



EHESP

DESSMS

Promotion : **2014-2015**

Date du Jury : **Octobre 2015**

**Quel fonctionnement pluridisciplinaire
dans les établissements sanitaires, sociaux
et médico-sociaux au service des
personnes accompagnées ?**

*Les relations entre professionnels soignants et socio-
éducatifs au sein d'un établissement accueillant des
personnes en situation d'exclusion*

Sonia Rochatte

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier la directrice et l'ensemble de l'équipe de direction du Centre d'accueil et soins hospitaliers de Nanterre pour l'accueil qui m'a été réservé en tant que stagiaire, ainsi que leur écoute et leur disponibilité à mon égard tout au long des huit mois de stage.

En particulier, je souhaite remercier le directeur du Pôle orientation sociale et médicale (PAOSM), qui fut un maître de stage à la fois soutenant et confiant, ainsi que les deux adjointes de direction, le médecin chef du pôle de médecine sociale et la coordinatrice des activités médicales du PAOSM.

Je souhaite ensuite remercier l'ensemble des équipes du PAOSM, et en particulier l'encadrement et les agents du Centre d'hébergement et de réinsertion sociale de longue durée (CHRS-LD). Bien que connaissant un fonctionnement difficile et un avenir incertain, elles m'ont donné les moyens de travailler avec eux en tant que directrice stagiaire, et de conduire la réflexion permettant de réaliser ce travail.

J'espère ne pas heurter les personnes qui m'ont aimablement accordé de leur temps par mes interprétations et mes conclusions. Comme je l'ai exposé aux agents durant mon stage, ce travail, et notamment les préconisations qui sont faites en troisième partie, n'engagent que leur auteur et doivent être replacées dans la perspective plus globale des réflexions d'une future directrice d'établissement sanitaire, social et médico-sociale, prochainement confrontée à la problématique de la pluridisciplinarité.

Je remercie chaleureusement les membres de la direction, de l'encadrement et des équipes des trois structures que j'ai visitées en France et au sein desquelles j'ai chaque fois passé une journée à leurs côtés. Leur disponibilité face à mes demandes et leur bienveillance à l'égard de la démarche que j'entreprenais ont très fortement contribué à ma compréhension des enjeux et des problématiques posés par la pluridisciplinarité.

Je souhaite aussi remercier Paula Cristofalo, ma référente mémoire, pour son aide précieuse, notamment en termes de méthodologie et de recherche bibliographique. Enfin je remercie les personnes ayant concouru, à l'EHESP, à nous fournir les apports nécessaires à la réalisation de ce travail.

Sommaire

Introduction	1
1 Le cadre théorique et méthodologique.....	5
1.1 Professions sanitaires et sociales, pluridisciplinarité : le contexte national.....	5
1.1.1 La réglementation de l'exercice des professions et l'organisation cloisonnée de la formation, initiale et continue	5
1.1.2 Les constats nationaux en matière de pluridisciplinarité.....	7
1.2 Le contexte du terrain de stage et ses conséquences sur les choix théoriques et méthodologiques	9
1.2.1 Description du CHRS-LD	9
1.2.2 La catégorisation des groupes professionnels choisie	11
1.3 Le cadre méthodologique de ce mémoire	14
1.3.1 Articulation entre les missions de stage et la réalisation de ce mémoire.....	14
1.3.2 Etat des lieux du fonctionnement du CHRS-LD.....	15
1.3.3 Eléments de comparaison	17
1.3.4 Formulation de pistes d'amélioration du fonctionnement pluridisciplinaire	17
2 Les défis d'un fonctionnement pluridisciplinaire dans l'organisation actuelle du CHRS-LD	18
2.1 Illustration du fonctionnement actuel du CHRS-LD par le parcours-type d'un résident.....	18
2.1.1 Admission	18
2.1.2 Mise en place du projet d'accompagnement	20
2.1.3 Accompagnement dans la vie quotidienne	22
2.1.4 Accompagnement dans l'insertion sociale et/ou professionnelle.....	23
2.1.5 Accompagnement dans le soin.....	24
2.1.6 Mise en place d'un projet de sortie de la structure	25
2.2 Quelles causes limitent la pluridisciplinarité au CHRS-LD ?	26
2.2.1 Le partage des valeurs et pratiques professionnelles au CHRS-LD.....	26
2.2.2 Le partage des documents et informations relatifs aux résidents.....	27
2.2.3 Encadrement et management.....	29
2.3 Les difficultés générées par la mise en œuvre du projet social.....	31
2.3.1 Le contenu du projet social	31
2.3.2 Une perspective qui altère le fonctionnement pluridisciplinaire	32
3 Quelles propositions pour un fonctionnement pluridisciplinaire harmonieux du futur CHRS médicalisé ?	34
3.1 Les difficultés de mise en œuvre d'une pluridisciplinarité réelle.....	34

3.1.1	Le rôle de l’informalité et la gestion des personnalités.....	34
3.1.2	La centralité de l’encadrement et du management	36
3.1.3	Le rôle de chacun et la polyvalence	38
3.2	Affirmer la pluridisciplinarité dans le projet de CHRS médicalisé	40
3.2.1	Un « départ » difficile.....	40
3.2.2	Les opportunités du CHRS médicalisé.....	42
3.3	Les outils et méthodes à proposer	44
3.3.1	Les outils de la pluridisciplinarité.....	44
3.3.2	L’amélioration du partage de l’information	48
	Conclusion.....	51
	Sources et Bibliographie	53
	Liste des annexes	I
	Annexe 1 :Calendrier de travail	II
	Annexe 2 :Organigramme du CHRS-LD	III
	Annexe 3 :Tableau « les professionnels du CHRS-LD »	IV
	Annexe 4 :Tableau « fiches de poste »	VI
	Annexe 5 :Liste des personnes rencontrées en entretien	XVI
	Annexe 6 :Grille d’entretien utilisée au CHRS-LD	XVII

Liste des sigles utilisés

AHI	Accueil Hébergement Insertion
AMP	Aide médico-psychologique
ANACT	Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail
ANI	Accord national interprofessionnel
APP	Analyse des pratiques professionnelles
ARS	Agence régionale de santé
AS	Aide-soignant
ASS	Assistant de service social
ASHQ	Agent de service hospitalier qualifié
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CASH	Centre d'accueil et de soins hospitaliers
CATTP	Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CESE	Conseil économique, social et environnemental
CESF	Conseiller en économie sociale et familiale
CHAPSA	Centre d'hébergement et d'accueil pour personnes sans abri
CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CHRS-LD	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale de longue durée
CMP	Centre médico-psychologique
CSP	Catégorie socio-professionnelle
DALO	Droit au logement opposable
DESSMS	Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
DPC	Développement professionnel continu
DRIHL	Direction régionale et interdépartementale de l'hébergement et du logement
EDAS	Espace départemental d'action sociale
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ETP	Equivalent temps plein
FFMPS	Fédération française des maisons et pôles de santé
HAS	Haute autorité de santé
HPST	Hôpital Patients Santé Territoires
IDE	Infirmier diplômé d'Etat
IPES	Institut de la précarité et de l'exclusion sociale
IUFM	Institut universitaire de formation des maîtres
LAM	Lit d'accueil médicalisé

