMP soit dans de bonnes conditions internes pour pouvoir aller sur l'extérieur : *« je pense que quand tu pars à la rencontre des autres, quand tu n'es pas bien [...] on perçoit moins bien les choses et c'est vrai qu'en ce moment je travaille plus avec l'équipe à construire quelque chose avec elle, quelque chose de solide. »*⁶¹

- une méconnaissance des missions du CMP associé un positionnement flou de l'équipe. En effet, les nombreuses demandes, notamment de la part des partenaires, ne dépendent pas forcément d'un CMP : *« Il y a des choses qu'on peut faire et il y a des choses qu'on ne peut pas faire. Il s'agit plus de savoir ce qui est réellement de votre responsabilité, de votre expertise, de vos réelles missions et de ne pas répondre à tout et notamment à ce qui ne concerne pas réellement le CMP. »*⁶²

- assurer la pérennité du réseau est plus complexe que sa mise en place. La formalisation avec les membres de l'équipe favorise l'organisation et la mise de sens dans le travail en réseau, mais il faut surtout que l'équipe s'approprie ce travail en réseau : *« tu peux être un cadre qui fait pleins de tableaux, mais si ce n'est pas vivant dans ton service, avec tes acteurs du lieu de ton travail, ça ne marchera pas, tu n'auras pas d'investissement. »*

⁶⁰ Entretien avec la cadre de santé C

⁶¹ Entretien avec la cadre de santé A

⁶² Entretien avec le cadre de santé D

Personnellement, j'ai observé que le manque de temps est souvent mis en avant, avec des emplois du temps déjà bien remplis par les rendez-vous patients. Les infirmiers participent au travail en réseau, souvent à la demande du cadre de santé et si l'effectif le permet, mais la priorité est donnée aux soins directs. Certains estiment que ce n'est pas leur rôle, que cela concerne plutôt le médecin et le cadre de santé. Le cadre de santé est souvent celui qui peut le plus facilement aménager son emploi du temps pour participer aux différentes rencontres en dehors de l'institution. J'ai noté que pour les infirmiers, travailler au quotidien sur des temps courts et concrets faisait partie de leurs pratiques, mais qu'il était plus difficile de les impliquer dans les rencontres plus formelles, moins concrètes à court terme. S'ils ont besoin d'une information ou d'en transmettre une, ils se mettront directement en contact avec la personne concernée.

- Quelles actions seraient à mettre en place pour améliorer le travail en réseau au sein de votre CMP ?

Tous les cadres de santé citent une augmentation de l'effectif soignant afin de procurer plus de souplesse dans l'organisation du travail. Les cadres de santé mettent en avant le bénéfice ressenti par les infirmiers de « *s'investir sur autre chose que l'activité sur le CMP, au niveau du soin ou être ouvert à autre chose sur le CMP.* »⁶³ Il est nécessaire de travailler avec le désir des agents, mais il faut également s'appuyer sur leurs missions : « *tu ne peux pas forcer, mais tu peux rappeler notre devoir de professionnel* »⁶⁴. Pour cela une forte implication dans les projets du CMP et une communication fluide sont nécessaires : « *Si tu veux être dans la communication, que chaque acteur se sente appartenir professionnellement au CMP, il faut faire participer les acteurs* »⁶⁵. Les membres de l'équipe, mais également les partenaires externes et les cadres de santé mettent en avant les rencontres directes pour favoriser la communication.

⁶³ Entretien avec la cadre de santé A

⁶⁴ Entretien avec la cadre de santé C

⁶⁵ Entretien avec la cadre de santé C

A cette notion d'effectif est associé la nécessité d'un positionnement professionnel marqué : *« Tu dois savoir borner les choses, être à ta place en tant que cadre, mais aussi ta structure, savoir ce qu'elle fait et ce qu'elle ne fait pas. Ne pas mélanger, car très vite les partenaires pourraient aller plus loin que ton rôle. L'équipe doit être au clair avec ça. »*⁶⁶

Mes observations de terrain mettent en avant l'importance de la mise de sens dans ces rencontres liées au travail en réseau. Bien les délimiter dans le temps est également nécessaire, afin que cela n'empiète pas sur les soins directs auprès du patient. Enfin, il semble important de travailler les outils favorisant la recherche d'informations, telle une base de données regroupant toutes les coordonnées des différents partenaires.

- **Comment s'assurer de la pérennité du travail en réseau ?**

Les cadres de santé estiment être les garants de cette pérennité. Cette pérennité passe par :

- une connaissance générale des différents projets et informations. Le cadre doit disposer de ces informations, savoir comment cela ça fonctionne et savoir qui fait quoi : *« être omniprésent sans être intrusif »*⁶⁷. Le cadre de santé est une personne ressource pour son équipe, comme pour les partenaires externes : *« T'es dedans, t'es dehors, tu es un soutien pour l'équipe, tu es la référence pour les partenaires. »*⁶⁸ Il se voit comme le moteur du CMP : *« Tu dois penser le début et tu dois faire vivre avec l'équipe »*.⁶⁹
- l'appropriation du travail en réseau par l'ensemble de l'équipe du CMP qui intègre ainsi la dynamique d'équipe et ne dépend plus seulement de certains de ses membres. Pour cela, le management basé sur l'identification d'objectifs à atteindre et des moyens mis en œuvre est important : *« c'est des objectifs, des trucs à atteindre, des moyens, voilà, c'est ça qui est intéressant. Et au niveau du management, c'est merveilleux, parce que c'est ça qui nous permet de stimuler, encourager [...] la cible c'est l'éducation nationale, la cible c'est les personnes âgées, la cible c'est tatata. Et qui est-ce qui va s'y mettre ? Qu'est-ce qu'on fait ?*

⁶⁶ Entretien avec la cadre de santé C

⁶⁷ Entretien avec la cadre de santé C

⁶⁸ Entretien avec la cadre de santé C

⁶⁹ Entretien avec la cadre de santé C

Avec quoi ? Quels sont les résultats ? Après, à la fin de l'année, on fait un bilan. »⁷⁰

Mon observation sur le terrain, me laisse à penser que l'implication du plus grand nombre de professionnels, les faire participer et mettre du sens sur le travail entrepris est la clé de la pérennité du travail en réseau.

3.3 L'analyse croisée de ces résultats

Des résultats de ces enquêtes se dégagent 5 grandes thématiques qui me semblent nécessaires à la mise en place au sein d'une équipe de CMP d'un travail en réseau interdisciplinaire externe à l'institution hospitalière.

3.3.1 Le positionnement professionnel

Je retiens de ces entretiens l'importance d'un positionnement professionnel ferme. Il s'agit d'un positionnement professionnel individuel, de chaque acteur du service, mais aussi d'un positionnement professionnel de l'équipe, de la structure. Il apparaît en effet essentiel d'identifier clairement les missions du CMP et de ses professionnels : identifier ce qui dépend clairement d'un suivi en santé mentale. Ce positionnement s'acquiert par la mise de sens dans les réflexions et les décisions qui en découlent, c'est-à-dire en identifiant les besoins des patients, les objectifs à atteindre et les moyens pouvant être mis en place.

Cela permet d'asseoir son expertise, mais aussi de connaître ses limites et ainsi de faire appel à l'expertise des autres acteurs de terrain exerçant dans l'environnement du patient. Cela permet de gérer les nombreuses demandes émanant des usagers du CMP, comme des partenaires externes. Ce positionnement professionnel permet ainsi de mieux répondre aux missions propres du CMP, de ne pas prendre le risque de voir s'égarer les professionnels de santé vers des domaines qui ne sont pas de leur ressort et ainsi de se concentrer sur leur domaine d'expertise. Ceci favorise, de fait, l'implication professionnelle, avec une reconnaissance des compétences.

⁷⁰ Entretien avec le cadre de santé D

La prise en charge des patients est ainsi globale, avec l'expertise de chacun qui amène des informations différentes pouvant être croisées.

De plus, cela contribue à la déstigmatisation des personnes suivies en psychiatrie et favorise ainsi leur insertion dans la cité.

Les éléments développés dans mon cadre conceptuel sont donc confirmés par cette enquête de terrain. La mise de sens et le positionnement des professionnels de santé permettent d'éviter les dérives éventuelles du travail en réseau, tel l'encombrement ou la routine et favorisent l'implication professionnelle. Il est inévitable de cibler les connaissances par domaine et ainsi d'apporter une expertise. Mais il est nécessaire de partager cette expertise, afin qu'elle soit utile au plus grand nombre. Le décroisement des disciplines qu'offre le travail en réseau permet cette approche systémique, indispensable à la qualité et la sécurité des prises en charges des personnes suivies en santé mentale aujourd'hui. Il s'agit donc pour le cadre de santé d'amener l'équipe de CMP à avoir un positionnement professionnel clair et précis, qui participera à construire la cohérence des soins proposés au CMP, ainsi que la cohésion d'équipe.

3.3.2 L'organisation du travail

L'organisation du travail est mise en avant dans ces entretiens. En effet, les situations des patients sont souvent complexes, différents éléments influant les uns sur les autres. Ces éléments amènent donc à contacter différentes personnes travaillant sur d'autres lieux et ainsi trouver un temps commun à tous, ce qui n'est pas toujours évident. Dans ce contexte, où les partenaires sont souvent nombreux, l'objectif est de trouver le bon équilibre entre les missions concernant uniquement le CMP et l'institution hospitalière et celles concernant le travail en réseau.

Le travail en réseau nécessite une disponibilité des professionnels de santé du point de vue pratique, c'est-à-dire d'être en effectif suffisant et/ou d'avoir des plages horaires prévues pour ce type de travail par exemple. Mais cette disponibilité doit être également psychique. Comme une des cadres de santé le soulignait, il est difficile d'aller vers l'extérieur, en présence de difficultés internes. La disponibilité de l'équipe permet par ailleurs d'apporter, dans un délai raisonnable, une proposition aux demandes des usagers et des partenaires du CMP.

De plus, le système de référence, mis en place dans de nombreux CMP apporte une solution possible.

Il favorise ainsi l'expertise d'un groupe de personnes et permet une réponse rapide, grâce à une identification préalable des personnes ressources. Le cadre de santé doit toutefois veiller à ne pas cloisonner le CMP en recréant des poches d'expertises imperméables entre elles (fonctionnement en silos).

Il s'agit pour le cadre de santé d'être le garant de cette organisation. Il doit trouver un équilibre entre une souplesse de fonctionnement qui autorise cette disponibilité et une rigueur exigée par la complexité des situations. Toutefois, son rôle de s'arrête pas à une organisation logistique, le cadre favorise la disponibilité des membres de son équipe, en créant une dynamique d'équipe et un environnement favorable au travail en réseau et en interdisciplinarité. Le tout avec une communication circulaire fluide. Ainsi le « gardening management », semble être une réponse adaptée aux attentes d'organisation du travail en CMP. En effet, celui-ci favorise notamment l'environnement, l'écoute de son équipe, l'accompagnement de la croissance.

3.3.3 La formalisation par l'écrit

La formalisation, souvent perçue comme fastidieuse, permet d'énoncer clairement les missions du CMP et des professionnels de santé qui y travaillent. Cette formalisation peut prendre différentes formes : généraliste (le projet d'établissement), spécifique (procédure des accueils d'urgence) ou individuelle (les fiches de postes).

La formalisation par l'écrit donne une légitimité au projet, elle devient un outil auquel les professionnels peuvent se référer. Cet outil se construit en équipe pluridisciplinaire et aide à la formulation du positionnement professionnel. Cette formalisation participe à la communication interpersonnelle d'une équipe. C'est un outil fédérateur d'équipe.

De plus, la mise en forme écrite des projets permet aux nouveaux arrivants de prendre connaissance rapidement des projets en cours et de s'y inscrire.

La formalisation permet de donner corps aux projets de l'équipe en établissant les besoins, les objectifs et les moyens d'une prise en charge par exemple.

Elle est la mise en mots du positionnement de l'équipe, de la structure et de l'organisation adjacente. Elle répond également aux exigences de la législation française évoquées dans mon cadre conceptuel.

Le cadre de santé est le garant de cette formalisation avec le médecin référent du CMP. Il lui appartient d'apporter du sens à cette formalisation officielle et de garantir son élaboration et sa connaissance par les différents professionnels de santé exerçant au CMP.

3.3.4 Le besoin de concrétisation

Les professionnels de santé exerçant en CMP sont des professionnels de terrain. Ils travaillent avec des personnes en souffrance, que cette souffrance soit psychique, sociale et/ou physique. L'attente d'une réponse à ces souffrances est très importante et peut expliquer le besoin de concrétisation des projets ou des travaux engagés des professionnels de santé. Ils travaillent au quotidien avec de nombreux partenaires et les associent souvent au travail en réseau. La dissociation partenariat-travail en réseau est complexe et subtile. Sur le terrain, mis à part ponctuellement lors de certains évènements (type CLSM), les deux se mêlent. Je suis convaincue que le travail en réseau fait partie du quotidien d'une équipe de CMP, mais reste difficilement dissociable du travail de partenariat plus classique. Ainsi, le travail en réseau défini par Guy Le Boterf demande d'être concret au risque sinon de devenir routinier ou de ne mener à rien et d'entraîner ainsi la démobilisation de ses membres.

3.3.5 La communication

La communication est la clé de toutes les notions vues précédemment. C'est grâce à une communication fluide, que le travail en réseau interdisciplinaire et le positionnement professionnel sont effectifs. Elle permet le partage des expertises, celui des points de vue et des positionnements de chacun.

La communication orale est très importante dans l'institution hospitalière. Les échanges cliniques et institutionnels se font beaucoup en réunions formelles et collégiales. La communication informelle, entre 2 ou 3 professionnels de santé est également très développée.

Par ailleurs, les écrits sont de plus en plus présents, dus notamment à l'exigence de traçabilité dans le dossier des patients et à la législation française. Ces écrits sont un gage de qualité et de sécurité des soins.

3.4 La confrontation enquête/hypothèses

Pour conclure, ces 5 thématiques m'amènent à valider mes deux hypothèses de recherche :

- Pour mobiliser les soignants du CMP autour du travail en réseau interdisciplinaire en dehors du service, il est nécessaire de l'inscrire dans un cadre officiel (projet de service, projet de pôle, fiches de postes, etc.)
- La mise en place de temps dédiés au travail en réseau dans l'organisation du CMP permet de favoriser l'implication pérenne des soignants et donc la qualité du travail en réseau.

En effet, la formalisation, via un écrit officiel est l'expression d'un positionnement professionnel clair de la structure et de ses agents, ainsi que de l'organisation spécifique prévue pour répondre aux missions du CMP, dont un des moyens d'y répondre est le travail en réseau (mission de coordination entre les différents partenaires évoluant dans l'environnement du patient). Elle favorise ainsi l'implication des professionnels de santé en apportant, de fait, une mise de sens à leurs actions au CMP.