LHSS	Lit halte soins santé
LMD	Licence Master Doctorat
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
PACES	Première année commune aux études de santé
PAI	Projet d'accompagnement individuel
PAOSM	Pôle Accueil Orientation Sociale et Médicale
PREF	Plan de retour à l'équilibre financier
SAVS	Service d'accompagnement à la vie sociale
SIAO	Service intégré d'accueil et d'orientation
SROSMS	Schéma régional d'organisation sociale et médico-sociale
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
SSR	Soins de suite et de réadaptation
TS	Travailleur social
VAE	Valorisation des acquis de l'expérience

Introduction

En préambule du futur projet concernant les établissements sociaux et médico-sociaux du Centre d'accueil et de soins hospitaliers (CASH) de Nanterre est inscrit un des objectifs suivants : le « recentrage des missions permettant de maintenir les équilibres budgétaires et de valoriser ce qui fait la spécificité du CASH : l'accueil pluridisciplinaire, tant médical, psychiatrique que social sur une plate-forme régionale¹ ». La pluridisciplinarité est ainsi présentée comme un des piliers du savoir-faire de l'établissement.

Cependant le projet de service 2012-2016 du Centre d'hébergement et de réinsertion sociale de longue durée (CHRS-LD), la structure qui constitue l'objet d'étude du présent travail, indique, au sujet de l'articulation entre le CHRS-LD et le SSIAD : « points à travailler : le sanitaire et le social constituent deux cultures différentes : les professionnels ont donc parfois du mal à communiquer, et à se coordonner² ». Si la pluridisciplinarité sanitaire et sociale est un des atouts du CASH, et du CHRS-LD, sa mise en œuvre semble n'en demeurer pas moins complexe.

Le terrain professionnel de référence pour la réalisation du mémoire est celui du Centre d'accueil et de soins hospitaliers (CASH) de Nanterre, rassemblant trois activités principales : activités hospitalières de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), soins de suite et de réadaptation (SSR), et psychiatrie à l'hôpital Max Fourestier, un Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) de 200 places, et les activités sociales regroupées au sein du Pôle Accueil et Orientation Sociale et Médico-sociale (PAOSM), totalisant plus de 600 lits et places.

Le PAOSM comprend lui-même plusieurs structures, sanitaire (consultation médicale du CHAPSA), médico-sociales (Lits halte soins santé – 48 lits, Service de soins infirmiers à domicile, Service d'accompagnement à la vie sociale – 15 places) et sociales (Centre d'hébergement et d'accueil pour personnes sans abri – CHAPSA, 257 places, Centre d'hébergement et de réinsertion sociale – CHRS, 126 places, Centre d'hébergement et de réinsertion sociale de longue durée – CHRS-LD, 104 places, Résidence sociale – 56 places).

Parmi ces structures, le CHRS-LD est un établissement unique en son genre en France qui accueille, à hauteur de 104 places, des personnes issues de la grande exclusion, en situation de perte d'autonomie et/ou porteuses de pathologies faisant obstacle à une sortie du dispositif. Les résidents y sont accompagnés dans les actes de la vie quotidienne par une équipe d'aides médico-psychologiques (AMP), sous la responsabilité

¹ Projet 2020 du Pôle Accueil Orientation sociale et médicale du CASH, version de travail en vigueur au 19/06/2015, p5

² Projet de service 2012-2016 du CHRS de longue durée (CHRS-LD), p42

d'un cadre de santé, et suivis par une équipe de travailleurs sociaux, sous la responsabilité d'un cadre socio-éducatif. Près de la moitié d'entre eux sont en outre accompagnés par le Service de soins à domicile (SSIAD) du PAOSM, entièrement dédié au CHRS-LD.

Le projet de ce service associe donc une prise en charge sanitaire et un accompagnement social, pour des personnes cumulant les difficultés liées à leur situation d'exclusion et à la perte d'autonomie et/ou la maladie physique ou psychique.

Cette complexité du profil des résidents susceptibles d'être accueillis au CHRS-LD conduit aujourd'hui au constat d'une admission trop souvent « par défaut » de personnes qu'il est difficile voire impossible d'orienter par ailleurs, et rend l'accompagnement par les professionnels difficile, de nombreux résidents souffrant de troubles du comportement et/ou d'addictions multiples. Par ailleurs, comme le sous-entend l'extrait du projet de service précédemment cité, la réalisation d'un accompagnement réellement pluridisciplinaire, associant professionnels du soin et professionnels sociaux au service des résidents pose un certain nombre de problèmes. Cela a conduit, en 2012, à séparer l'encadrement des équipes de travailleurs sociaux (encadrement socio-éducatif), et l'encadrement médico-social (équipe d'AMP), au sein de cette structure unique. Cette séparation était perçue comme le seul remède à des difficultés de fonctionnement.

Enfin, le CHRS-LD fait actuellement face à un défi majeur dans le cadre du projet du PAOSM en cours de validation. Ce projet vise en effet à externaliser à l'horizon 2018 les structures d'hébergement social au sens strict (les CHRS) et à conserver des activités associant prise en charge sanitaire et sociale, conformément à la double vocation hospitalière et sociale du CASH. Le CHRS-LD est à ce titre doublement touché : la moitié environ de ses places sera fermée alors que l'autre moitié sera conservée et associée au SSIAD de l'établissement pour créer un établissement hybride qui pourrait être appelé « CHRS médicalisé », soit une structure à la fois sociale et médicale.

Parallèlement à tous les enjeux posés par un tel projet, celui d'améliorer le fonctionnement pluridisciplinaire du futur CHRS médicalisé doit être poursuivi, afin que cet établissement assure les missions qui lui seront imparties.

La notion de pluridisciplinarité s'appuie tout d'abord sur l'identification des différentes catégories professionnelles travaillant au sein de la structure et de leurs interactions. A cette fin, on se référera d'abord à la notion de « groupe professionnel », dont la définition

retenue renvoie, à l'instar de l'ouvrage *Enquêter sur le travail*, « à l'ensemble des individus ayant le même métier » au sein de la structure³.

Ces groupes professionnels se définissent notamment par des identités ou des cultures professionnelles qui leur sont propres. Pour Philippe Bernoux, l'identité « renvoie à la création de soi à travers l'expérience de la socialisation »⁴ et met par conséquent l'accent sur la dimension volontariste de la construction identitaire par l'acteur, qu'il soit un individu ou un groupe professionnel.

A l'inverse, la notion de culture professionnelle insiste sur la « stabilité des construits et des capacités d'action collective »⁵, et renvoie plutôt à l'influence d'une organisation ou d'un groupe sur des individus. Cette approche par la culture est à rapprocher de la définition des « systèmes d'action concrets » proposée par Michel Crozier et Erhard Friedberg dans leur analyse des organisations, soit un ensemble de régulation des actions⁶. Elle peut notamment éclairer les mécanismes qui opèrent lorsqu'un nouveau professionnel est recruté et qu'il intègre les mécanismes propres au groupe professionnel qu'il rejoint, c'est-à-dire la culture professionnelle propre à ce groupe.