De plus, la formalisation fournit un cadre favorable à la communication entre les membres de l'équipe du CMP, afin d'adopter un positionnement cohérent auprès des partenaires externes. Elle permet ainsi de répondre à la demande de concrétisation du travail en réseau, exprimée par les professionnels de santé et par extension de les mobiliser dans ce domaine. En conclusion, la formalisation du travail en réseau procure un guide de prise charge en CMP en lien avec les partenaires extérieurs.

Par ailleurs, une organisation spécifique du temps de travail des professionnels de santé permet d'en dédier une partie au travail en réseau. En effet, le système de référence permet de concentrer l'attention des professionnels sur quelques domaines d'expertise et ainsi de redonner la souplesse nécessaire à leur emploi du temps pour mener à bien le travail en réseau. Toutefois, il faut garder à l'esprit que la mission prioritaire du CMP reste les soins directs et que, dans ce contexte, l'objectif est de trouver un équilibre entre les missions internes, l'institution hospitalière et le travail en réseau. Un des outils favorisant cet équilibre est le « gardening mangement » qui met l'accent sur l'environnement, l'écoute et l'accompagnement de l'équipe.

Conclusion

Le réseau se définit par la coopération de différentes personnes autour d'un objectif commun. En santé mentale, le travail en réseau implique de nombreux professionnels à travailler ensemble sur l'amélioration continue de la prise en charge des patients dans leur parcours de soins. Cette anticipation des besoins et cette recherche de solutions sont d'ailleurs très développées au sein de l'institution hospitalière.

Il va de soit que les soins proposés doivent se faire avec expertise et dans une recherche constante de qualité et de sécurité. Mais une personne utilisant les ressources de la santé mentale ne peut se réduire à ses troubles psychiques. Son environnement social, familial et somatique, notamment, sont à prendre en compte dans sa prise en charge. En effet, ces domaines ne sont pas isolés les uns des autres, une certaine perméabilité existe, avec des interactions permanentes.

Ainsi, travailler en réseau présente de nombreux avantages dont font partie (pour ne citer qu'eux) la prévention des troubles, leur détection précoce ou l'intégration du patient dans son environnement social. L'objectif final de ce travail en réseau est la prise en charge globale du patient aboutissant à un suivi mieux adapté et même à la déstigmatisation du suivi en santé mentale.

Afin de pouvoir mettre en place un travail en réseau efficace, il convient de s'extraire du cloisonnement disciplinaire existant. En effet, celui-ci favorise l'expertise individuelle mais défavorise les échanges. Dans le but d'accroître ces derniers, l'approche systémique nous encourage à la communication entre les différents systèmes de l'environnement d'une personne. La législation française fait de même, en définissant une de nos missions dans ce sens : « *la collaboration avec les autres systèmes locaux d'aide* ». Ainsi, travailler en réseau doit se faire « en dehors des murs » de l'institution hospitalière, en collaboration avec d'autres disciplines que la psychiatrie. Pour ce faire, des outils sont à notre disposition, tel le CLSM, mais j'ai rencontré peu de structures de santé mentale qui s'en saisissent. Cette réticence est souvent justifiée par un manque de disponibilité, ainsi qu'une insuffisance de sens et de concrétisation sur le terrain.

Dans ce contexte, je me suis attachée, dans ce mémoire, à déterminer comment le cadre de santé exerçant en CMP peut mobiliser les membres de son équipe dans le travail en réseau avec les partenaires de la cité.

Mes recherches m'ont amenée à élaborer 2 hypothèses autour de la nécessité d'une formalisation officielle du travail en réseau interdisciplinaire, mais également portant sur le besoin d'aménagement de temps dédié pour les professionnels de santé.

Afin de confronter ces hypothèses à la réalité du terrain, j'ai mené une enquête auprès de différents professionnels de santé exerçant en CMP, notamment des cadres de santé (complétée par une observation de 4 semaines sur un secteur de psychiatrie). Ainsi mes hypothèses se trouvent confortées par les professionnels de santé rencontrés. Toutefois, j'ai noté chez la plupart d'entre eux un amalgame entre travail en réseau et partenariat, défavorisant la mise en place d'un travail en réseau à proprement parlé.

Plus globalement, ce travail de recherche montre que les cadres de santé sont les garants de l'organisation du travail, ainsi que de sa formalisation et donc par extension du travail en réseau. Pour cela, le « gardening management » semble être une piste de travail pour le cadre de santé en CMP. En effet, ce mode de management est basé sur l'observation de l'environnement, de l'interaction de tous les éléments qui le définissent, ainsi que sur l'action du manager qui compose avec cet environnement et par lui, dans une écoute attentive et un accompagnement poussé des membres de son équipe.

Mais dans un contexte de contraintes externes au CMP (budgétaires notamment) et d'exigences croissantes d'efficience, d'autres questions se posent : comment le cadre de santé, gestionnaire de son service, peut-il trouver le point d'équilibre ? Le « gardening management » est-il applicable dans ce contexte ?

Bibliographie

OUVRAGES

- LE BOTERF Guy. *Travailler en réseau et en partenariat : comment en faire une compétence collective*. Ed. Eyrolles. Paris : Eyrolles, 2013, 174 p. (Collection Ressources Humaines)
- LEVY Albert, BARLES Sabine, GUILLERME André, et al. *Ville, urbanisme et santé : les 3 révolutions*. Edition Pascal. Paris : Edition Pascal, 2012, 316 p.
- PICARD Dominique, MARC Edmond. *L'école de Palo Alto*. Ed. Presses Universitaires de France. Paris : PUF, 2013, 127 p. (Collection Que sais-je, n° 3954)

CHAPITRES D'OUVRAGE

- COTE Christian. Historique de la systémique en santé mentale. In : LANDRY BALAS Louise. *L'approche systémique en santé mentale*. Ed. Les Presses de l'Université de Montréal. Québec : PUM, 2012, pp.11-60. (Collection Paramètres)
- LANDRY BALAS Louise. La communication, clé de voûte de tout système. In : LANDRY BALAS Louise. *L'approche systémique en santé mentale*. Ed. Les Presses de l'Université de Montréal. Québec : PUM, 2012, pp.61-78. (Collection Paramètres)
- BEAUSEJOUR Diane. La systémique dans l'organisation : un modèle pour l'avenir ? In : LANDRY BALAS Louise. *L'approche systémique en santé mentale*. Ed. Les Presses de l'Université de Montréal. Québec : PUM, 2012, pp.205-210. (Collection Paramètres)

PERIODIQUES

- FAUCON-MARTIN Hélène, HOVER Jacques, LE TULLE Edith, et al. Dossier : Réseau. *Soins psychiatrie*, 07/2013, vol. 34, n°287, pp.11-33.

- MOCQUET Rodolphe. L'interdisciplinarité au cœur d'un réseau de santé. *Soins Cadres*, 05-2014, vol. 23, n°90S, pp. 18-20.

MEMOIRE

- BORDES J-C. Le réseau en psychiatrie : Mission impossible ! Quelles difficultés pour les infirmières à travailler en réseau. Diplôme cadre de santé. Paris : Ecole Supérieure Montsouris, 2004, p.49.

DOCUMENTS ELECTRONIQUES ET SITES

- DUFOUR Barbara. *L'interdisciplinarité : approche interdisciplinaire et soins, les fondements de l'interdisciplinarité*. Recherche en soins infirmiers, 12-2004 n°79 - décembre 2004, pp. 4-11. Disponible sur
<<http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Rsi/79/4.pdf?8X911-93484-9J193-6879M-1Q340>>
(consulté le 12-11-2014)
- Interdisciplinarité. Disponible sur <
<http://fr.wikipedia.org/wiki/Interdisciplinarit%C3%A9>> (consulté le 12-11-2014)
- GROUTEL Emmanuel. *Parker Follett Mary : La facette méconnue du management jardiné*. Lavoisier, Revue française de gestion, 02-2014, n° 239, pp.13-29. Disponible sur
<http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=RFG_239_0013> (consulté le 21-02-2015).
- ROELANDT Jean-Luc, EL GHOUZI Laurent, GUEZENNEC Pauline. *Recommandations pour l'élaboration d'un Conseil Local de Santé Mentale*. Centre Collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale, 02-2013. Disponible sur
<<http://www.ccomssantementalelillefrance.org/sites/ccoms.org/files/Recommandationsf%C3%A9v13.pdf>> (consulté le 01-03-2015)

- SELLAMNA Nour. *Interdisciplinarité, concepts clés*. In : Ressources Pédagogiques ICRA. Disponible sur <http://www.icra-edu.org/objects/francolearn/ACFA0.pdf> (consulté le 13-01-2014).
- SURIG Emmanuel. *Les 5 axiomes de la communication selon Watzlavick*. In : Relation médecin-patient. Disponible sur <http://sftg-sciences-humaines.over-blog.com/article-23535197.html> (consulté le 17-02-2015).
- THIEBAUT Christian. *La patience du manager-jardinier*. L'Express-Roularta. L'Expansion Management Review, 04-2009, n° 135, pp. 114-120. Disponible sur www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=EMR_135_0114 (consulté le 21-02-2015).
- Site du Centre National de Recherches Textuelles et Lexicales, pour l'étymologie des mots. Disponible sur www.cnrtl.fr/ (consulté régulièrement de décembre 2014 à avril 2015)
- Site Manager Go. Dossier-Action commerciale. Méthode SMART. Disponible sur <http://www.manager-go.com/vente/methode-smart.htm> (consulté le 04-04-2015)

TEXTES LEGISLATIFS

- COUTY Edouard. *Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie*. Rapport présenté à Roselyne BACHELOT-NARQUIN, Ministre de la santé et des sports. 01-2009. Disponible sur http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Missions_et_organisation_de_la_sante_mentale_et_de_la_psychiatrie-2.pdf (consulté le 08-11-2014)

- MILON Alain. *Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales, relatif à la prise en charge psychiatrique des personnes atteintes de troubles mentaux*. Rapport du Sénat n°249. Disponible sur <http://www.senat.fr/rap/r12-249/r12-2491.pdf> (consulté le 14-12-2014)
- MINISTERE CHARGE DE LA SANTE, différentes lois, ordonnances et circulaires, disponibles sur <http://www.legifrance.gouv.fr/> (consulté entre novembre et mars 2015)
- MINISTERE CHARGE DE LA SANTE-MINISTERE CHARGE DES SOLIDARITES. Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015. Disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/plan-psychiatrie-et-sante-mentale-2011-2015.html> (consulté le 11-12-2014)
- Site de l'ARS Nord-Pas de Calais, concernant les missions des CMP. Disponible sur <http://www.ars.nordpasdecalais.sante.fr/Centres-medico-psychologiques.144892.0.html> (consulté le 15-01-2015)

Table des annexes

- **Annexe 1** : Retranscription de l’entretien de pré-enquête avec la coordinatrice de réseau **P2**
- **Annexe 2** : Synthèse de l’observation de terrain **P13**
- **Annexe 3** : Synthèse de l’entretien d’enquête avec le psychiatre **P18**
- **Annexe 4** : Retranscription de l’entretien d’enquête avec l’assistante sociale 2 **P20**
- **Annexe 5** : Synthèse de l’entretien d’enquête avec la cadre de santé C **P25**
- **Annexe 6** : Retranscription de l’entretien d’enquête avec le cadre de santé D **P32**
- **Annexe 7** : Livret d’accueil des étudiants du secteur observé **P39**

ANNEXE 1

Retranscription de l'entretien de pré-enquête avec la coordinatrice de réseau

J'ai rencontré la coordinatrice du réseau Atelier Santé Ville Paris **, qui s'est mis en place il y a 2 ans sur cet arrondissement. Elle a également été coordinatrice de réseau dans d'autres arrondissements depuis plusieurs années. L'entretien a duré 43 minutes

Moi :

Je vous ai contactée dans le cadre de mon mémoire de fin d'études pour l'école des cadres, mémoire que je fais sur le travail en réseau en psychiatrie, puisqu'on s'était déjà rencontrée déjà l'année dernière. C'est quelque chose auquel je crois particulièrement, qui est assez peu développé quand même en psychiatrie, en tout cas de là où je viens.

Coordinatrice :

Ca commence.

Moi :

Ca commence (rire). Je m'intéresse notamment aux freins du travail en réseau pour comprendre un petit peu dans quel cadre, dans quelle mesure le cadre de santé peut intervenir. Donc en tant que coordinatrice de réseau et notamment de l'Atelier Santé Ville Paris **, je trouvais intéressant d'avoir votre point de vue et donc je voulais savoir notamment comment vous aviez développé les Ateliers Santé Ville du **^{ème} arrondissement de Paris ?

Coordinatrice :

D'accord, alors en fait c'est une dénomination qui s'appelle Atelier Santé Ville. Il y en a un par arrondissement, donc vous pouvez trouver des informations par rapport au cadre législatif et à l'historique des Ateliers Santé Ville au niveau national sur un site qui s'appelle la Plateforme Nationale Ressource Des Ateliers Santé Ville, qui regroupe à peu près les 300 ateliers santé ville nationaux, qui explique tout ça. Mais par exemple sur le **^{ème} arrondissement, il n'y a qu'un Atelier Santé Ville. En fait, il s'agit d'une démarche de coordination, alors ça prête un petit peu à confusion par rapport au nom, comme vous l'avez utilisé au pluriel, il n'y en a qu'un. Il n'y a qu'une coordinatrice et qu'un Atelier Santé Ville par arrondissement où se trouvent des quartiers prioritaires de la politique de la ville. Parce qu'en fait c'est le volet santé des contrats urbains de cohésion sociale, qui vient renforcer la cohérence entre les acteurs et les actions de santé d'un territoire défini dans le cadre de la politique de la ville.

Il s'agit en fait d'une base de travail avec essentiellement des objectifs méthodologiques qui se basent sur la santé communautaire, dans laquelle l'ingénierie de projet, la méthodologie de projet est particulièrement importante notamment autour de ce qui est :

- l'observation et la prise en compte des besoins et des demandes au niveau local, ainsi que des ressources,
- du travail en partenariat, de l'intersectorialité, donc pas uniquement avec les acteurs du domaine sanitaire, mais aussi social, insertion, logement, etc.
- d'être dans une démarche de co-construction que ce soit avec les professionnels ou avec leurs usagers,
- et d'accorder une importance particulière à l'évaluation des projets.

Donc pour nous, le travail en réseau est une méthode aussi pour atteindre ces objectifs, dans la mesure où sur un territoire notamment comme le 11^{ème}, et puis le 12^{ème}, moi j'ai démarré l'ASV du 11^{ème} arrondissement avant de venir sur le 12^{ème} arrondissement, il y a une foule d'acteurs, que ce soit associatifs, institutionnels, libéraux, collectifs, etc., qui travaillent sur un même territoire, voir dans une même rue ou quartier et qui ne savent pas très bien qui fait quoi. Voilà. Le fait est que le nombre et l'ampleur de ces territoires a donc une incidence, 11^{ème}-12^{ème} c'est à peu près un tiers des territoires qui sont prioritaires, donc sur 200 000 habitants, on est entre 70 et 80 000.