Ces deux logiques complémentaires sont bien à l'œuvre dans la définition et l'affirmation des groupes professionnels présents au sein du CHRS-LD. Néanmoins, l'intérêt de ce travail est moins l'identification et la description de groupes professionnels aux identités ou aux cultures propres, que l'analyse de l'interaction entre ces groupes. C'est dans cette perspective qu'apparaissent les notions de pluridisciplinarité, de pluriprofessionnalité, mais aussi de coopération et de coordination.

Selon Alain Depaulis, « l'adjectif « pluridisciplinaire » est souvent associé à une équipe tenue à une mission précise, (il) prend en compte des savoirs différents et s'efforce de les articuler, pour tendre vers un objectif commun »⁷.

D'après les définitions proposées par la Fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS), la pluriprofessionnalité revêt un caractère plus lâche, dans le sens où il s'agit non pas de réunir différents points de vue spécialisés pour aboutir à la résolution d'un problème, mais « d'utiliser la complémentarité des savoirs et des compétences pour améliorer la résolution des problèmes rencontrés⁸ ».

La situation au sein d'un établissement tel que le CHRS-LD, qui réunit des professionnels autour d'un projet commun, correspond bien à celle d'une équipe pluridisciplinaire

³ AVRIL, Christelle. CARTIER, Marie. SERRE, Delphine. *Enquêter sur le travail*. Paris : La Découverte. 2010, p76

⁴ AMBLARD, Henri. BERNOUX, Philippe. HERREROS, Gilles. LIVIAN, Yves-Frédéric. *Les nouvelles approches sociologiques des organisations*. Paris : Seuil. 1996. p46

⁵ *Ibid*, p52

⁶ *Ibid*, p53

⁷ DEPAULIS, Alain. NAVARRO, Jean. CERVERA, Gilles. *Travailler ensemble, un défi pour le médico-social. Complexité et altérité*. Toulouse : Eres Editions. 2013. p38

⁸ Disponible sur le site Internet de la FFMPS (www.ffmps.fr/index.php/definitions/lexique)

poursuivant ledit projet de service pour le bénéfice des usagers ou résidents d'un établissement ; c'est cette notion qui sera donc retenue.

Cette équipe pluridisciplinaire se caractérise par les rapports qu'entretiennent l'ensemble de ses membres. Dans cette logique, la coopération peut être définie, pour reprendre le Larousse, comme « l'action de participer à une œuvre commune ». De manière peut-être plus adaptée, Marie-Aline Bloch, reprenant Walter Leutz, définit la coordination dans les secteurs sanitaire, social et médico-social comme un modèle « où différents (acteurs) s'accordent pour mettre en cohérence les soins et les aides qu'ils fournissent⁹ ».

Dès lors que les équipes du CHRS-LD sont, ou devraient être, mobilisées par un projet commun et encadrées par une direction commune, il semble pertinent de parler de coordination.

Compte-tenu de ces éléments de définition, et étant donné les axes de travail présentés dans le projet d'établissement du CHRS-LD, l'enjeu posé est celui de favoriser un fonctionnement pluridisciplinaire dans une structure mêlant des groupes professionnels aux identités et aux cultures différentes. Cette pluridisciplinarité apparaît en effet à la fois comme un atout au service du parcours des personnes accompagnées, et comme une difficulté pour assurer la coordination des groupes professionnels.

Dans cette perspective, il convient de s'interroger sur les outils mobilisables pour améliorer le fonctionnement pluridisciplinaire et la bonne coordination des professionnels. Par exemple, la pertinence de maintenir un encadrement distinct des équipes d'AMP et de travailleurs sociaux alors que ces groupes professionnels ont pour objectif de travailler au même projet de vie des résidents pourra être interrogée.

Telles sont les interrogations auxquelles ce travail tente de répondre. Il s'attachera tout d'abord à définir le cadre théorique et méthodologique, en s'intéressant à la fois au contexte national, à celui du CHRS-LD qui constitue l'objet d'étude, et à la méthodologie utilisée pour étudier le sujet (I). Il visera ensuite à dresser l'état des lieux le plus détaillé possible du fonctionnement du CHRS-LD selon le prisme de la pluridisciplinarité et à en mettre en évidence les limites au sein de la structure (II). Enfin, il tentera d'identifier les principales sources de difficulté à prendre en compte pour assurer un fonctionnement pluridisciplinaire dans un établissement, les leviers à mobiliser dans le cadre du futur CHRS médicalisé pour mettre en place un tel fonctionnement, et les outils qui peuvent être utilisés pour assurer la pluridisciplinarité dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux (III).

⁹ Walter Leutz cité dans BLOCH, Marie-Aline. HENAUT, Léonie. *Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*. Paris : Dunod. 2014. p8

1 Le cadre théorique et méthodologique

1.1 Professions sanitaires et sociales, pluridisciplinarité : le contexte national

1.1.1 La réglementation de l'exercice des professions et l'organisation cloisonnée de la formation, initiale et continue

Les groupes professionnels intervenant au sein du CHRS-LD du CASH de Nanterre, qui seront évoqués et décrits tout au long de ce travail, relèvent d'une réglementation propre, déterminant un cursus de formation précis sanctionné par un diplôme d'Etat. Parmi elles, les professions médicale et infirmière se distinguent particulièrement en ce qui concerne leur réglementation, la première étant concernée par un « monopole médical », la seconde par un « décret d'exercice » détaillant une liste d'actes susceptibles d'être réalisés par les infirmiers. A l'inverse de ces deux professions qui imposent l'obtention du diplôme adéquat, les autres professions sont susceptibles, au sein des établissements, d'être occupées par des personnes non-diplômées ou « faisant-fonction ». Ce n'est néanmoins par la situation au sein du CHRS-LD, où l'ensemble des postes pourvus est occupé par des agents qualifiés à hauteur de l'emploi qui leur est confié.

En évoquant le travail pluridisciplinaire, sanitaire et social, au sein d'un établissement, le premier constat frappant est celui du cloisonnement dans lequel sont pensées et construites les professions sanitaires et sociales. Juridiquement, les premières relèvent du Code de la santé publique alors que les secondes (y compris les aides médico-psychologiques) s'appuient sur la réglementation issue du Code de l'action sociale et des familles.

Ces deux sources normatives distinctes se retrouvent dans la manière dont sont construits les cursus de formation de ces professions, qui mettent en évidence une forme de cloisonnement métier, entre professions sanitaires et sociales, mais aussi parfois au sein même des formations d'un même champ. A titre d'exemple, un des rapports issus des Etats généraux du travail social¹⁰ dont les résultats ont été rendus publics en 2015, précise que « la formation des travailleurs sociaux titulaires de diplômes à Bac+3 (...) comporte deux domaines de compétences qui portent sur la communication et les partenariats professionnels. Pour autant, ces deux domaines de compétences restent relativement « périphériques » dans la formation ».