De plus, il y a un turn-over assez important des acteurs, car c'est une zone de travail un peu difficile, que ça soit au niveau des moyens, que ça soit au niveau du public, des situations. Les gens ne restent pas forcément des années et des années, donc ce n'est pas tout de se connaître, il faut aussi qu'il y ait une volonté politique des structures, une volonté, plus que politique, stratégique des structures de travailler ensemble. Parce que, il ne faut pas que ça soit une question de personne, ce n'est pas parce que vous êtes sympa, que je vous connais que du coup on va travailler ensemble. Il faut que le chef de service de M**** B**** et la coordination des Ateliers Santé Ville de la mairie de Paris ou de l'Etat puissent dire : « il faut qu'on développe des modalités de partenariat entre ces différents acteurs ». C'est pas toujours le cas, mais bon, on essaie de tendre vers ça, mais c'est vrai que c'est souvent personno-dépendant, mais du coup le fait d'avoir une échelle locale permet de valoriser ça.

Donc c'est aussi ce qui caractérise les Ateliers Santé Ville, c'est aussi une approche de proximité, donc on développe ce travail en réseau et partenariat autour de thématiques qui sont prioritaires, selon les politiques nationales ou régionales de santé. L'idée étant que ça fait partie de la méthodologie de projet, c'est l'observation locale des demandes, des besoins, en général, on n'est pas très loin des politiques nationales de santé, on les retrouve dans les quartiers de façon plus ou moins aigüe. Et en fait c'est cette mise en commun de constats, cette observation partagée, la définition d'objectifs spécifiques à ces différents acteurs et la recherche de solutions et la mise en œuvre de projets qui va nous rassembler.

Donc ce qu'on appelle de façon un peu généraliste « travailler en réseau, partenariat » est une étape vers d'autres axes de travail que peuvent être des groupes de travail ou des groupes projets, par rapport aux ateliers santé ville ça peut être les deux un groupe de travail peut se mettre autour de la table, autour d'une problématique spécifique et ses réflexions peuvent aboutir à la mise en place de projet.

Donc je pense que ce qui est important c'est qu'on ne soit pas uniquement dans les échanges théoriques et l'intellectualisation des problèmes, mais qu'on passe à quelque chose d'opérationnel et c'est vrai que le niveau local de l'ASV le permet.

En l'occurrence, on travaille avec les secteurs de psychiatrie beaucoup mieux à partir du moment où on a commencé à avoir un projet concret sur lequel on puisse réfléchir ensemble et mettre en œuvre ensemble, qui est le projet Santé Sociale ^{2ème}, issu du groupe de travail Santé Logement, issu lui-même du Conseil Local de Santé Mentale.

Historiquement ce Conseil Local de Santé Mentale était essentiellement piloté par la mairie d'arrondissement, par l'adjoint à la santé. Depuis plusieurs années, il y a un comité de pilotage qui s'est mis en place, qui fait qu'on partage un peu plus la réflexion, les priorités et l'organisation des différentes séances. Et du coup, dans ce comité de pilotage, il y a la fois la mairie, les secteurs de psychiatrie, enfin des représentants des secteurs de psychiatrie, il y a un représentant du point Paris Emeraude CLIC, il y a un représentant des services sociaux, il y a l'ASM² et du coup c'est vrai que les personnes, à partir du moment où elles sont associées à la réflexion et à la construction, elles ont plus envie de travailler. Il ne s'agit pas juste d'assister à une réunion et de voir ce qu'il se passe et puis voilà. L'idée était qu'on écoute tout le monde, qu'on prenne en compte les différents besoins et qu'on arrive à mettre en évidence l'intérêt de travailler en réseau. et c'est vrai que jusqu'à présent, sur le ^{2ème} arrondissement, il y a 3 secteurs de psychiatrie et c'était pas forcément très en partenariat, ni même entre eux puisque voilà il y a déjà tellement de choses à faire que c'est chacun sur son territoire, cloisonné, mais pas forcément de mauvaise volonté, mais parce que voilà, on a le nez dans le guidon, on travaille sur nos missions de base et on ne peut pas aller plus loin. Et c'est vrai que ce projet là, même si on a une dimension arrondissement, a permis d'articuler différents territoires. Donc les territoires des secteurs de psychiatrie, les territoires des services sociaux, les services sociaux sur le ^{2ème} c'est divisé entre département et ville, il y a la DASES pour le département qui a une partie du ^{2ème} et le CASVP (centre d'action social de la ville de Paris) qui a une autre partie, les territoires des bailleurs sociaux qui sont différents aussi. Tout ça se superposant, on a vu, on a essayé de croiser un peu les besoins des membres sources pour voir où est-ce qu'on converge et comment on peut travailler mieux ensemble et du coup, je pense qu'au-delà des réunions thématiques, sur le Conseil Local de Santé Mentale ça nous arrive de faire la réforme de la psychiatrie, le fonctionnement du SIAO des trucs un peu généraliste, là on était à la fois sur resserrer un peu le partenariat, échanger sur des thématiques précises, voir comment on améliorer l'accès et le maintien dans le logement des personnes en souffrance.

Je pense que c'est ça aussi qui a plu, parce que au-delà de mieux se connaître, il s'agit de voir comment on travaille ensemble et comment est-ce qu'on mélange des cultures aussi, comment est-ce qu'on apprend à avoir une culture commune, à parler la même langue. Vous, vous ne parlez pas la même langue que la conseillère en économie sociale familiale, ni même que la mienne. Du coup, c'est vrai que ça a été différentes étapes, mais je pense que le fait d'être autour d'un projet concret et de sa mise en œuvre a pas mal aidé. Et que du coup, au-delà des 3 secteurs qui commencent à se connaître maintenant un peu mieux, puisqu'ils se réunissent tous les mois, il y a une meilleure connaissance des autres acteurs. Donc voilà.

Moi :

Donc si j'ai bien compris la demande est venue de la mairie ?

Coordinatrice :

Non, c'était pas une demande de la mairie. En fait, on était autour du comité de pilotage avec cet objectif de travailler autour du logement comme déterminant de la santé, qui correspond à l'approche atelier santé ville où on essaie de voir tout ce qui influence la santé au-delà de l'offre de soins. Et en l'occurrence, le logement, l'hébergement est apparu comme un facteur assez important en santé et en santé mentale qui méritait d'être abordé. Donc on a fait un planning de travail avec différentes sessions d'information sur différents sujets, dont un autour des bailleurs sociaux, parce que voilà sur le **^{ème} arrondissement il y a 30 000 logements sociaux. Il y a des situations particulières, de vulnérabilité sociale des personnes qui sont suivies par les secteurs de psychiatrie et qui sont souvent logées dans les logements sociaux. Et du coup c'était une demande des bailleurs sociaux, des services sociaux d'échanger sur ces sujets là, la mairie a mobilisé, elle la délégation territoriale de Paris de l'AORIF, qui est en fait ce qui regroupe les différents bailleurs sociaux de l'Ile de France. Et du coup, on s'est basé sur la méthodologie de projet besoins-demandes. Une enquête a été proposée au niveau des bailleurs sociaux sur les difficultés qu'ils rencontraient dans ce domaine là. Concernant le secteur de psychiatrie, il y a eu des informations données par Mme F***, concernant les problèmes de logements des personnes suivies par M*** B*** dans le **^{ème}. Croisant ces différentes données, ça a donné lieu à un groupe de travail qui s'est appelé Santé Logement qui a voulu réfléchir sur, suite à ces constats, qu'est-ce qu'on peut faire ? Quels objectifs plus stratégiques on peut se donner ? Comment est-ce qu'on peut mettre en place un projet ?

C'est parti du versant social logement. Au départ les secteurs étaient plutôt dans « et nous, dans l'histoire qu'est-ce qu'on gagne ? ». Ben dans l'histoire, on gagne que les patients soient mieux suivis, à connaître mieux, est-ce que le travailleurs social du CMP connaît le travailleur social de secteur, du bailleur, à ce qu'on ne soit pas uniquement dans la gestion de crise et qu'on arrive à la procédure d'expulsion et à la catastrophe, tout l'immeuble qui veut le lyncher le pauvre monsieur etc., mais dans une démarche de mieux travailler ensemble en amont, donc de prévention et d'anticipation

des situations. Et que du coup, voilà, par la même il y ait un meilleur maintien dans le logement, voir, mais le projet n'est pas terminé, que l'accès puisse être amélioré. C'est vrai que les différentes personnes qui font partie des commissions logements, puisque c'est pluridisciplinaire, puissent être rassurées quand elles voient qu'il y a déjà des référents ou un réseau qui existe et que du coup, un logement peut être attribué à une personne parce qu'il y a le CMP et en lien avec le travailleur social, que les loyers seront payés, qu'il ne va pas jeter des choses par la fenêtre, etc. Et que du coup, l'accès puisse être aussi facilité, sachant que le logement social sur Paris est un vaste sujet, mais que concernant les personnes malades, c'est encore plus compliqué, donc cela mérite qu'on s'y attarde.

Que chacun y trouve son intérêt, les premiers ont été les logements et les acteurs du logement et les travailleurs du social, mais les secteurs de psychiatrie quand on l'a présenté, ont trouvé ça également intéressant et du coup ont souhaité s'y associer aussi.

Moi :

Et du coup, quels ont été un peu les leviers, les personnes aidantes pour créer ce réseau ?

Coordinatrice :

Pour la psychiatrie ?

Moi :

Oui

Coordinatrice

Alors pour la psychiatrie, clairement, ça a été une question de personne et de culture partenariale de ces personnes, que sont des acteurs du Conseil Local de Santé Mentale qui venaient auparavant déjà aux réunions. Notamment, une structure médico-sociale, qui s'appelle La M****, via A** G****, qui participe depuis longtemps au comité de pilotage et au Conseil Local de Santé Mentale plénière et qui fait partie de l'ASM**, qui a donc un peu cette double casquette à la fois soignant et associatif et qui nous a soutenu. Au-delà de ça, ça a été le docteur T*** qui nous a permis de contacter les différents chefs de secteur, puisqu'elle-même est issue d'une formation où là aussi le partenariat est important, elle a trouvé qu'il était intéressant d'associer les différents partenaires. Et du coup, on a fait un projet très formel au début dans sa présentation où on voulait avoir l'aval et la bénédiction en fait des différents partenaires en haut lieux. Donc on a fait des présentations aux réunions de la délégation de Paris de l'AORIF, on a fait une présentation aux différents chefs de secteur de psychiatrie, donc au-delà des personnes qui nous ont introduit, on a refait le chemin du haut vers le bas, pour leur présenter tout ça. Et la légitimité de ce projet, en fait, a vraiment été acquise à partir du moment où on a terminé d'écrire le projet, où M** B*** a accepté de le porter, d'en être l'administrateur et de faire une demande de financement, qui a été approuvé, à la Fondation de France. Voilà.

Ca a été les vrais leviers, à la fois les personnes, la légitimité, l'écriture, la demande de financement, la mise en œuvre, etc.

Moi :

Et quelles ont été les difficultés ?

Coordinatrice :

Les difficultés ? Ben c'est ce que je vous disais au début, quoi, c'est que, bon, qui y trouve quoi dans ce projet ? On s'est quand même réunis pendant à peu près un an en groupe de travail tous les mois pour travailler écrire, etc., etc. Donc, voilà.

Moi :

Il n'y a pas eu des réticences, sous forme de temps ou autres ?

Coordinatrice :

Si si si, ben si. Au début, les premières sessions, au début, il n'y avait pas beaucoup de responsables de CMP et il y a avait plus de travailleurs sociaux des CMP que de cadres ou de personnels soignants. Parce que voilà, « bon d'accord on est concerné en tant que secteur de psychiatrie mais c'est l'assistante sociale qui y va parce que c'est un problème social ». Et du coup, parfois, c'est vrai que c'est un peu dommage, mais ça a évolué au fur et à mesure de l'année et après je pense que c'est un petit projet pilote sur deux ans, il faut qu'on fasse un guide, il faut qu'on fasse une journée de restitution. Je pense qu'il faut qu'on envisage des outils d'évaluations plus fins que ceux qu'on a jusqu'à présent et qu'on fasse à moyen et long terme une évaluation sur à la fois le projet et les méthodes et que du coup on voit comment est-ce que ça se pérennise sans financement et avec ce qu'on souhaite mettre en place qui est une charte de partenariat, avec des réunions régulières sans financement en dehors du projet avec ce qu'A*** appelle des points secteurs autour de problèmes, thématiques etc. Et comment est-ce que ça continue à être dynamique, à vivre de sa propre vie ? Donc on va voir.

Non mais effectivement les freins c'est que les gens changent, dès qu'on a une bonne volonté, elle part en formation (rire). Que les gens sont saturés un peu des réunions parce qu'ils en font pas mal. Donc voilà, la vie ...

Moi :

Les convaincre finalement de la légitimité du projet.

Coordinatrice :

Oui, les convaincre de la légitimité et aussi s'adapter nous par rapport aux disponibilités, aux temps, faire des réunions dans des endroits qui intéressent. On a essayé de se déplacer pour que les gens se connaissent mieux aussi, etc.

Voilà, être à la fois flexible, mais structuré. Essayer d'avoir une méthodologie qui puisse permettre des échanges, on avait en général une première partie de table ronde et ensuite des échanges de pratiques pour que les gens soient dans le concret. Voilà, faut faire un peu de tout pour être dans les différentes cultures. Bon, on n'a pas fini d'évaluer, donc je vous dirais ce qu'il en est après, mais je pense que par rapport aux retours qu'on a pour l'instant et à la fréquentation des groupes, pour l'instant les gens, la première réunion, on avait, je sais pas, 20-30 personnes, la 2^{ème} il en a eu 50 et on a du dire « non c'est pas possible ». Parce que les échanges étaient trop riches par le nombre, il fallait qu'on réduise pour que cela garde sa qualité.

Moi :

Et donc vos interlocuteurs privilégiés dans les CMP ?

Coordinatrice :

Alors, dans le cadre de ce projet là, on va passer dans un premier temps par les responsables de secteur, ensuite les responsables de CMP et ensuite, j'avoue que c'est une question de personnes. L'idée idéaliste de départ était qu'on ait un travailleur social, un soignant et un cadre. Voilà, c'était la base. Après on ne peut pas obliger à participer.

Moi :

Du coup je voulais savoir qui participe aux réunions ?