¹⁰ DIRECTION GENERALE DE LA COHESION SOCIALE. Ministère des Affaires sociales et de la Santé et des droits des femmes. Etats généraux du travail social. Rapport du groupe de travail « *Coordination interinstitutionnelle entre acteurs* » remis par Philippe METEZEAU. Février 2015. p34

De même « l'encadrement socio-législatif (...) des professions de santé se fonde sur une institutionnalisation très contrôlée de la formation et des compétences¹¹ », comme le précise Françoise Bouchayer. Ce cadre légal d'exercice « génère le cloisonnement », selon un rapport de 2011 « relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire ¹²».

Ces constats posent une première fois la question de la possibilité de mettre en œuvre un fonctionnement pluridisciplinaire sanitaire et social sur le terrain, alors même que les personnels prennent leur fonction en disposant d'une formation strictement centrée sur l'exercice de leur métier, et n'ayant pas mis en évidence les atouts et les difficultés d'un travail en commun avec des personnels aux fonctions différentes, dans l'objectif commun du soin et de l'accompagnement des usagers.

Des réflexions sont actuellement en cours afin d'améliorer les formations initiales et continues dans les secteurs sanitaire et social du point de vue de la pluridisciplinarité et de la connaissance interprofessionnelle.

Dans le secteur sanitaire, les évolutions envisagées visent d'abord à établir des passerelles entre les différentes formations, pour faciliter les évolutions d'un métier vers un autre. C'est cet esprit qui se retrouve dans la préconisation du rapport Hénart¹³ de créer des « métiers intermédiaires en santé » à partir des métiers paramédicaux d'aujourd'hui, en intégrant les formations dans le système universitaire « LMD » (Licence – Master – Doctorat), afin de favoriser la flexibilité des parcours de formation et professionnels. La mise en place récente de la première année commune aux études de santé (PACES), pour les formations aux professions médicales, dentaires, pharmaceutiques et maïeutique relève de la même démarche.

Dans le secteur social, les diplômes de travail social ont fait l'objet d'une réingénierie, effectuée entre 2002 et 2009 sous l'égide de la Commission professionnelle consultative¹⁴, aboutissant notamment au découpage des formations en domaines de compétences. Un tel découpage pourrait permettre de rapprocher les différentes formations par le biais d'un tronc commun. C'est l'objectif retenu dans un des rapports remis en 2015 dans le cadre des Etats généraux du travail social¹⁵, qui fait le constat

¹¹ Françoise Bouchayer in SCHWEYER, FX. PENEK, S. CRESSON, et al. *Normes et valeurs dans le champ de la santé*. Rennes : Editions de l'Ecole nationale de la santé publique, 2004. p77

¹² HENART, Laurent. BERLAND, Yvon. CADET, Danielle. *Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire. Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer*. Rapport remis aux Ministres du Travail, de l'Emploi et de la Santé, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, et à la Secrétaire d'Etat chargée de la Santé. Janvier 2011. p5-11

¹³ *Ibid*

¹⁴ DIRECTION GENERALE DE LA COHESION SOCIALE, Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Geste et Louis Dubouchet Consultant. *Evaluation de la réingénierie de 10 diplômes d'Etat de travail social (niveau IV à I). Note de synthèse et préconisations*. Décembre 2013. p4

¹⁵ DIRECTION GENERALE DE LA COHESION SOCIALE. Ministère des Affaires sociales et de la Santé et des droits des femmes. Etats généraux du travail social. Rapport du groupe de travail « *Coordination interinstitutionnelle entre acteurs* » remis par Philippe METEZEAU. Février 2015. p10

suyant : « afin d'assurer une meilleure connaissance des acteurs et des institutions et favoriser la constitution d'un réseau d'acteurs, il est apparu au groupe de travail national que le développement de formations interinstitutionnelles pouvaient être un vecteur adéquat ».

Mais ces propositions restent cantonnées au sein des formations sanitaires d'une part, des formations sociales d'autre part. Dès 2004, un avis du Conseil économique, social et environnemental¹⁶ mettait en évidence la nécessité de connaître les contenus des métiers du secteur social par les professionnels soignants, et inversement. A ce titre Alain Depaulis aborde la question de l'enseignement de la démarche multidisciplinaire à l'Université¹⁷, sous la forme d'un module dispensé « dans les facultés de médecine, de sciences humaines, les écoles d'éducateurs, les écoles d'infirmières, ... » Cet enseignement constituerait « un socle de réflexion partagée qui pourrait alors se diffuser dans tous les lieux de pratique ».

Cependant le cloisonnement initial entre professionnels de la santé et du social reste important, et demeure un frein à la mise en place d'une pluridisciplinarité réelle au sein des établissements et services, en dépit d'incitations nationales fortes à l'exercice pluridisciplinaire.

1.1.2 Les constats nationaux en matière de pluridisciplinarité

Les incitations actuelles des politiques publiques vont pourtant dans le sens d'une plus grande transversalité et d'une pratique pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle des acteurs du système de santé - pris au sens large, c'est-à-dire englobant les soins et l'accompagnement social et médico-social.

Ces incitations se retrouvent dès les ordonnances de 1996¹⁸, instituant des réseaux de soins ayant pour objectif d'assurer une meilleure orientation du patient et de favoriser la coordination et la continuité des soins. Ces réseaux concernent les établissements hospitaliers, mais aussi les professionnels libéraux et les établissements et services médico-sociaux.

¹⁶CONSEIL ECONOMIQUE ET SOCIAL. *Le recrutement, la formation et la professionnalisation des salariés du secteur sanitaire et social*. Avis adopté au cours de la séance des 6 et 7 juillet 2004 et Rapport présenté par M. Michel Pinaud, rapporteur, au nom de la section du travail. Juillet 2004, p26

¹⁷ SCHWEYER, FX. PENEK, S. CRESSON et al. *Op. cit.* p188

¹⁸ Ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins. Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000192992&categorieLien=i>

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires¹⁹ (loi HPST) renforce cette orientation ; elle institue par exemple – au travers de son article 51 - les protocoles de coopération, permettant de modifier le partage des rôles et les modalités d'exercice entre professionnels (entre médecins et IDE notamment). De même, concernant les formations, elle institue le développement professionnel continu (DPC – article 59), obligeant les professionnels de santé à s'impliquer dans un processus de formation continue qui, élément nouveau, peut être mis en place de manière pluriprofessionnelle.

La loi de santé en cours de discussion au Parlement²⁰ s'inscrit dans la même logique d'incitation à la coopération, en prolongeant notamment les expérimentations d'un financement des fonctions de coordination des professionnels de santé, afin de les favoriser.

Enfin, la mise en avant de « parcours de santé », très présents dans le langage des politiques de santé publique depuis plusieurs années, reflète la même tendance. Dans cette perspective, le positionnement d'un directeur d'institution publique de santé est d'accompagner ces logiques, notamment en favorisant un travail collectif et solidaire des différents types de professionnels, au sein de la structure et avec ses partenaires extérieurs. Le CHRS-LD est particulièrement concerné, puisqu'il vise explicitement à assurer à la fois la continuité des soins – en lien notamment avec le secteur hospitalier du CASH de Nanterre -, l'accompagnement social et l'accompagnement dans les actes de la vie quotidienne pour les résidents de la structure.