Coordinatrice :

On a une certaine flexibilité. Ca n'a jamais été comme ça tout le temps. Par exemple, on a le médecin de T**** qui est venu plusieurs fois, le docteur Cu***. Les travailleurs sociaux sont venus assez régulièrement et ils y en a certains qui viennent au Conseil Local de Santé Mentale. Les cadres, de temps en temps ... Mais par exemple les deux médecins des autres secteurs ... une fois le docteur Ca*** est venu au comité de pilotage, quand même. Mais vous, votre docteur, il n'est jamais venu (rire)

Moi :

Non mais c'est vrai qu'il partait à la retraite

Coordinatrice :

Il partait à la retraite et il m'a invitée tout de même à venir présenter la cartographie et le projet.

Moi :

C'est vrai que le contexte est parfois compliqué, il faut en tenir compte. Et au niveau des infirmiers ?

Coordinatrice :

Au niveau des soignants, il faut que je regarde la liste, je ne me souviens plus, mais cela va faire partie de l'évaluation que l'on va faire aussi sur la composition des groupes sur l'année.

Moi :

J'avais remarqué effectivement que les assistants sociaux ont vraiment ça, le fait d'aller travailler en réseau. Quelque chose qui est une nécessité chez eux mais qu'ont moins les infirmiers. Ils l'ont à l'intérieur de l'hôpital, de l'institution mais travailler en dehors du champ sanitaire, c'est ...

Coordinatrice :

C'est un peu plus compliqué. Est-ce qu'ils n'y voient pas d'intérêt ? Et pourquoi n'y voient-ils pas d'intérêt ? Est-ce qu'il n'y en a pas ? Ils ont déjà leurs missions en restant au sein de leur structure ? Ou est-ce que c'est nous qui n'arrivons pas à leur montrer l'intérêt que cela peut leur apporter pour eux spécifiquement ? Peut-être qu'il faudrait une enquête plus spécifique sur eux, sur leurs besoins, sur leurs demandes pour qu'on y réponde mieux. C'est quelque chose que l'on rencontre globalement, c'est pas pour vous rassurer ou défendre le secteur médical, mais c'est quelque chose qu'on rencontre plus dans les acteurs sanitaires, que les autres. Par exemple, c'est beaucoup plus facile pour moi de travailler avec les centres sociaux, les antennes jeunes, les bailleurs sociaux, tout le monde « mais bien sûr le travail en réseau, bien sûr les projets de santé », etc.

Les médecins libéraux ...pfff ... c'est juste ... c'est très compliqué. Ce n'est pas spécifique à la psychiatrie, c'est spécifique aux gens qui travaillent dans la santé. Après il y a toujours quelques exceptions, quelques médecins libéraux qui ont fait une MSP là-haut, hyper-motivés et qui sont dans tout, les centres de santé, par exemple, les responsables de centres de santé que ce soit rue de B**** ou à la Croix Rouge, avec qui on travaille très bien. Mais cela reste difficile avec la majorité des libéraux, avec les paramédicaux libéraux aussi, avec l'hôpital.

Avec l'hôpital aussi, c'est une question de personnes, on travaille bien avec le service social de la maternité, par exemple, voilà. C'est la porte d'entrée pour prendre en compte les difficultés. Mais c'est vrai que les acteurs de la santé sont encore dans leur monde et ne voient pas encore bien ... Ou ils le voient mais ils ont pas le temps de s'y consacrer, voilà. Je ne sais pas ... Mais c'est plus difficile.

Après je pense qu'il y a aussi une question de formation, de formation en santé publique, sur les inégalités sociales de santé. C'est assez récent, c'est pas dans la culture de tout le monde.

Moi :

Et puis l'hôpital est un lieu assez fermé, historiquement et je ne parle même pas spécifiquement de la psychiatrie.

Coordinatrice :

Ben oui, c'est un lieu de soins, avec ses blouses blanches, ses codes

Moi :

C'est un vase clos, qui commence à s'ouvrir par nécessité, mais c'est vrai que c'est compliqué.
Moi je l'ai bien senti, avant là où je travaillais, quitter l'institution n'est pas une évidence ...

Coordinatrice :

Et laisser rentrer quelqu'un d'autre encore moins (rire). Je suis d'accord. Il faut que cela évolue, qu'on tire les leçons des expériences pour aller en s'améliorant.

Moi :

Je vais aller voir en CMP pour essayer de comprendre pourquoi ;

Coordinatrice :

Carrément. Et votre mémoire, c'est sur les difficultés du travail en réseau ?

Moi :

Oui, notamment sur la mise en place d'un travail en réseau, lié à cette expérience que j'avais eu avec vous, où les assistants sociaux m'avaient sauté dessus en me disant « oui oui oui, nous nous nous ! », les quatre étaient intéressés et je leur avais dit qu'une seule personne pouvaient participer et du coup ils avaient mis en place un système de référence et de tournée.
Les infirmiers et les médecins, pas opposés dans l'absolu, mais « faites, pas moi ». Et pourquoi pas eux ? Aujourd'hui on ne peut pas ... surtout si on veut dé-stigmatiser la psychiatrie, si on veut avoir une prise en charge globale, cohérente, basée sur l'ambulatoire, le CMP devient le centre névralgique des prises en charges.

Coordinatrice :

Tout à fait !

Moi :

On ne peut pas travailler sans les bailleurs sociaux, sans les associations culturelles, sans les GEM, sans la police, sans tout le monde.

Coordinatrice :

Exactement !

Moi :

Surtout nous la psychiatrie, où les pathologies ont une répercussion sur l'ensemble de la vie.

Coordinatrice :

Et réciproquement !

Moi :

Exactement, c'est vraiment le principe de la systémie ... Et vous avez développé, fait d'autres travaux en réseaux ?

Coordinatrice :

Sur les autres thématiques de l'Atelier Santé Ville, j'ai un groupe de travail autour de la santé des femmes, qui se réunit depuis 5 ans, avec même configuration : associatifs, institutionnels, santé, social, jeunes, etc.

On rencontre quand même moins de difficultés, moins d'obstacles qu'avec les auteurs de la psychiatrie. Après, on constate le même manque de certains acteurs clés, notamment les libéraux, ou alors c'est toujours les mêmes. Après, ce qu'il faut voir c'est que ça commence à se mettre en place. Des projets, comme l'Atelier santé Ville, ça a 5 ans, c'est jeune. Le temps de se faire connaître, de montrer ce qu'on peut faire, de se valoriser. On rencontre mais de façon un peu moins aigüe les mêmes freins au niveau de la fréquence des acteurs, mais je pense que c'est une thématique qui est plus facilement abordable, plus concrète pour les personnes, plus facile à discuter, moins ... c'est pas tabou, mais la psychiatrie ... nous on l'aborde sous l'angle santé psycho-sociale, parce que la souffrance, le mal-être, ce n'est pas que la pathologie, mais même ça, c'est ... ça reste, par quel bout on le prend ? Comment on travaille ? C'est vrai qu'à part par le Conseil Local de Santé Mentale, c'est une thématique qu'on aborde de façon plutôt transversale dans les projets.

Quand on a présenté, qu'on est allé avec A*** T***, au Conseil Local de Santé Mentale du ***^{ème} arrondissement, présenter le projet de santé sociale : en gros voilà, les objectifs, c'est améliorer l'accès au logement, ensuite développer le partenariat, échange de pratiques sur certains sujets, élaboration d'un outil de travail type guide. Et il y a quelqu'un qui nous a dit « mais c'est tout ? » oui mais c'est déjà beaucoup (rire). Non mais il s'attendait à un grand machin, etc. Mais c'est déjà beaucoup de choses et ça correspond à la demande : rien que savoir qui fait quoi comment, déjà on peut travailler longtemps.

Moi :

Déjà mettre un visage sur les personnes qu'on peut être amené à contacter, un nom que l'on connaît vaguement. Se faire connaître aussi. J'ai rencontré une psychologue qui travaille pour une association en lien avec un centre d'action sociale, elle m'a dit que les assistants sociaux, lorsqu'ils font face à un usager qui leur pose une difficulté ou question, ils n'osent pas venir nous voir ou nous appeler au CMP pour nous en parler. C'est très clivé, on a ce côté un peu hermétique, qui est une aberration à mon sens.

Coordinatrice :

Après c'est vrai que comme vous dites, les soignants disent : « c'est bien, faites, mais sans moi », c'est une façon de mettre une grosse barrière, car on se dit je ne vais pas l'appeler puisque cela ne l'intéresse pas ... Je pense qu'il y a un problème au niveau des missions et des objectifs, qu'on ne leur a pas appris ça faire autrement.

Mais ça bouge, les CLSM sont un bon levier pour ça

Moi :

Il y a des personnes des CMP qui y participent ?

Coordinatrice :

Oui tout à fait, il y a A** de La M****, le docteur Cu*** une fois était venu, An**. fait partie du comité de pilotage. Après, il y a d'autres personnes, mais je ne saurais pas vous dire qui exactement, des travailleurs sociaux de T***** et quelques soignants. Il faudrait vérifier la liste. La culture partenariale est plus développée à T***** (rire).

Moi :

Bon nous avons terminé, je vous remercie pour le temps que vous m'avez accordé.

ANNEXE 2

Synthèse de l'observation de terrain

Ceci est la synthèse de mon observation de terrain, pendant 4 semaines de stage, auprès d'un cadre de santé exerçant en ambulatoire depuis 5ans. Ce cadre de santé a la responsabilité d'un CMP et d'un service de Soins A Domicile (SAD) qui sont complémentaires dans les propositions des prises en charge des patients. L'équipe du Centre d'Accueil et de Crise, situé sur le même lieu, est aussi en étroite collaboration avec ces deux services (mais sous la responsabilité d'un autre cadre de santé).

Question 1

Quelles sont les missions de votre CMP ?

Observation

Le secteur ****G**** a une organisation de soins spécifique. EN effet, L'équipe du CMP est composée de médecins, de psychologues, d'assistantes sociales, de secrétaires et d'un cadre de santé. Aucun professionnel paramédical n'y exerce. Ceci en fait un lieu de consultations médicales et sociales, ainsi que de suivi psychothérapeutique.

En revanche, l'équipe du CMP travaillent en étroite collaboration avec les équipes du CAC (pour la gestion et la délivrance des patients moins autonomes) et du SAD (pour les suivis à domicile), ainsi que d'assurer les soins infirmiers en ambulatoire (suivi des prises en charges des patients de l'ensemble du secteur : Traitements per os journaliers /semainiers, injections retards, prises de constantes, etc.)

Les missions du service de SAD sont d'assurer l'évaluation clinique, le suivi et l'accompagnement des patients à domicile, dans un contexte en découlant très particulier. L'objectif initial est de prévenir une rechute trop rapide, à un moment où le patient est encore fragile et présente une instabilité qui pourrait le conduire à une nouvelle hospitalisation.

La Visite A Domicile, qui est l'acte le plus effectué par les infirmiers du SAD, garantit à certains malades la préservation d'une relative autonomie face aux difficultés qu'ils rencontrent pour organiser leur existence au quotidien.

Question 2

Comment répondez-vous à ces missions au CMP, notamment en termes d'organisation ?

Observation

Il s'agit d'une organisation particulière, avec des tâches définies à l'avance pour chacun des professionnels de santé.

Les professionnels du CMP assurent des consultations sur rendez-vous du lundi au vendredi de 9h à 17h, les infirmiers du CAC assurent une permanence des soins 24h sur 24, avec une plage horaire de 8h à 20h pour la gestion des traitements et les infirmiers du SAD organisent les VAD et les accompagnements sur rendez-vous une fois par semaine ou tous les 15 jours, avec les patients.

Question 3 :

Est-ce que toutes ces missions et les moyens évoqués sont formalisés dans un écrit ?

Observation

Un projet de pôle a été écrit à l'arrivée du nouveau chef de pôle en 2011. Et les cadres de santé du secteur ont également rédigé un livret d'accueil des étudiants et des nouveaux arrivants, regroupant toutes les structures du secteur, ainsi que leurs missions.

Question 4

Est-ce que l'écrit où sont formalisées les missions du CMP, détaille aussi celle de chaque intervenant ?

Observation

Ces écrits décrivent la constitution des différentes équipes de soins de chaque structure, sans toutefois préciser les missions de chacun. Les fiches de poste sont élaborées dans ce sens là.

Question 5

Existe t'il un projet formalisé du CMP ?

Observation

Non, pas spécifiquement.

Question 6

A quand remonte la diffusion de cet écrit ?

Observation

Le projet de pôle date de 2011 et le livret d'accueil des stagiaires et des nouveaux arrivants de 2014.

Question 7

Comment ont-ils été élaborés ?

Observation

Pour le livret d'accueil, il s'agit d'un travail d'élaboration et de réflexion de l'ensemble de chaque équipe. Les cadres de santé ont rédigés le document en le soumettant ensuite aux équipes.

Pour le projet de pôle, les médecins, la cadre supérieure de santé et les cadres de santé ont participé à son élaboration.

Question 8

Comment est assurée la diffusion des missions du CMP

Observation

Via ce document qui est à la disposition de chacun, en version numérique et version papier, et pendant des différentes réunions de service, de façon informelle et indirecte lors des réflexions sur les prises en charge des patients qui sont évoqués.

Question 9

Existe-il des partenariats sur le CMP ?

Observation

Oui de nombreux partenariats sont mis en place dans le secteur : notamment avec la Mairie, une maison de retraite voisine, le CCAS, les bailleurs sociaux, la police, différents SAMSAH et SAVS, des ESAT, les instances de tutelles, mais aussi des associations culturelles de la ville, la maison des jeunes, etc.

Question 10

Quels sont les atouts de ces partenariats pour le travail en réseau ?

Observation

Ils sont la base du travail en réseau. Les différents membres qui constituent ce réseau. Ces partenariats, font partie du réseau, il est difficile de dissocier les deux dans ce secteur, car à chaque rencontre, même si elle a lieu spécifiquement pour un patient, la généralisation d'un fonctionnement est souvent abordée.

Question 11

Comment organisez-vous le travail en réseau au sein de notre CMP ?

Observation

Il fait partie du quotidien. Chaque professionnel est très autonome, mais le cadre de santé est souvent la personne qui diffuse les informations concernant d'éventuelles rencontres interdisciplinaires. L'équipe réfléchit ensuite à la pertinence de participation pour chaque catégorie professionnelle (médecin, infirmier, assistant social, ergothérapeute, cadre de santé, psychologue) et généralement, un représentant de chaque catégorie professionnelle dont la participation a été soulignée comme nécessaire, se désigne.

Question 12

Combien de temps représente le travail en réseau ?

Observation

Il est sous-tendu au quotidien. Toutes les prises en charge sont construites en collaboration ou du moins en tenant compte des différents acteurs, gravitant dans l'environnement des patients. Quasiment chaque jour l'équipe se retrouve en contact au moins téléphonique avec l'un de ses partenaires. Le travail en réseau est latent dans chaque prise en charge.

Ensuite, de façon plus formalisée, des rencontres sont organisées plusieurs fois par an, la fréquence varie selon les partenaires. Par exemple, avec la mairie, des CLMS sont organisés tous les 2 à 3 mois, ainsi que pour les RESAD.

Pour la maison de retraite voisine, des rencontres tous les 6 mois sont prévues. Les différents partenaires organisent souvent une journée porte ouverte dans l'année, journées auxquelles essaient de participer des membres de l'équipe.

Question 13

Comment se fait la diffusion des informations issues de ce travail en réseau ?

Observation

La diffusion des informations se fait essentiellement à l'oral, lors des réunions d'équipe. Celles-ci sont quotidiennes pour l'équipe du SAD par exemple, qu'elles soient cliniques ou institutionnelles. Une réunion médecins-cadres est organisée 2 fois par mois, et une réunion concernant le CMP, ouverte à tous, a lieu 1 fois par mois.

Les échanges se font essentiellement à ce moment là, ainsi que lors d'échanges informels souvent en duel dans un couloir ou un bureau.

Par écrit, les informations concernant les patients sont également retranscrites dans leurs dossiers et un rapport d'activité annuel rassemble toutes les participations aux rencontres interdisciplinaires.

Question 14

Quelles difficultés rencontrez-vous pour mettre en place le travail en réseau ?

Observation

Le plus souvent, le manque de temps est mis en avant. Les emplois du temps sont très chargés avec les rendez-vous pris. Le cadre de santé est souvent celui qui peut le plus facilement se détacher pour participer aux différentes rencontres en dehors de l'institution. Les infirmiers participent à la demande du cadre de santé si l'effectif le permet. La priorité est donnée aux soins. J'ai noté que pour les infirmiers, travailler au quotidien sur des temps courts et concrets, faisait partie de leurs pratiques, mais qu'il était plus difficile de les impliquer dans les rencontres plus formelles, moins concrètes aussi. Souvent, les infirmiers mettent en avant le manque de temps, ainsi que de sens. Pour eux, s'ils ont besoin d'une information ou d'en transmettre une, ils se mettront directement en contact avec la personne concernée.

Ponctuellement en fonction de l'effectif, les infirmiers participent volontiers, mais ils ne souhaitent généralement pas faire plus d'une ou deux réunions dans l'année. Beaucoup estiment que ce n'est pas leur rôle, que cela concerne plutôt le médecin et le cadre de santé.

Question 15

Quelles actions seraient à mettre en place pour améliorer le travail en réseau au sein du CMP ?

Observation

Mettre du sens dans ces rencontres, dans ce travail en réseau. Bien le délimiter aussi dans le temps, afin que cela n'empiète pas trop sur les soins directs auprès du patient. Créer une base de données regroupant toutes les coordonnées des différents partenaires afin de mettre en avant leur nombre. Aujourd'hui, les informations sont dispersées en différents endroits, cela permettrait ainsi de faciliter le travail en réseau pour les soignants.

Question 16

Comment s'assurer de la pérennité du travail en réseau ?

Observation

Faire s'impliquer plus les différents professionnels, les faire participer et mettre du sens sur le travail entrepris.

ANNEXE 3

Synthèse de l'entretien d'enquête avec le psychiatre

L'entretien n'a pas pu être enregistré, car absence du dictaphone au moment du rendez-vous. C'est pourquoi il s'agit d'une synthèse de mes notes et non d'une retranscription complète de l'entretien. Ce médecin est diplômé depuis 27ans et il travaille en CMP depuis 25 ans. Il est à ce jour, responsable de plusieurs structures de suivis ambulatoires, notamment CMP, depuis 2 ans. L'entretien a durée 10 minutes.

Moi :

Intervenez-vous dans le travail en réseau du CMP ?

Psychiatre :

Oui, avec les maisons de retraite, les MAS (Maisons d'Accueil Spécialisées), les foyers, la police, les élus locaux, les associations de familles, lors de RESAD (Réunion d'Evaluation de Situation d'Adultes en Difficulté) et de CLSM (Conseil Local de Santé Mentale).

Moi :

Comment intervenez-vous dans ce travail en réseau ?

Psychiatre :

Beaucoup lors de contacts téléphoniques et de réunions, sollicitation pour des évaluations de situations, pour apporter des réponses, qui peuvent être de l'ordre de l'hospitalisation, d'un suivi en CMP, de VAD, etc.

Moi :

Quels sont les intérêts pour vous, en tant que psychiatre, de travailler en réseau, en dehors du champ institutionnel ?

Psychiatre :

Cela permet une évaluation du patient au niveau de sa situation sociale, somatique. « de ne pas psychiatriser ce qui ne l'est pas » (par rapport au problèmes sociaux et somatiques notamment. Cela permet de demander l'aide des partenaires, leur expertise pour une prise en charge globale, car souvent les patients n'ont pas que des problèmes psychiatriques et cela peut être des facteurs déclenchant pour une crise ou une aggravation de la maladie.

« Il faut que chaque partenaires apporte sa compétence, c'est ça l'intérêt », car les situations peuvent être complexes et intriquées à d'autres facteurs, d'autres domaines.

Moi :

Qu'est-ce qui empêche de développer ce type de travail en réseau ?

Psychiatre :

Il n'y a pas de problème particulier pour ce médecin. Il y en a quand une personne n'accorde pas beaucoup d'importance au travail en réseau, qu'elle a des réticences, que se soit au sein de l'équipe de soignants ou venant des éventuels partenaires.

Les problèmes sont liés aussi à un défaut d'organisation car c'est compliqué de travailler en réseau, « lorsqu'il n'y a pas de cadre formel ». Les cadres de santé facilitent l'organisation et donc le travail en réseau.

Moi :

Qu'est-ce qui selon vous permettrait d'améliorer votre intervention dans le travail en réseau au sein de votre CMP ?

Psychiatre :

D'aller vers les partenaires, les sensibiliser, faire un lien pour une meilleure implication. Il faut une certaine disponibilité à leurs « sollicitations », avoir du temps, être organisé, avoir une organisation pour cela. « ce qui est important aussi, c'est la communication » avec les partenaires, avoir de la souplesse et de l'adaptabilité dans son organisation.

ANNEXE 4

Retranscription de l'entretien d'enquête avec l'assistante sociale 2

Cette assistante sociale est diplômée depuis 10 ans et exerce dans un CMP d'un secteur parisien depuis également 10 années. L'entretien a duré 11 minutes.

Moi :

La première question est pour savoir si tu intervenais dans le travail en réseau sur le CMP ?

Assistante sociale :

Euh Ouais au niveau du groupe santé mentale euh donc qui est mis en place euh c'est avec qui ... les bailleurs sociaux, euh ... il y a tous les services sociaux (DASES, centre d'action sociale et après il y a aussi différents intervenants, ça peut être le CLIC ou qu'est-ce qu'il y a eu ... il y a la police qui est intervenue. Enfin il y a plusieurs intervenants, en gros c'est sur le ... les soucis de logement dans le ... enfin notamment le maintien dans le logement social des personnes qui ont des troubles psychiques, de mettre ça en lien quoi. Le but du groupe, c'est d'éditer un petit guide qui serait à l'intention notamment des gardiens d'immeuble des logements sociaux pour qu'ils sachent comment réagir, enfin sans qu'ils ... on ne dit pas qu'ils sont des soignants, mais surtout voilà qu'ils sachent comment réagir et qui interpellent, auprès de qui donner l'alerte quoi.

Moi :

Et toi, comment tu intervies dans ce travail en réseau ?

Assistante sociale :

Là, ça a plus été, comment dire, j'y suis allée en spectatrice, puisque voilà après c'était des intervenants, après participer dans les échanges, il y a une fois aussi où j'ai été amenée à présenter le travail de l'assistante sociale au CMP. Mais sinon, après c'est plus dans les échanges qu'il y a après et c'est aussi l'occasion de connaître les partenaires. C'est aussi d'échanger un carnet d'adresses.

Moi :

Donc effectivement, c'est de savoir quel est l'intérêt pour toi en tant qu'assistante sociale de travailler en réseau ? Donc tu me parlais de se connaître :

Assistante sociale :

Oui ben déjà de connaître car on peut découvrir de nouveaux services, comment ils fonctionnent. Et puis après oui avoir des coordonnées, des noms, car souvent c'est ça dès que tu as un nom, ça aide aussi. Donc voilà d'entrer en contact avec des gens

Moi :

Et qu'est-ce qui empêche de développer le travail en réseau ? C'est pas très très développé, cela commence un peu à être mis en place :

Assistante sociale :

C'est vrai qu'on est plus dans la distinction que tu fais, peut-être plus souvent sur du partenariat, c'est vrai qu'après quand c' ; est en dehors ... on a par exemple nous avec Marie-Jo, on rencontre régulièrement Paris Habitat. Donc là je ne sais pas trop si on des dans le partenariat ou le travail en réseau, où on discute autour de situations de patients. Donc c'est soit eux qui nous présentent des situations qui sont compliquées, soit nous qui en amenons. Euh l'idée la plupart du temps c'est d'éviter les expulsions, c'est soit impayé de loyers, soit des troubles du voisinage, ce qui est le plus gros problème, impayés de loyers ça se résout toujours

Moi :

Donc c'est d'anticiper, de faire de la prévention

Assistante sociale :

Oui parce que même eux ça peut être des patients qui ne sont pas suivis, ils nous en parlent et on peut après ici en parler au CMP, ils font un signalement pour que après les personnes soient, enfin si on peut, soient suivies au CMP et ainsi éviter une expulsion

Moi :

Et donc est-ce qu'il y a quelque chose qui limite un peu ce travail ?

Assistante sociale :

Ben ce qui limite après quand on parle de patient, ben ça peut être des fois l'idée de secret, quand eux parlent d'une situation comment nous derrière on va au domicile des gens si eux ne sont pas demandeurs de soins. Qui doit intervenir ? Souvent ils nous disent « Ben ils ont qu'à appeler la police ! ». C'est toujours cette question-là de qui est l'intervenant

C'est souvent la question du secret médical. Enfin nous, c'est pas que ça nous questionne pas, mais quand on est dans cet échange là avec Paris Habitat, ce sont aussi des travailleurs sociaux, donc dans le cadre du secret partagé, on sait ce qu'il se dit, elles, elles ne vont pas ensuite retranscrire les même choses à ceux qui sont chargés du contentieux. Donc c'est ... Mais je pense que c'est souvent ce qui peut freiner au niveau des médecins, c'est toujours cette idée qu'on est voilà dans le secret médical

Moi :

Oui quelle information on partage et comment ? Et la dernière question c'est qu'est-ce qui selon toi permettrait d'améliorer tes interventions ou ton implication dans le travail en réseau pour le CMP ?

Assistante sociale :

Ben je ne sais pas en fait s'il y a tant de propositions que ça quoi de travailler en réseau, donc je n'ai pas l'impression d'être freinée, je pense que s'il y en a, voilà il n'y a pas de frein en tout cas d'une position hiérarchique ou tu vois. Après peut-être le manque de temps, mais bon enfin, tu y arrives toujours quand même quand il y a un intérêt. Parce qu'après le temps qu'on passe là, quand je vois les réunions que l'on fait avec Paris Habitat, ça prend du temps là mais entre éviter une expulsion et se retrouver avec quelqu'un à la rue, bon ...

Moi :

Donc c'est plus que le travail en réseau tel que je te l'ai défini, il n'y en a pas tellement où s'inscrire. Donc c'est là-dessus le problème que des freins de ta part ou de ton institution

Assistante sociale :

Oui je n'ai pas l'impression qu'il y en ait tellement que ça ... Ou ... j'essaie de penser à d'autres choses ... c'est plus après des partenariats, comme avec l'association Droits d'Urgence qui intervient sur l'hôpital, voilà pareil c'est du partenariat sur des situations, voilà des patients qui veulent une régularisation de séjour ... (sonnerie du téléphone), mais c'est du partenariat ... excuse moi (conversation de 15 secondes) Oui parce que du partenariat, je pense qu'il y en a quand même pas mal quoi, même autour d'une situation on va facilement se réunir, les différents intervenants, ça, ça fonctionne quand même. Mais après du travail en réseau, plus pour réfléchir, améliorer les pratiques ou sur des questions générales comme là plus sur le logement, j'ai pas l'impression qu'il y ait ... euh ...

Moi :

Donc, c'est plus dans l'échange d'informations (oui) à une situation donnée (oui), à une problématique donnée (oui), de se réunir, d'échanger des informations et voir qu'est-ce qu'on fait maintenant qu'il y a le problème (oui tout à fait). Mais dans tout ce qui est anticipation ...

Assistante sociale :

A part là ce groupe Santé sociale euh ...

Moi :

Et le Conseil Local de Santé Mental du **ème, tu n'y vas pas ?

Assistante sociale :

J'y étais allée une fois, après c'est pas régulier, je ne suis pas forcément informée à chaque fois. C'est A*** (médecin) qui me le dit la veille pour le lendemain (rire). Donc voilà, c'est compliqué. Après, c'est des groupes, dans l'hôpital.

Moi je n'y étais pas, mais M***-J*** (collègue assistante sociale) était sur un groupe pour réfléchir sur les sorties du patient, il y en a eu un autre, par rapport aux signalements : comment on répond aux signalements qui sont fait sur le CMP. Mais ça c'est interne à M*** B*** (l'hôpital)

Moi :

Oui le travail en réseau sur l'institution, ça marche bien (oui). Entre les groupes de travail sur l'hôpital entre les différentes structures (oui), les secteurs (oui) et même maintenant, il y a la CHT, ça fonctionne pas trop mal (oui). Bon il y a toujours à améliorer, mais ça c'est comme tout. Mais c'est plus avec la ville, les partenariats civils j'ai envie de dire, que c'est un peu plus compliqué

Assistante sociale :

Oui, j'ai l'impression que s'il n'y a pas une situation ... du coup ... de réfléchir de façon plus théorique, j'ai pas l'impression que ça se fasse trop ...

Moi :

Tu serais en demande, s'il y en avait ? Bon pas 15 évidemment (rire)

Assistante sociale :

Oui ben oui ... après tout dépend du sujet. Puis c'est toujours intéressant de prendre du recul aussi sur ce qu'on fait, parce que c'est vrai que lorsqu'on est avec les partenaires sur une situation, ben c'est vrai reste ... comment dire ... le nez dans le guidon (rire). Enfin, c'est aussi bien de prendre du recul. Je sais que quand j'ai du intervenir, juste pour dire voilà la fonction d'une assistante sociale au CMP, ben voilà finalement, c'est intéressant aussi de prendre du recul sur ce qu'on fait, pourquoi on le fait, formaliser les choses. J'en avais discuté tu vois avec d'autres collègues du ** et du **, voilà pour ... parce que bon je ne représentais pas que moi tu vois (rire). C'est vrai aussi que t'es content de ça, à la base ça fait du bien de réfléchir aussi, de prendre du recul sur ce qu'on fait ... ça manque aussi, je pense aussi que c'est à ce niveau là peut-être que ... même si je ne sais pas si dans les pratiques, ce genre de réseau ... enfin ça a toujours une utilité je pense, mais c'est aussi à titre personnel important d'avoir cette occasion là de réfléchir à ce qu'on fait. De prendre du recul, d'intellectualiser de nouveau (rire), ça manque quand même ...