Pourtant, on constate des sources institutionnelles de blocage importantes au sein et entre les politiques sanitaires et sociales générant un fort niveau de cloisonnement à tous points de vue. Ce cloisonnement conduit à sectoriser les professionnels en autant de milieux culturels distincts, avec leur identité et leurs institutions de référence propres.

En effet, les dispositifs de formation n'intègrent que de faibles possibilités de rencontre et d'échanges entre personnels soignants et sociaux ; le DPC créé par la loi HPST ne s'applique pas aux professionnels du secteur social. Une des propositions formulées par un des rapports issus des Etats généraux du travail social²¹ vise d'ailleurs à transposer aux salariés du secteur social un « DPC social », dont l'enjeu « serait de garantir la qualité des pratiques de l'ensemble des travailleurs sociaux ».

¹⁹ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Disponible sur http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20090722&numTexte=1&pageDebut=12184&pageFin=12244

²⁰ Projet de loi de modernisation de notre système de santé, version adoptée en première lecture à l'Assemblée nationale le 14 avril 2015 <http://www.assemblee-nationale.fr/14/ta/ta0505.asp>

²¹ DIRECTION GENERALE DE LA COHESION SOCIALE. Ministère des Affaires sociales et de la Santé et des droits des femmes. Etats généraux du travail social. Rapport du groupe de travail « *Formation initiale et formation continue* » remis par Florence PERRIN. Février 2015. p26

Expliquant en partie cette situation, le cloisonnement des financements et la logique des multiples « tutelles » (Agences régionales de santé, Directions régionales de l'habitat et du logement, Directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale, Conseils généraux) incitent peu à la mutualisation des moyens matériels et humains et à des initiatives transversales. En particulier, la création des Agences régionales de santé par la loi HPST (article 23) a eu pour conséquence de réunir sous la compétence d'une même institution les secteurs sanitaire et médico-social (dans sa majorité), mais n'a pas intégré le secteur social, qui reste de la responsabilité des directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (ou dans le cas du CHRS-LD, de la Direction régionale et interdépartementale de l'habitat et du logement), faisant perdurer la logique de cloisonnement entre secteurs sanitaire et social.

Ce contexte national encore peu propice à la mise en place d'un exercice professionnel décloisonné entre acteurs du sanitaire et du social a des répercussions importantes sur la capacité des établissements à mettre en place un fonctionnement pluridisciplinaire. Les professionnels de santé qui intègrent un établissement ne connaissent pas, sauf exception propre à leur parcours, ceux du secteur social, et inversement. De même, le financement des emplois sanitaires et sociaux ne relève pas des mêmes institutions et donc pas des mêmes logiques ou politiques. Le CHRS-LD du CASH de Nanterre est, comme de nombreux autres établissements, concerné par ce cloisonnement.

1.2 Le contexte du terrain de stage et ses conséquences sur les choix théoriques et méthodologiques

1.2.1 Description du CHRS-LD

Le fonctionnement actuel du Centre d'hébergement et de réinsertion sociale de longue durée, qui a constitué le terrain de stage et de réalisation de ce mémoire, ne peut être compris sans un rapide aperçu historique. Le CHRS-LD est l'héritier du Centre d'accueil, une structure de type asilaire proposant un hébergement durable mais non dotée de reconnaissance juridique. Celui-ci était intégré à un ensemble appelé Maison de Nanterre, fonctionnant dès 1887 avec un dépôt de mendicité pour les personnes « recueillies » dans la rue, une partie asilaire accueillant vieillards et indigents, et une infirmerie, qui se développe et s'ouvre progressivement aux habitants du quartier.

La Maison de Nanterre devient en 1989 le Centre d'accueil et de soins hospitaliers (CASH) de Nanterre, bénéficiant d'un statut particulier d'établissement public à caractère

sanitaire et social, dérogatoire à la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales²².

Le Centre d'accueil est transformé en CHRS-LD par arrêté préfectoral du 18 décembre 2003, lui conférant une reconnaissance juridique dans le cadre d'un processus de normalisation et d'humanisation, avec une capacité de 320 places. En 2004 est créé au sein du CASH le Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD), ayant pour mission d'intervenir uniquement au sein du CHRS-LD auprès des résidents nécessitant des soins.

Aujourd'hui, en dépit des spécificités qui seront évoquées ensuite, le CHRS-LD est concerné par le référentiel national des prestations du dispositif « Accueil – Hébergement – Insertion » (AHI) de 2011²³, piloté par la Direction générale de la cohésion sociale et faisant l'objet d'une planification pluriannuelle départementale. Comme l'ensemble du secteur social, il est encadré par les dispositions de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale²⁴. Il est financé par une dotation annuelle de financement accordée par l'unité départementale des Hauts-de-Seine de la Direction régionale et interdépartementale de l'hébergement et du logement (DRIHL).

Les orientations de résidents au CHRS-LD sont effectuées, comme pour tout CHRS, par l'intermédiaire du Service intégré d'accueil et d'orientation (SIAO) de l'unité départementale des Hauts-de-Seine de la DRIHL.

Au sein du CASH de Nanterre, le CHRS-LD comme le SSIAD font partie du Pôle Accueil Orientation sociale et médicale (PAOSM - anciennement « secteur social »).

Après divers redimensionnements, la capacité d'accueil du CHRS-LD est de 104 personnes seules, hommes ou femmes. Selon les dernières données disponibles concernant les résidents et datant de 2014, près de 90% d'entre eux sont des hommes, pour un âge moyen de 55 ans.

La grande majorité des résidents est issue de la grande exclusion, avec souvent un parcours de vie à la rue. Les admissions au CHRS-LD relèvent, dans 85% des cas, d'un besoin de prévenir ou retarder une perte d'autonomie, mais le CHRS-LD a aussi un objectif de réinsertion sociale et/ou professionnelle. Ce double accompagnement constitue la spécificité du CHRS-LD par rapport à un CHRS « classique ».

²²Loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000699217&dateTexte=20001222>

²³Disponible sur http://www.drihl.ile-de-france.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/REFERENTIEL-prestations-A4_cle135d77.pdf

²⁴Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000215460&categorieLien=i d>

De fait 46 résidents, soit près de la moitié du CHRS-LD, sont accompagnés quotidiennement par le SSIAD créé spécifiquement pour le CHRS-LD, et assurant la prise en soins pour ces personnes, reconnues handicapées ou âgées de plus de 60 ans. Elles souffrent de problèmes somatiques, psychiatriques, ainsi que d'addictions souvent multiples résultant de leur parcours d'exclusion.

Le profil de ces résidents cumulant des problèmes d'insertion et des besoins en soins rend leur réorientation difficile et explique les durées de séjour au CHRS-LD, qui sont en moyenne de 5 ans, mais peuvent excéder 10 ans pour un certain nombre de résidents.

Le fonctionnement du CHRS-LD s'est adapté à la structure pavillonnaire du CASH de Nanterre : il comporte deux bâtiments de deux étages - appelés "Soleil" et "Amazonie" - constituant chacun une unité de vie. Malgré des travaux d'humanisation entre 2003 et 2005 qui ont permis de transformer les dortoirs en chambres, l'hébergement est collectif, en chambre de deux ou trois places, et les blocs sanitaires et douches partagés à chaque étage. Des travaux plus récents ont permis d'améliorer l'accessibilité des bâtiments, par la création d'ascenseurs, mais l'architecture du bâtiment demeure un frein à l'autonomie de certains résidents à mobilité réduite.

Les locaux communs comprennent des salles destinées à la prise du petit déjeuner, à la détente (salles de télévision) et aux animations, ainsi que les locaux professionnels (offices des AMP et du SSIAD, bureaux des travailleurs sociaux). Un service de restauration est proposé au déjeuner et au dîner, dans un restaurant commun aux résidents des CHRS et CHRS-LD du CASH, situé à l'extérieur du CHRS-LD ce qui constitue une autre difficulté pour la mobilité de certains résidents du CHRS-LD.

Les professionnels intervenant au sein du CHRS-LD, qu'ils appartiennent au CHRS-LD, au SSIAD, ou qu'ils soient mutualisés à l'ensemble du PAOSM, sont nombreux et diversifiés. Ils comprennent en effet infirmiers, aides-soignants, aides médico-psychologiques, moniteurs éducateurs, assistants de service social, psychologues, animateurs, personnel hôtelier et d'entretien, veilleurs de nuit, cadres et directeurs.

Un tableau présenté en annexe 3 détaille précisément la composition professionnelle du CHRS-LD. Pour les besoins du présent travail, ceux-ci ont été classés en plusieurs groupes professionnels.

1.2.2 La catégorisation des groupes professionnels choisie

Afin de poursuivre l'objectif d'une analyse du fonctionnement du CHRS-LD du point de vue de la pluridisciplinarité, la définition des professionnels présents sur le terrain a constitué un travail particulièrement déterminant.

C'est la notion de groupe professionnel qui a été retenue comme grille de lecture, au sens du sociologue Emile Durkheim repris par Jacques Saliba : « seul le groupement professionnel en rapprochant les individus par le partage de la même compétence et d'un idéal moral commun répond à l'exigence de cohésion et d'intégration sociale ; il régule leurs actions et leurs représentations ; leur permet d'intérioriser les valeurs et les normes transcendantes²⁵ ». Sans ignorer les formes d'hétérogénéité qui animent les groupes professionnels, c'est à travers ce prisme qu'est analysé le fonctionnement du CHRS-LD.

L'objectif a été de respecter au mieux une double cohérence, générale, du point de vue des formations et référentiels métiers connus pour les divers groupes professionnels, et spécifique à l'établissement, du point de vue des profils de poste, des identités et représentations professionnelles à l'œuvre au CHRS-LD. On peut à ce titre se référer à l'annexe 4 présentant les fiches de poste des professionnels.

La catégorisation présentée ci-dessous est simplificatrice, dans le sens où elle gomme certaines spécificités et oublie certaines fonctions. On peut néanmoins estimer qu'elle est fonctionnelle au regard de l'objectif recherché, celui d'étudier les interactions entre les groupes.

A) Les professionnels éducatifs et/ou sociaux : les travailleurs sociaux (8 ETP)

Ce groupe professionnel rassemble des personnes aux formations professionnelles différentes (assistants sociaux, moniteurs-éducateurs), mais tous dotés de la même fiche de poste. On retrouve de fait une situation pointée du doigt par Jean-René Loubat²⁶, selon lequel « l'un des principaux paradoxes (...) consiste à affirmer une polyvalence des tâches entre des formations de niveaux bien différents (...) et à les rémunérer différemment ». De ce fait, on peut d'ores et déjà formuler l'hypothèse selon laquelle les pratiques professionnelles de ces agents sont influencées par des formations différentes.

Les travailleurs sociaux constituent une équipe intervenant sous la responsabilité hiérarchique du cadre socio-éducatif, responsable du CHRS-LD. Leurs fiches de poste correspondent en une majorité de points aux référentiels des métiers d'assistant de service social et de moniteur-éducateur proposés par la fonction publique hospitalière : assistance aux personnes pour leur insertion sociale et professionnelle, suivi par des entretiens, lien avec les partenaires extérieurs, médiation avec l'entourage.

Un certain nombre des activités attribuées aux travailleurs sociaux du CHRS-LD dépasse néanmoins le strict référentiel métier, et nécessite en conséquence un travail en

²⁵ Jacques Saliba in AIACH, P et FASSIN, D, *Les métiers de la Santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*. Paris : Anthropos - Economica, 1994. p56

²⁶ LOUBAT, JR, *Penser le management en action sociale et médico-sociale*. 2^e édition. Paris : Dunod, 2014. p243

coordination avec d'autres groupes professionnels : accompagnement à l'extérieur de résidents dans le cadre de diverses démarches, proposition et co-animation d'activités socio-éducatives, participation à l'inventaire et au rangement de la chambre.

Les référents sociaux sont en outre chargés du maintien à jour du dossier unique du résident, censé être partagé par tous les professionnels au sein du CHRS-LD.

B) Les professionnels médico-sociaux : les AMP (12 ETP)

Selon l'arrêté de 1992 qui modifie le diplôme d'AMP (diplôme de travail social de niveau V), ceux-ci « participent à l'accompagnement des personnes handicapées ou des personnes âgées dépendantes dans les équipes professionnelles sous la responsabilité d'un travailleur social ou paramédical afin de leur apporter notamment l'assistance individualisée que nécessite leur état physique ou psychique²⁷ ». Dans le cas du CHRS-LD, l'équipe d'AMP a été d'abord placée sous la responsabilité du cadre socio-éducatif, responsable de structure, pour être en 2012 hiérarchiquement placée sous la responsabilité du cadre de santé du PAOSM, également cadre du SSIAD.

La fiche de poste correspond au référentiel métier de la fonction publique hospitalière pour cette qualification professionnelle. Les AMP du CHRS-LD sont notamment chargés de l'accueil des nouveaux résidents, de l'accompagnement physique et psychologique individualisé dans les gestes de la vie courante (prise des repas, gestion du linge).

On note qu'outre les activités qui rejoignent celles évoquées par le référentiel métier, d'autres sont précisées dans la fiche de poste des AMP du CHRS-LD, impliquant un travail en coordination avec d'autres professionnels de la structure : accompagnement des résidents à l'extérieur, participation à la désinfection des chambres, mise en place et animation des activités socio-éducatives au sein du CHRS-LD.

C) Les professionnels de l'hôtellerie : les ASHQ (12 ETP)

Cette catégorie professionnelle inclut les personnels chargés de l'hygiène des locaux et ceux chargés de la lingerie. Les personnels chargés de la restauration ne sont pas évoqués ici, puisqu'ils travaillent en commun avec ceux du CHRS, au sein du restaurant du CHRS utilisé par les résidents du CHRS-LD.