Moi :

Oui on se retrouve dans le pratique, dans le faire à tout prix. Bon je ne sais pas si tu vois autres choses ?

Assistante sociale :

Euh ... je réfléchis ... mais ... non ... pas comme ça.

Moi :

Bon et bien je te remercie pour l'entretien.

Mail de l'assistante sociale reçu quelques jours plus tard :

Je n'y ai pas pensé lors de notre entretien mais un des freins au réseau vient de l'exigence de traçabilité des actes. Ces rencontres là ne sont pas en lien avec des patients, elles ne peuvent donc pas être rentrées dans C*** (dossier patient informatisé) et tout ce qui n'est pas quantifiable est nul. C'est un peu brusque comme formule mais c'est la réalité : il s'agit de quantifier les actes, on n'est malheureusement pas dans du qualitatif. Par exemple, pour le groupe Santé Sociale, A** souhaitait une infirmière référente mais cela a été refusé. La vue à court terme l'emporte.

ANNEXE 5

Synthèse de l'entretien d'enquête avec la cadre de santé C

Cette cadre de santé est diplômée depuis 5 ans et exerce depuis 2 ans dans un CMP d'un secteur parisien. L'entretien a duré 1h24. Il s'agit d'une synthèse de l'entretien.

Question 1

Quelles sont les missions de votre CMP ?

Cadre de santé

Le panel est très vaste, les missions se retrouvent en résumé ci-après :

- suivi post hospitalier ;
- 1^{ère} consul en dehors de l'hôpital,
- les signalements ;
- missions spécifiques par rapport aux personnes âgées, notamment avec la CHT ;
- VAD, entretiens de suivis ;
- partenariat avec bailleurs sociaux, CASVP, EHPAD, foyers de vie et foyers logement
- travail avec infanto-juvénile, coordination sur patients du même secteur (rencontre tous les 3 mois) ;
- travail de lien avec les familles (mais voir avec suivi post-hospitalisation et 1^{ère} consultations) ;
- entretien d'accueil et d'orientation en travail avec le CPOA, l'IPPP, les familles, les partenaires sociaux, les foyers de vie, les foyers logement, les FAM, les hôteliers, tous les hébergements, le CLIC, les MAIA, le travail avec la Mairie (CLSM, réunion santé sociale), le commissariat et le GSVP (pour les réintroduction à l'hôpital concernant les patients sous contrainte en rupture de traitement), avec les associations d'aides à domicile, les SAMSAH, les SAVS, le GOSB (Groupe des œuvres Sociales de Belleville = centre de santé), etc.

La cadre de santé se dit qu'il serait intéressant de formaliser tous ces partenariats, via les secrétaires du CMP.

Question 2

Comment répondez-vous à ces missions au CMP, notamment en termes d'organisation ?

Cadre de santé

La cadre de santé divise les actions du CMP en grands domaines : personnes, âgées, judiciaires, etc. Puis, elle cherche toujours à répondre, avec l'équipe du CMP, à 3 questions, avec un gros travail d'enquête en amont : qui, quoi, comment ?

- Qui : en interne, quels professionnel du CMP intervient, souvent une équipe pluridisciplinaire, qui est responsable (souvent le médecin et le cadre de santé), et en externe, avec quels types de structures, quels partenaires sont concernés.
- Quoi : définir les missions
 - définir la prise en charge psychiatrique standard pour la population de patients concernés ;
 - anticiper les besoins d'aide et d'accompagnement, liés à la perte d'autonomie par exemple pour les personnes âgées ;
 - assurer travail en lien avec partenaires médico-sociaux.
- Comment : questions de l'organisation, de la traçabilité et de la communication. Avec des réunions à organiser, comment on rencontre les différents acteurs ? Comment tout mettre en place ? La fréquence des réunions, comment on acte les choses en terme de traçabilité (les mettre dans l'activité du CMP), comment faire du lien, comment faire connaître son travail au reste du CMP via réunion clinique) et du pôle via réunion de pôle), communication en amont avec CSS et chef de pôle.

Selon elle, il faut faire attention à ne pas multiplier les réunions et il faut qu'elles produisent quelque chose, être dans le concret. Mais même si aucun patient n'est pris en charge actuellement chez les partenaires, il peut être important de les rencontrer 1 à 2 fois par an pour garder le lien et réfléchir aux prises en charge.

Exemple avec déménagement d'une EHPAD sur le 15^{ème} arrondissement pour plusieurs années, le temps de travaux, donc réflexion autour des suivis des PEC avec l'équipe du CMP du 15^{ème} arrondissement, lieu qui va accueillir les résidents de l'EHPAD pendant les travaux.

Question 3 :

Est-ce que toutes ces missions et les moyens évoqués sont formalisés dans un écrit ?

Cadre de santé

Selon la cadre de santé, il faut reprendre le projet d'établissement, car avant de commencer à écrire, il faut regarder ce qui existe déjà. Dans projet d'établissement sont formalisées les missions générales d'un CMP.

Comment formalisé le travail avec le partenariat ?

Par contre, pour le partenariat, il faudrait créer un outil de regroupement des informations, avec au départ, une enquête (qui-quoi-comment). Un outil qui pourrait servir à tout le monde (médecins,

secrétaires, étudiants, assistants sociaux, psychomotricien, etc.), mais qui ne serait pas comme les fiches de poste. Il faut demander à chaque acteur de réfléchir sur ses missions au CMP, c'est une transmission de savoir. Il faut penser également à la forme du document, qui sans être trop rigide, doit répondre aux questions sur le partenariat. Donc peut-être, selon elle, ne pas être dans quelque chose de trop codifié *« C'est comme une procédure, elle est technique, il y a des règles, mais tu as des neurones, tu as de la technique, tu réfléchis et tu t'adaptes. C'est comme une toilette, il y a une procédure pour la toilette, mais si tu as un patient délirant, un patient déprimé ou un patient clinophile, tu t'adaptes »*.

Question 4

Est-ce que l'écrit où sont formalisées les missions du CMP, détaille aussi celle de chaque intervenant ?

Cadre de santé

Les fiches de postes sont l'outil de formalisation des missions d'un agent.

Question 5

Existe-t-il un projet formalisé du CMP ?

Cadre de santé

Il est dans le projet d'établissement. Attention à ne pas faire trop de sous-dossiers. Mais une charte des CMP est écrite, avec les CMP de la CHT.

Question 6

A quand remonte la diffusion de cet écrit ?

Cadre de santé

La charte des CMP est en cours d'élaboration. Sinon depuis 2 ans, la cadre de santé formalise peu à peu les choses depuis qu'elle est arrivée (2 années)

Question 7

Comment ont-ils été élaborés ?

Cadre de santé

Travail avec l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire : infirmier, médecin responsable, secrétaires, assistantes sociales, psychologues, psychomotricien et ergothérapeute travaillant sur le CMP. Les projets sont ensuite validés par la cadre supérieure de santé et le chef de pôle.

Question 8

Comment est assurée la diffusion des missions du CMP

Cadre de santé

Par écrit : au début d'un cahier où sont notées les informations institutionnelles La cadre de santé s'assure, par rappel constant, que tout le monde le lise (les professionnels absents et les nouveaux arrivants). Puis par la charte des CMP. La cadre s'assurera également que chaque professionnel et chaque nouvel arrivant la lise (stagiaires, nouveau professionnel).

Et par oral : la cadre de santé organise des réunions d'équipe tous les mercredis matins (infirmiers, secrétaires) et l'après-midi des réunions d'attribution avec les médecins. Ces réunions ont pour objectifs de s'assurer que l'information est donnée, donc les missions du CMP sont rappelées lors de ces échanges de façon informelle et indirecte.

Question 9

Existe-il des partenariats sur le CMP ?

Cadre de santé

Beaucoup, plusieurs dizaines. L'équipe du CMP est en lien constant avec les partenaires dans la cité (cf. question 1)

Question 10

Quels sont les atouts de ces partenariats pour le travail en réseau ?

Cadre de santé

Pour la cadre, il n'y a pas de différence entre le partenariat et le travail en réseau. *« C'est la même chose »*. C'est tellement lié qu'il est difficile pour elle de les différencier. La plupart des patients sont suivis par plusieurs structures, *« le partenariat c'est des points d'appuis »*. *Tu peux t'en servir et le CMP est aussi un point d'appui pour les autres »*.

Concernant le Conseil Local de Santé Mentale et le projet Santé Sociale : pour la cadre de santé, c'est plus les partenaires qui sont en questionnement de leur fonctionnement. Les réunions concernant le projet Santé sociale ont lieu 4 fois dans l'année. Mais tout se fait par invitation de la mairie et non à l'initiative du CMP. Ce projet a pour but la création d'un guide pour les bailleurs sociaux.

La cadre de santé est un peu dans l'expectative : *« c'était fort intéressant, ça fait du bien de déconnecter un peu de ton service, c'était très bien, mais ...(silence) »* Elle a le sentiment que ça n'empêche pas les dysfonctionnements, *« je me demande comment ça (=les informations) redescend »*, *« Cela manque de concret et de toute façon tout le monde court après le temps et les effectifs »*. *« Ce travail, c'est pour initier le travail en partenariat, mais après c'est à toi de le faire vivre »*. Selon elle, plus c'est large, plus il y a de personnes, moins on voit les répercussions.

Quand c'est plus petit, on s'identifie mieux, sinon cela devient trop vague. Le groupe Santé Social n'a pas offert selon elle réellement d'intérêt pour les professionnels du CMP, enfin du moins directement. Concernant le CSLM : il y a beaucoup d'acteurs, avec un échange d'informations, sur « ce que chacun fait ». L'équipe du CMP accroche avec plus de mal, car ils ont déjà du mal à faire vivre leurs partenariats, plus tout l'administratif, le travail institutionnel, les prises en charge.

Question 11

Comment organisez-vous le travail en réseau au sein de notre CMP ?

Cadre de santé

Un système de référence pluridisciplinaire est organisé dans le CMP. Plusieurs référents qui peuvent être en contact à tour de rôle pour raison d'effectif « *on n'est plus dans une période où l'on peut se permettre ça* » et de plus cela augmente la traçabilité et la circulation des informations, car sinon, se parle uniquement entre eux.

Sinon, un travail de partenariat avec la psychologue est en cours, pour se faire petits réseaux de psychologues en addictologie mais proches et pas trop onéreux. « *Il faut laisser le temps* », « *au début on veut aller trop vite* ». Selon la cadre de santé, il faut se faire son propre mini-réseau avec 5-6 noms par thème, à construire et à formalisé en interdisciplinarité. Réseau qui sera en transversal sur réseau CMP.

La cadre de santé est toujours référente, même si elle utilise la délégation, car elle est responsable du travail effectué. « *Sur le CMP, tu es obligé d'avoir de l'interaction entre tous les partenaires. Tu ne peux pas te dire l'information, elle est détenue là, c'est bon et là, c'est bon. En tant que cadre, tu n'es pas dans la prise de pouvoir et le non lâcher-prise, mais tu dois avoir une notion de tout* ».

L'organisation et la formalisation se font sur le temps, dans la durée (par exemple au moins 8 mois pour faire s'approprier l'organisation et la formalisation des temps d'accueil au CMP par les infirmières), avec la participation des professionnels, une évaluation à distance et des réajustements si besoins. « *En même temps tu ne peux pas tout rentrer et en même temps, tu t'aperçois que c'est quand même bien plus pratique* », l'organisation, la formalisation de l'organisation permet un meilleur partage du travail et ainsi d'assurer la cohésion d'équipe « *sinon c'est toujours les même qui font tout* »

Question 12

Combien de temps représente le travail en réseau ?

Cadre de santé

C'est quasiment constant, « *Nous sommes tout le temps en lien avec les partenaires* », entre les secrétaires, les infirmières, les médecins, le CMP est en lien constant. Le cadre est omniprésent mais sans être dans l'intrusion.

« *Le travail en CMP, c'est le travail en partenariat* », que ce soit avec les structures de l'institution comme celle de l'extérieur. « *Cela fait partie de la prise en charge du patient en CMP à 80%, mais je n'ai pas de chiffre. Ce n'est pas un chiffre officiel, mais dans ma tête je dirais ça* ».

Question 13

Comment se fait la diffusion des informations issues de ce travail en réseau ?

Cadre de santé

La cadre reconnaît que la transmission des informations n'est pas toujours aisée. Ainsi des réunions régulières sont organisées avec un bailleur social de la ville auxquelles participent une infirmière et une assistante sociale, mais il n'y a aucune traçabilité, aucune communication sur ce qui s'y dit. La cadre doit souvent rappeler l'adéquation entre l'acte et la transmission : « *l'acte c'est l'argent, la transmission c'est la qualité* ». Selon elle, il y a un réel besoin de transmission, sans savoir ce qu'il se passe où se dit exactement, mais connaître l'évolution des prises en charge.

Aujourd'hui la communication a tendance à être éparse entre deux portes, donc effectivement la traçabilité et la formalisation donnent une légitimité et une meilleure communication. La cadre de santé privilégie les lieux de transmissions lors des réunions de synthèse clinique où l'information est réellement actée, tracée dans le dossier informatisé du patient et donc tout le monde peut y avoir accès. Pour éviter que l'information soit éclatée. Elle estime être du rôle du cadre de santé de centrer les informations. Une diffusion des informations donc par oral et par écrit (cahier de transmissions, dossier patient, compte-rendu conseil de pôle).

Mais aujourd'hui, l'information concernant le nombre de réunions faites n'est pas vraiment tracée. La cadre de santé se pose la question de l'inclure dans le rapport d'activité. L'organisation existe, les actes sont tracés, mais pas l'organisation en elle-même, sauf peut-être dans rapport d'activité ou construction d'un outil (document : fonctionnement d'un CMP, dire les acteurs, les missions, le partenariat) « *on ne réinvente pas les choses, mais tu clarifies les choses* ».

Question 14

Quelles difficultés rencontrez-vous pour mettre en place le travail en réseau ?