Les fiches de poste élaborées pour ces groupes professionnels du CHRS-LD reflètent globalement les référentiels métiers proposés par la fonction publique hospitalière. Ici aussi pour certaines tâches, la fiche de poste précise que celles-ci doivent être réalisées en coopération avec d'autres professionnels du CHRS-LD, et notamment les AMP (participation à l'accompagnement des résidents pour les personnels de la lingerie, entretien des chambres des résidents pour les agents chargés de l'hygiène des locaux).

²⁷ Arrêté du 30 avril 1992 instituant un certificat d'aptitude aux fonctions d'aide médico-psychologique (JO du 26 août 1992), cité dans PASCAL, H. *Histoire du travail social en France. De la fin du XIXe siècle à nos jours*, Rennes : Presses de l'EHESP, 2014. p257

D) Les professionnels sanitaires : IDE et AS du SSIAD (respectivement 6 et 7 ETP)

Les personnels du SSIAD interviennent pour les soins de la moitié environ des résidents du CHRS-LD, sur prescription médicale, en journée uniquement. Le SSIAD dispose de locaux propres, incluant des salles de soins et de consultation, mais l'essentiel de l'activité du personnel du SSIAD est réalisée au sein du CHRS-LD auprès des résidents concernés : soit directement dans leur chambre, soit dans le local réservé au SSIAD. Les IDE et AS du SSIAD sont sous la responsabilité du cadre de santé du PAOSM, qui assure aussi l'encadrement des AMP du CHRS-LD. Fait notable, leur fiche de poste précise, parmi leurs missions, « l'intervention dans le cadre d'une équipe pluriprofessionnelle au sein du CHRS-LD » (voir annexe 4).

E) Le corps médical (3,5 ETP)

Les praticiens généralistes du PAOSM interviennent auprès des résidents du CHRS-LD soit ponctuellement lors de consultations, soit plus régulièrement en lien avec le SSIAD pour les personnes bénéficiant de cet accompagnement. En dépit d'un fonctionnement encore largement autonome, propre à l'organisation « traditionnelle » de la fonction médicale en établissement, la situation au sein du PAOSM rejoint le constat selon lequel « le médecin s'intègre de plus en plus comme n'importe quel autre professionnel dans une organisation rationalisée du travail »²⁸. Les praticiens du SSIAD sont en effet sous la responsabilité fonctionnelle d'un coordinateur des activités médicales et PAOSM et du chef de pôle de médecine sociale du CASH.

1.3 Le cadre méthodologique de ce mémoire

1.3.1 Articulation entre les missions de stage et la réalisation de ce mémoire

Deux missions qui m'ont été confiées en tant que stagiaire de direction au sein du PAOSM du CASH de Nanterre m'ont permis de conduire cette réflexion relative à la pluridisciplinarité sanitaire et sociale au sein du CHRS-LD.

La première mission, sur toute la durée du stage, a visé à assumer la gestion « au quotidien » du CHRS-LD, sous la responsabilité du directeur du PAOSM et en lien avec les deux adjoints de direction du PAOSM, socio-éducatif d'une part et paramédical d'autre part. Cette mission m'a permis de disposer d'éléments d'analyse relatifs au fonctionnement du CHRS-LD, au travers des points hebdomadaires réalisés avec le cadre responsable du service, de la conduite de réunions de services et/ou institutionnelles, ou encore de la gestion des difficultés posées par certaines situations au quotidien.

²⁸ Jacques Saliba in AIACH, P et FASSIN, D, *Op. cit.*, p143

Une seconde mission qui m'a été confiée pendant la durée du stage a consisté à accompagner l'élaboration et le début de la mise en œuvre du projet du PAOSM, par le travail en partenariat avec le prestataire extérieur chargé de formaliser le projet, la participation aux réunions avec les partenaires extérieurs (financeurs) en vue de l'élaboration du projet, et le lien avec les autres directions fonctionnelles du CASH (direction des finances, direction des ressources humaines, pôle logistique et travaux) sur les aspects techniques du projet. Dans ce cadre, j'ai pu participer à la conception de la future structure « CHRS médicalisé » intégrée au projet du PAOSM, en particulier dans la mise en œuvre de son caractère pluriprofessionnel et pluridisciplinaire.

J'ai aussi contribué à la mise en œuvre de la politique de communication interne autour du projet du PAOSM, notamment par la relance, la préparation et l'animation du Comité de suivi du projet du PAOSM, réunissant une vingtaine de personnes représentatives du personnel salarié du pôle. Cet axe particulier de la mission m'a permis d'envisager les aspects liés à la transition du fonctionnement actuel du CHRS et du CHRS-LD vers la fermeture de ces deux structures et l'ouverture du CHRS médicalisé.

1.3.2 Etat des lieux du fonctionnement du CHRS-LD

A partir du positionnement dont j'ai bénéficié au travers de ma fonction de directeur stagiaire et des missions qui m'étaient confiées, la réalisation de ce mémoire s'est d'abord appuyée sur un état des lieux, le plus complet et exhaustif possible, du fonctionnement du CHRS-LD, en théorie et en pratique. Cet état des lieux s'est déroulé en deux temps distincts et successifs.

Je me suis d'abord fondée sur mon observation et mon analyse du fonctionnement de la structure, acquise au cours de ma présence sur le terrain et dans ma mission de gestion quotidienne du CHRS-LD. Afin d'identifier les potentiels décalages entre le fonctionnement théorique et le fonctionnement en pratique, je me suis en outre appuyée sur les outils existants au sein de la structure.

Le principal outil que j'ai utilisé est le projet de service 2012-2016 du CHRS-LD. Il a été élaboré en 2010-2011 par un précédent directeur stagiaire au sein du PAOSM et validé en juin 2011 ; il s'inscrivait dans le cadre plus large du projet social et médico-social 2008-2012 du CASH. Ce document complet a été élaboré sur la base de plusieurs démarches : recueils statistiques, groupes de travail, enquête à destination des personnels et résidents, approche comparative par la visite d'autres structures. Il est cependant assez peu connu des professionnels, n'est utilisé ni par eux ni par l'encadrement, et ne fait l'objet d'aucun suivi.

Un second document utilisé, intitulé "état des lieux du CHRS-LD", a été réalisé en janvier 2013 par l'encadrement socio-éducatif du CHRS-LD, dans les suites de la mise en place

du double encadrement. Ce document est rédigé dans la seule perspective de l'encadrement, est inconnu des équipes du CHRS-LD et met en évidence les aspects fonctionnels ou dysfonctionnels de la structure.

Enfin, d'autres outils m'ont permis d'alimenter l'état des lieux du CHRS-LD, notamment les fiches de postes existantes, que j'ai pu analyser au regard des référentiels métiers de la fonction publique hospitalière.