Cadre de santé

Pour le mettre en place, le réseau existe, ce n'est pas un problème. Les difficultés sont surtout organisationnelles (pour pouvoir trouver un rendez-vous avec tout le monde, mais souvent on y arrive dans le temps). Les difficultés exprimées concernent plutôt la pérennité de cette mise en œuvre. « *La difficulté, ce n'est pas la mise en œuvre, c'est la pérennité* ». Il y a la formalisation, c'est bien mais cela ne suffit pas, le plus difficile c'est de continuer le travail sur le long terme : « *tu peux être un cadre qui fait pleins de tableaux, mais si ce n'est pas vivant dans ton service, avec tes acteurs du lieu de ton travail, ça ne marchera pas, tu n'auras pas d'investissement.* »

Question 15

Quelles actions seraient à mettre en place pour améliorer le travail en réseau au sein du CMP ?

Cadre de santé

Le manque d'effectif est directement cité. « *Plus de monde* ». Il y a une question de motivation de chacun, « *tu ne peux pas forcer, mais tu peux rappeler notre devoir de professionnels* »

La cadre de santé met aussi l'accent sur l'implication des membres de l'équipe : « *Si tu veux être dans la communication, que chaque acteur se sente appartenir professionnellement au CMP, il faut faire participer les acteurs* ».

Sinon le partenariat, c'est riche, super intéressant, cela va mailler le territoire avec de nombreuses rencontres, souvent positives, parfois négatives. Mais pour la cadre de santé il est important de connaître ses limites, ses missions, pour ne pas se faire phagocyter par les partenaires et les prises en charge. « *Tu dois savoir borner les choses, être à ta place en tant que cadre, mais aussi ta structure, savoir ce qu'elle fait et ce qu'elle ne fait pas. Ne pas mélanger, car très vite les partenaires pourraient aller plus loin que ton rôle. L'équipe doit être au clair avec ça.* ». Selon elle, il faut faire comprendre ce que l'équipe du CMP peut faire, ce qu'elle ne peut pas faire et en discuter avec les partenaires, peser les choses. En CMP, le cadre de santé est seul ... il faut demander à son équipe d'avoir un positionnement professionnel clair.

Question 16

Comment s'assurer de la pérennité du travail en réseau ?

Cadre de santé

Par l'organisation +++ avec l'anticipation et l'interpellation, la stimulation constante de l'équipe. Le cadre est le garant de cette organisation. « *La pérennité ? C'est le rôle du cadre* », « *être omniprésent sans être intrusif* », savoir ce qu'il en est du travail social, sans avoir de hiérarchie avec les assistantes sociales par exemple. Le cadre doit être au courant et savoir comment cela ça fonctionne, savoir qui fait quoi. Ce travail est très intéressant, il fait découvrir beaucoup de choses dans de nombreux domaines.

« *Il y a tellement de choses à faire en CMP* »

« *T'es dedans, t'es dehors, tu es un soutien pour l'équipe, tu es la référence pour les partenaires, tu dois l'être* ». « *Tu dois penser le début et tu dois faire vivre avec l'équipe* ».

Il faut faire la différence entre ce que l'on veut faire et ce qu'on doit faire. La cadre de santé dit qu'on n'est pas là pour faire les choses si le professionnel le veut, mais parce que c'est sa mission.

ANNEXE 6

Retranscription de l'entretien d'enquête avec le cadre de santé D

Ce cadre de santé est diplômé depuis 12 ans et exerce depuis 5 ans dans un CMP d'un secteur parisien. L'entretien a duré environ 18 minutes.

Moi :

Je voulais savoir quelles étaient les missions de votre CMP ?

Cadre de santé :

Alors, les missions précises, je vais avoir un peu de mal sans les documents précis. Mais en gros, c'est le suivi ambulatoire, en coordination avec l'intra-hospitalier. Les patients sont vus au CMP, prise en charge par les psychiatres, la file active normale, en psychothérapie également avec les différentes formes de psychothérapies qu'on présente ici : la thérapie familiale, euh voilà, les thérapies cognitives, comportementales classiques et psychanalytiques. Euh ... la question, c'était ?

Moi :

Les missions du CMP

Cadre de santé :

Répondre aux besoins de la population, avoir une articulation avec l'hôpital de L*** (*hôpital général de l'AP-HP*). En effet, une des missions, c'est de répondre à l'urgence et comme le CMP n'est pas un centre d'urgence, c'est justement ce relais qu'on a avec les services d'urgence. Nous, on peut orienter les demandes. Nos missions c'est ça, c'est de répondre aux besoins de la population. Une population soit hospitalisée avec un besoin de suivi, soit des patients nouveaux qui arrivent pour lesquels on a mis en place tout un système de prise en charge des demandes.

Moi :

Donc ce qui m'amène à ma 2ème question, comment répondez-vous à ces missions ? Ce que vous avez mis en place ?

Cadre de santé :

C'est souvent une demande de la famille, de l'entourage de la personne qui souffre, après avoir tout essayé, on se dit « là, il faut qu'on aille vers les professionnels ». Quand on vient vers les professionnels, on vient frapper à la porte du CMP. En échange, le CMP doit proposer une réponse toute faite. Nous par contre, on se protège évidemment, pour ne pas faire de bêtise et donc on met en place des procédures.

Nous répondons à la demande, mais nous répondons à la hauteur de nos possibilités. Voilà, c'est pourquoi on articule ... et c'est pourquoi on donne toujours une réponse. Nous sommes tenus de répondre. Ca, c'est nos missions. On a un étayage qui est très bien fait avec une centre d'accueil et de crise, avec notre unité que nous avons à L*** (hôpital général de l'AP-HP) où nous avons une équipe infirmière pour les urgences. Donc, on a vraiment tout ce qu'il faut, qui nous permet de prendre en compte des demandes, répondre à nos missions et de le faire de façon tout à fait raisonnée.

Moi :

D'accord et je voulais savoir si ces missions et ces moyens que vous m'avez évoqués, sont formalisés quelque part dans un écrit ?

Cadre de santé :

Absolument, nous, la configuration en pôle ... Nos missions découlent de nos objectifs de pôle. Une des missions était d'améliorer les visites à domicile par exemple. Ce que nous avons mis en place, des ateliers avec l'équipe entière : psychiatres, psychologues, infirmières, assistantes sociales, toutes les personnes qui travaillent se réunissent dans un processus de ... nous sommes partis de l'accueil, de l'accueil ici, là. Comment on travaille ça ? Comment on peut l'améliorer ? Progressivement, on est parti sur l'accueil téléphonique, comment le faire ? Les patients, on a fait un petit audit pour savoir le nombre d'appels, les raisons pour lesquelles les patients appellent le plus souvent : ordonnance oubliée, rendez-vous oublié, des choses comme ça. Donc de suite on essaie de mettre en place ensemble les moyens pour que nous ne soyons pas saturés que la charge de travail soit équilibrée. Voilà. Donc là, on a mis en place tout ça, à travers des ateliers de coopération, de mises en commun de nos réflexions pour que nous ayons des réponses, que nous arrivions à des réponses partagées. Ce sont les réponses partagées qui font notre fonctionnement, nos règles. Donc la prochaine réunion que nous avons, c'est l'entretien, l'entretien d'accueil. Nous allons le partager avec le SAU (*service d'accueil d'urgence*), enfin avec l'expérience des collègues du centre d'accueil permanent, on va faire un atelier discussion pour que nous ayons encore là peut-être une ossature d'un ... qu'est ce c'est qu'un entretien en face à face ? Qu'est-ce qu'on y cherche ? Pourquoi ? Comment ? Donc c'est ça, c'est des choses que les ateliers, le pôle, la configuration de pôle oblige. C'est un levier pour ça, ça met en mouvement.

Moi :

Et dans cet écrit sont aussi détaillé les ... enfin est-ce que les missions de chaque intervenant sont détaillées ? Les professionnels de santé

Cadre de santé :

Oui nous sommes partis de l'accueil, de l'agent d'accueil. Tous les CMP ne fonctionnent pas pareil, certains CMP fonctionnent avec des infirmiers à l'accueil.

Nous nous avons choisi d'avoir une professionnelle en reclassement, mais il fallait que tout ça soit coordonné : de l'accueil, les assistantes sociales, les psychologues, les infirmiers, les psychiatres. Il faut bien déterminer le rôle de chacun

Moi :

Et en plus, est-ce qu'il y a un projet formalisé du CMP ? Spécifique au CMP ?

Cadre de santé :

Oui, c'est le médecin référent du CMP, Dr H***, qui travaille là-dessus et donc voilà. Et puis au niveau de la CHT, ils sont en train de finaliser une charte des CMP qui va sortir. Donc voilà, les choses sont formalisées

Moi :

Donc là c'est en cours d'élaboration.

Cadre de santé :

Oui par exemple au mois de juin, le 3 juin, il y a une réunion ici avec les médecins référents des CMP, les cadres. C'est le Dr H*** qui filtre cette réunion autour de sujets, je sais pas quoi, mais c'est un petit peu ça. Un partage d'expériences.

Moi :

Comment est assurée la diffusion de ces missions ? Au niveau du CMP

Cadre de santé :

Au niveau du CMP, nous quand on fait nos missions, nos comptes-rendus sont envoyés à tous les participants. Après, la prochaine réunion valide le compte-rendu. A chaque fois qu'on met en place un atelier avec un thème, c'est l'ensemble qui valide, donc proposition de corrections et après validation d'un truc final. Voilà. Toujours lors de réunions

Moi :

Du coup, je voulais savoir s'il existait un ou plusieurs partenariats sur le CMP ?

Cadre de santé :

Alors, c'est vrai qu'une des missions aussi, pour revenir aux missions, pour nous c'est de répondre aux demandes. Et les demandes sont parfois un peu hétéroclites, lorsque les gens s'affolent à l'extérieur, ils nous appellent. Que ce soit des étudiants qui nous appellent, nous les infirmiers, ils ont mis en place tout un registre. L'équipe s'est mobilisée pour trouver ... comment ça s'appelle ... les informations et on oriente les étudiants vers les partenaires spécialisés.

Pour les personnes âgées, là aussi effectivement, on travaille avec le CLIC (*centre local d'information et de coordination*), il y a tout récemment l'unité mobile pour personnes âgées sur notre secteur, avec une infirmière de pratique avancées. J'ai rencontré l'autre infirmière qui me montrait la montée en charge des demandes. Il y a un besoin énorme. Donc ça c'est un partenaire privilégié et comme il travaille avec 3 secteurs, 3 pôles, chaque pôle a un infirmier référent. Donc nous avons une infirmière référente qui est très ... Ca, c'est un très très beau travail de partenariat et de réseau. Ca ça couvre la gériatrie, c'est une spécialité.

On oriente aussi sur des thérapeutes dans le privé parfois, car quand même, malgré tous les efforts que nous faisons, nous n'arrivons pas à répondre à toutes les demandes, enfin aux demandes en temps et en heure. Quand il y a un délai d'attente, pour certaines personnes, on n'hésite pas, nous les orientons, car nous connaissons les partenaires, nous avons rencontré les partenaires. Nous orientons vers des lieux et des personnes connues.

Moi :

Pour vous, comment vous organisiez la prise en charge, le travail en réseau au sein de votre équipe ? Vous m'évoquiez le système de référence, c'est ça ?

Cadre de santé :

Oui voilà c'est ça. Il y a toujours un référent, l'assistante sociale, l'infirmière. Il y a toujours toujours un infirmier référent à chaque fois qu'il y a une antenne pour quelque chose. Pour la maternité par exemple. On a fait aussi au niveau de l'éducation nationale, pour les écoles, pour faire un peu de sensibilisation. Là, c'est un peu en sommeil, mais c'est quelque chose qui existe ici.

Moi :

Et pour vous, cela représente à peu près combien de temps de travailler en réseau ? Sur vos activités globales du CMP ?

Cadre de santé :

Oh je dirais ... 35% je pense

Moi :

Et comment se fait la diffusion des informations issues de ce travail en réseau ?

Cadre de santé :

Tous les mercredis du mois, ce sont des réunions de 14h à 15h qui sont ouvertes pour ce genre de chose. C'est la clinique, une seule réunion institutionnelle tous les 3^{ème} mercredis du mois, mais toutes les autres, tout le monde sait que les réunions sont ouvertes sur les prises en charge qui viennent, qui sont là.

Donc s'il y a un cas qui émerge soit d'un référent du CLIC par exemple, là c'est le moment où nous évoquons avec l'infirmière référente cette prise en charge. Et voilà. Où nous en sommes avec les partenaires ? S'il faut y aller ? Stimuler ?

Moi :

Et du coup, si une personne n'est pas là, parce qu'il est en congé par exemple ?

Cadre de santé :

Le référent n'est pas exclusif, l'équipe elle-même est référente. Donc si la personne n'est pas là, d'autres y vont. Il m'arrive même d'y aller. Et sinon, il y a toujours les comptes-rendus.

Moi :

Et du coup, quelles sont les difficultés que vous rencontrez pour mettre en place ce travail en réseau ?

Cadre de santé :

La difficulté, c'est de pouvoir répondre à toutes les demandes. Les partenaires aimeraient plus. Donc il faut limiter.

Moi :

Donc c'est un problème de temps finalement

Cadre de santé :

De temps et il faut se limiter. Il faut que nous ayons des limites dans notre fonctionnement, sinon on répond à tout. L'équipe, les référents, les médecins, on essaie de se limiter. Il y a des choses qu'on peut faire et il y a des choses qu'on ne peut pas faire.

Moi :

D'accord, donc il s'agit plus de savoir ce qui est réellement de votre responsabilité, de votre expertise, de vos réelles missions et de ne pas répondre à tout et notamment à ce qui ne concerne pas réellement le CMP ?

Cadre de santé :

Voilà.

Moi :

Et pour vous, quelles seraient les actions à mettre en place pour améliorer le travail en réseau au sein du CMP ?

Cadre de santé :

Je pense que pour améliorer le travail en réseau, un petit effectif de plus, je crois que ce serait (rire) si on veut élargir ... On ne peut pas faire plus avec les mêmes moyens. On voit bien que sur 35% de sollicitations pour ça, on imagine un mi-temps, soit un temps plein, ça ne serait pas de trop

Moi :

Et du coup ma dernière question : comment s'assurer de la pérennité du travail en réseau ? Pour que ce ne soit pas personne dépendante ?

Cadre de santé :

Plus précisément ?

Moi :

Par exemple, là vous parliez du travail avec l'équipe de l'éducation nationale où vous faisiez des interventions de prévention. Et vous disiez qu'en ce moment, c'est « en sommeil ». Comment faire pour que cela perdure dans le temps ?

Cadre de santé :

Je pense qu'il faut aller à fond dans la délégation de gestion, à fond dans la gestion de pôle. Pour moi, quand on sort de l'école des cadres, j'imagine qu'on a envie de faire pleins de choses (rire) et ce n'est pas avec le système ancien qu'on arrivera à faire des choses nouvelles. C'est la gestion de pôle, c'est des objectifs, des trucs à atteindre, des moyens, voilà, c'est ça qui est intéressant. Et au niveau du management, c'est merveilleux, parce que c'est ça qui nous permet de stimuler, encourager, voilà de suivre. Ce n'est pas en restant, en comptant les mêmes choses qu'avant. Donc pour en revenir à la question, c'est la gestion de pôle qui permet de restimuler l'objectif, parce que voilà, c'est une gestion de projet. Et c'est un projet, la cible c'est l'éducation nationale, la cible c'est les personnes âgées, la cible c'est tatata. Et qui est-ce qui va s'y mettre ? Qu'est-ce qu'on fait ? Avec quoi ? Quels sont les résultats ? Après, à la fin de l'année, on fait un bilan.

Moi :

Voyez-vous autre chose à rajouter ?

Cadre de santé :

Non, je me souviens qu'on avait fait l'année dernière un truc sur la qualité. Un projet : comment améliorer les prises en charge au sein du service des urgences ? Des patients psychiatriques. Et effectivement ... je ne sais pas pourquoi je fais le lien avec ça ... (rire) donc une des recommandations de notre travail était d'améliorer ce travail en réseau. Et c'est une condition qui peut améliorer la prise en charge des patients, travailler sur ce paramètre là pour désengorger les urgences et répondre à la demande.

C'est un très bon sujet, mais on ne le fera jamais assez. C'est un sujet ...

Moi :

Sans fin

Cadre de santé :

Sans fin (rire)

Moi :

Une quête perpétuelle de ...

Cadre de santé :

De qualité

Moi :

Tout à fait. Et bien c'est tout pour moi, je vous remercie.

ANNEXE 7

Livret d'accueil des étudiants du secteur observé

Le secteur est composé d'une équipe pluridisciplinaire (psychiatres, psychologues, infirmiers, psychomotricienne, ergothérapeutes, aides-soignants, aides médico-psychologique, assistantes-sociales, cadres de santé, secrétaires médicales) répondant dans le cadre du service public, à toutes demandes relatives à des troubles psychiatriques et/ou à des difficultés psychologiques.

Cette équipe met en œuvre des soins diversifiés dans un but de prévention, de mise en place de traitements spécifiques en interaction avec la famille et favorisant l'insertion sociale. Elle intervient en partenariat avec le réseau Ville- hôpital, médecins libéraux, service municipaux et associations.

CENTRE D'ACCUEIL ET DE CRISE (CAC)

- Le CAC d'A*** est situé au centre H** D***. C'est une structure intersectorielle qui travaille avec les populations des 2eme et 6eme secteurs de L'EPS de V**.
- Cette unité propose 4 lits d'hospitalisation temps plein, la durée d'hospitalisation est courte, de 72heures à 5 jours maximum.
- Le CAC est ouvert 24h/24 et reçoit les patients en situation d'urgence psychiatrique, oriente et assure, si nécessaire la continuité des soins.

Les missions du CAC

- Limiter le nombre des hospitalisations de l'unité temps plein du C***B***
- Hospitalisation de très courte durée
- Prévenir/Assurer les situations d'urgence

❖ Son activité se décompose en 4 modalités de prise en charge :

- L'accueil du patient (physique ou téléphonique) : conseil, orientation.
- La gestion d'une urgence psychiatrique : évaluation, traitement.
- Le travail de la crise : traitement, continuité, relais.

Le traitement de l'urgence et/ou de la crise ne doit pas se substituer au suivi au long cours, mais doit s'y articuler en facilitant les relais avec les autres unités ou intervenants.

- Les soins infirmiers en ambulatoire (Suivi des prises en charges des patients de l'ensemble du secteur : Traitements per os journaliers /semainiers, injections retards, prises de constantes, etc.

❖ Ouverte 24h/24h, 7jours sur 7

L'hospitalisation à temps partiel en continu de 9h à 17h, ou en discontinu dans la journée, ou sous forme de rendez-vous, est possible.

- Par ailleurs, le CAC reste un lieu de soins et un repère pour d'autres patients, qui ont déjà été hospitalisés mais qui sont aujourd'hui stabilisés et réinsérés socialement. Les passages sont donc nombreux.
- La réouverture des lits d'hospitalisation de courte durée a eu lieu début 2014. Cependant, il est important de noter que l'équipe paramédicale assure à ce jour, le suivi des patients reçu au CMP. Les infirmiers accueillent et participent aux entretiens, délivrent les traitements. Ce qui augmente davantage encore leur charge de travail.

Le travail au CAC est conséquent et l'équipe soignante fait preuve de professionnalisme, d'une grande autonomie et de beaucoup de rigueur face à l'urgence et les situations de crise.

La transmission des savoirs être et savoirs faire est essentiel. Les prises en charge nécessitent, outre les compétences requises à chaque infirmier, une bonne collaboration et une grande cohérence entre les différents acteurs du soin, tant le risque doit être mesuré.

L'HOSPITALISATION à TEMPS PLEIN (UHTP)

L'unité d'hospitalisation de temps plein se situe au 15 rue C** B*** à A*** avec une autre unité de temps plein adulte (secteur ** et une unité pour adolescents. Cette unité comprend 19 lits d'accueil (dont une chambre double) et 2 chambres de soin intensifs sur deux étages.

Equipe pluridisciplinaire :

- 1 praticien hospitalier
- 2 assistants médicaux
- 1 médecin généraliste (sur deux secteurs)
- 10 infirmiers jour et 7 infirmiers nuit dont un vacataire
- 5 aides-soignants
- 1 AMP
- 2 ergothérapeutes (à temps partiel sur la structure)
- 1 psychomotricienne (à temps partiel sur la structure)
- 1 assistante sociale
- 3 secrétaires
- 1 cadre de sante

Les équipes soignantes travaillent sur trois plages horaires

- 7h à 15h
- 13h à 21h
- 21h à 07h

Missions de l'UHTP

Cette unité permet des soins intensifs en milieu hospitalier pour des patients présentant des pathologies psychiatriques en phase aiguë :

- Evaluer l'état clinique du patient (observation, entretien médicaux et/ou infirmier)
- Mettre en place un traitement et prévenir des effets secondaires si nécessaire
- Amorcer et/ou accompagner un suivi en ambulatoire
- Proposer des activités thérapeutiques
- Evaluer de la situation sociale l'assistante sociale et ouverture des droits
- Tracer tout le parcours du patient lors de son hospitalisation

Les patients peuvent être hospitalisés selon la loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge :

- Soit en soin sans consentement à la demande d'un tiers en concertation avec son entourage : SDT
- soit en soins sans consentement sur décision de représentant de l'état : SDRE
- Soit en soin service libre avec le consentement : SL

LE FOYER POST CURE (FPC)

- Installé depuis environ 25 ans sur le centre H** D**.
- L'unité comprenait à l'origine 30 lits, ramenés progressivement à 10 lits.
- En juin 2009, en raison de la réhabilitation du centre D**, l'unité a été transférée sur le site de N***-Pavillon *** et possède une capacité de 10 lits. Il a réintégré le centre H** D** en janvier 2014 et sa capacité d'accueil est passée à 13 patients. Il s'est ouvert, en outre, à l'intersectorialité.

- Il est ouvert 24/24 heures

Les missions du FPC

- Le FPC s'adresse à des patients souffrant de pathologies mentales chroniques stabilisées.
- Le soin est ici fondé sur :
 - ❖ l'autonomisation du patient en vue d'une réinsertion sociale
 - ❖ La volonté que le patient devienne acteur de sa prise en charge
- Pour ce faire, les soignants :
 - ❖ Élaborent un projet de vie individualisé, tout en maintenant la stabilisation des troubles
 - ❖ Accompagnent les patients dans toutes leurs démarches sociales et médicales
 - ❖ Aident aussi les patients dans les gestes de la vie au quotidien
 - ❖ Organisent des activités, des sorties et des séjours thérapeutiques.

Le FPC est une unité d'hospitalisation de moyen à long terme, pour les patients dont l'hospitalisation en soins aigus (UHTP), n'est plus adaptée.

LES SOINS A DOMICILE (FPC)

Les patients concernés conservent une autonomie leur permettant de rester dans leur cadre de vie (domicile, appartements associatifs ou maison de retraite) ordinaire. Les rendez-vous sont pour la plupart hebdomadaires, mais ils peuvent être bimensuels ou mensuels.

L'équipe de 5 infirmiers travaille du lundi au vendredi, de 9h à 17h.

Les missions des Soins A Domicile

L'équipe assure l'évaluation clinique, le suivi et l'accompagnement des patients à domicile, dans un contexte en découlant très particulier.

Son objectif initial est de prévenir une rechute trop rapide, à un moment où le patient est encore fragile et présente une instabilité qui pourrait le conduire à une nouvelle hospitalisation.

La VAD constitue un acte qui garantit à certains malades la préservation d'une relative autonomie face aux difficultés qu'ils rencontrent pour organiser leur existence au quotidien.

LE CENTRE D'ACCUEIL THERAPEUTIQUE A TEMPS PARTIEL (CATTP)

« Le CATTP est un lieu de soins séquentiels où les patients bénéficient d'activités centrées sur des médiations, de groupes de parole, de sorties et séjours thérapeutiques ».

Il s'agit d'un lieu de soins dans lequel les patients se déplacent et se retrouvent. Les soins sont pour la plupart collectifs (10 ateliers, 1 groupe parole, 5 accueils chaque semaine), mais ils peuvent être aussi individuels (2 créneaux de 2 heures chacun pour des rendez-vous d'ergothérapie).

Les activités se déroulent au premier étage du centre H** D**, dans un espace comprenant 5 grandes pièces. Les accueils se déroulent chaque après-midi. Les activités thérapeutiques prédéfinies se déroulent les matins et après midi.

Le CATTP est ouvert de 9h à 17h (temps soignant), et de 10 h à 12 h 30 + de 14 h à 16 h 30 (temps patient), du lundi au vendredi, chaque semaine de l'année (hors 1 semaine autour de Noël).

L'équipe soignante se compose d'infirmiers, d'ergothérapeutes et d'un psychologue.

Les missions du CATTP

Les patients accueillis sont en phase post-aigue (se trouvant parallèlement en intra), ou en phase stabilisée.

L'objectif du CATTP est de favoriser et de maintenir une existence autonome aux personnes soignées par des actions de soutien et des thérapies de groupe. Cette formule de soins s'adresse à une population ayant des difficultés à s'insérer dans le tissu social.

Cette unité permet aux patients concernés :

- soit de s'appuyer sur le cadre, l'activité, la matière, le thérapeute,
- soit de bénéficier de temps d'échanges avec des soignants ou d'autres patients,
- soit les 2.

L'HOPITAL DE JOUR (HDJ)

Bénéficie en général aux patients pouvant se maintenir à domicile (quelques patients viennent de l'UHTP), pour une capacité au 31/12/2013 de 10 places.

Les soins se déroulent pour la plupart au centre H** D**, 4^{ème} étage, sinon au travers de VAD.

2 ergothérapeutes constituent l'équipe soignante. Ils accueillent les patients de 10h à 16h30, du lundi au vendredi.

L'HDJ comprend une grande salle d'activité, une salle polyvalente, un bureau (utilisé par des patients et les soignants), une cuisine, une salle de menuiserie et des sanitaires.

Les missions de l'HDJ

□ Les buts

Dans un travail en lien avec les autres structures du service, l'hôpital de jour, orienté vers une démarche ergo thérapeutique, a pour principaux buts :

- L'observation et l'évaluation de la personne sur le terrain de la réalité.
- Le renforcement des capacités du sujet à connaître, gérer et élargir si possible les limites que lui donne la maladie.
- L'autonomisation, en étant au plus près du besoin thérapeutique de chaque patient nous essayons de favoriser par des moyens variés son individualité, son indépendance et sa vie sociale.
- L'orientation, en collaboration avec la personne, son médecin et les équipes, et en fonction de son évolution dans les prises en charge, nous étayons un projet d'avenir.

□ Les bases de fonctionnement

L'ergothérapie se pratique dans un cadre stable défini par :

- Des lieux (atelier, autre lieux)
- Des personnes (patients, ergothérapeutes)
- Des temps (horaires, durée)
- Un agir (activité, règles la concernant)

L'activité, cadrant ou d'expression, est un médiateur dans la relation patient-ergothérapeute.

Trois types de prises en charge sont envisageables :

- En individuel : Mise en jeu d'une relation duelle privilégiée au travers d'une technique médiatrice, permettant la reconnaissance et l'expression de soi du patient. (Le "J'existe")
- En semi-individuel : L'atelier est un espace de relations interhumaines où chacun doit mettre en jeu son autonomie et respecter l'autre, c'est l'expression de son individualité dans un contexte d'échange. ("L'autre existe")
- En travail de groupe : Ce type de travail produit une dynamique sociale, autour d'un même objet avec ses richesses et ses contraintes. ("J'existe en interaction avec l'autre").



Diplôme de Cadre de Santé

DCS@14-15

TYPE DE DOCUMENT

Mémoire

TITRE DU DOCUMENT

Travail en réseau dans la cité : un défi pour le cadre de santé en CMP

Bérangère RECHT

3.4.1.1 MOTS CLES

Travail en réseau, centre médico-psychologique, interdisciplinarité, cadre de santé

3.4.1.2 KEY WORDS

Network, medical and psychological consultation centre, interdisciplinarity, health manager

RESUME

Depuis 1960, la psychiatrie est organisée en secteur afin d'offrir des soins au plus près des lieux de vie des patients. De plus, avec le développement des soins en ambulatoire, les centres médico-psychologiques deviennent le pivot des prises en charges. L'approche systémique demande de ne plus envisager le patient uniquement dans le cadre de la pathologie psychiatrique. Les équipes de soins doivent travailler avec tous les partenaires sociaux, médico-sociaux et associatifs existant dans le monde du patient. Or les équipes de soins ne s'investissent pas beaucoup dans le travail en réseau en dehors de l'hôpital. Pour quelles raisons ? Comment le cadre de santé en CMP peut favoriser la participation de l'équipe dans le travail en réseau à l'extérieur du service ?

Pour répondre à cet objectif, j'ai interviewé cinq cadres de santé exerçant en centre médico-psychologie, plus deux infirmiers, 2 assistantes sociales et 1 médecin, faisant tous partie d'une équipe de centre-médico-psychologie.

ABSTRACT

Since 1960, psychiatric care is organized in sectors to deliver health care close to patients' homes. With the development of outpatient cares, medical and psychological consultation centres have become central care. The Systemic approach requires not to view the patient based on their psychiatric condition. Care teams have to work with all social partners, medico-social partners and the voluntary and community groups, existing across the patient's environment. But care teams are not very active in the network outside the hospital. Why? How the health manager can promote the team's involvement in the network outside the hospital?

To meet this objective, i interviewed five health managers, two nurses, two social workers and one psychiatrist, all working in medical and psychological consultation centres.