Le second temps de l'état des lieux du CHRS-LD a consisté en la réalisation d'entretiens avec les différents groupes professionnels et les usagers du CHRS-LD, sur la base d'une grille d'entretien semi-directive. J'ai fait le choix d'entretiens de groupe au sein des locaux du CHRS-LD du fait des réticences à participer que j'avais anticipées. Ma démarche pouvait en effet être assimilée aux groupes de travail qui avaient été organisés au cours de l'année 2014 dans le cadre de la préparation du projet du PAOSM. Or les finalités et la méthode de ce projet ont été mal acceptées par les professionnels du CHRS-LD.

En conséquence, j'ai rencontré les professionnels par groupe professionnel, selon la catégorisation que j'avais préalablement établie, pour des durées d'environ deux heures à chaque fois. Cela a permis, comme l'évoque l'ouvrage *Enquêter sur le travail* au sujet d'une enquête conduite auprès d'assistantes sociales, de mettre en évidence les divisions au sein d'un même groupe professionnel, de même que le souci de « mettre en avant l'unité du groupe »²⁹.

J'ai par ailleurs effectué des entretiens individuels avec trois résidents du CHRS-LD, en choisissant des profils les plus diversifiés possible selon le sexe, l'ancienneté dans la structure, et le fait d'être suivi ou non par le SSIAD du CHRS-LD.

Un retour de ma part, ouvert à tous les professionnels de la structure, a été réalisé, visant à restituer une synthèse des entretiens réalisés et à présenter mon analyse du fonctionnement de la structure.

J'ai pu rencontrer en entretien les groupes professionnels suivants : la direction du PAOSM (adjoint socio-éducatif et adjoint paramédical), le cadre socio-éducatif, responsable du CHRS-LD, le médecin coordinateur des activités médicales, les travailleurs sociaux, les AMP et les ASHQ.

Le psychologue, les animateurs et le cadre de santé de PAOSM n'ont pu être rencontrés, étant en arrêt lors de la réalisation des entretiens, ou les postes étant non pourvus.

Par ailleurs, les IDE et AS du SSIAD n'ont pas été rencontrés : un nombre important de postes vacants a conduit l'encadrement à estimer que l'entretien représentait une surcharge de travail trop importante. Les personnels administratifs n'ont pas donné de réponse aux sollicitations. Enfin l'entretien avec les personnels de nuit n'a pu être organisé pour des raisons d'agenda.

²⁹ AVRIL C, CARTIER M, SERRE D. *Op. cit.* p96 et suivantes

1.3.3 Éléments de comparaison

Ce travail d'état des lieux a été complété par une approche comparative et une analyse du fonctionnement d'autres établissements confrontés à ces problématiques de pluridisciplinarité. Le CHRS-LD étant un établissement unique en son genre, j'ai contacté des établissements possédant d'autres statuts, mais eux-aussi caractérisés par la présence de professionnels sanitaires et sociaux, dans une mission d'accompagnement de personnes en situation d'exclusion et nécessitant des soins, somatiques ou psychiatriques.

Mes recherches m'ont conduite à m'intéresser à trois établissements : un CHRS de 17 places adossé à un centre hospitalier spécialisé en psychiatrie, un EHPAD comprenant une unité de vie de 15 places spécialisées dans l'accueil de personnes issues de la rue, et une structure regroupant 26 Lits d'accueil médicalisés (LAM).

Cette démarche associait : une prise de contact avec la direction ou l'encadrement de l'établissement, *de visu* ou téléphonique, et un temps sur place d'une journée, couplant la visite des structures, l'observation de leur fonctionnement, et la réalisation d'entretiens semi-directifs, individuels ou par groupes professionnels, selon une grille préalablement élaborée.

Tout en gardant à l'esprit les différences dans les missions ou l'organisation entre ces établissements et le CHRS-LD, cette démarche m'a permis de confirmer certains éléments de diagnostic, et surtout d'envisager des pistes d'amélioration pour le CHRS-LD inspirées des bonnes pratiques recueillies dans ces structures.

1.3.4 Formulation de pistes d'amélioration du fonctionnement pluridisciplinaire

En dernier lieu, des recherches documentaires et le retour des entretiens réalisés dans les structures visitées m'ont permis d'identifier les conditions d'un fonctionnement pluridisciplinaire harmonieux, en mettant en évidence les points-clés d'une organisation pluridisciplinaire et en proposant certains outils permettant de l'atteindre.

Cette démarche s'est inscrite dans une double perspective : d'une part, alimenter la réflexion relative à l'approfondissement du projet de CHRS médicalisé qui doit être mis en place au sein du PAOSM à partir de 2016 et anticiper les difficultés de fonctionnement.

D'autre part il s'est agi de me projeter en tant que future directrice d'un établissement confrontée à un fonctionnement pluridisciplinaire, en envisageant les leviers à mobiliser et les outils à utiliser au service des personnes accueillies.

2 Les défis d'un fonctionnement pluridisciplinaire dans l'organisation actuelle du CHRS-LD

Après avoir posé le cadre contextuel et méthodologique, ce travail cherche à dresser l'état des lieux le plus détaillé possible du CHRS-LD au regard de son fonctionnement pluridisciplinaire. En particulier, il s'agit d'en mettre en évidence les limites, notamment celles qui ont conduit à rétablir un double encadrement des équipes de la structure – et de faire le bilan de ce double encadrement.

Cette partie se fonde sur les outils utilisés pour réaliser l'état des lieux du CHRS-LD, et notamment les entretiens conduits avec les professionnels et les usagers de la structure. La liste exhaustive des entretiens conduits figure en annexe (annexe 5) ainsi que la grille utilisée dans ce cadre (annexe 6). Les guillemets utilisés correspondent à des citations retranscrites des différents entretiens, avec le souci de préserver l'anonymat et, dans la mesure du possible, de ne pas évoquer la fonction des personnes citées.

2.1 Illustration du fonctionnement actuel du CHRS-LD par le parcours-type d'un résident

2.1.1 Admission

Les admissions au sein de la structure sont étudiées et validées au travers de deux étapes successives (rappelons que réglementairement, c'est *in fine* le directeur d'établissement qui prononce les admissions).

L'étude des candidatures est réalisée au travers d'entretiens d'admission ; ceux-ci sont au nombre de deux : un entretien assuré en commun par un travailleur social et un AMP, un autre conduit par le psychologue.

Une commission d'admission est ensuite réunie. Celle-ci est composée *a minima* des professionnels qui ont assuré les entretiens d'admission, du cadre socio-éducatif et du cadre de santé. Cette composition ne fait cependant vraisemblablement pas consensus, l'absence de représentants du corps sanitaire étant regrettée par plusieurs professionnels ; le corps médical déplore l'impossibilité d'intervenir sur les critères d'admission faute d'être « *convié* » à la commission d'admission ; de même les professionnels éducatifs et sociaux « *pointent du doigt l'absence de l'encadrement médical à ces commissions* ».

Ici, la mise en place du SIAO départemental aurait, de l'avis de plusieurs des professionnels interrogés contribué à l'éloignement des professionnels du sanitaire de la commission d'admission du CHRS-LD ; ainsi un facteur extérieur tel que la redéfinition

des acteurs de la régulation dans le secteur de la lutte contre les exclusions aurait contribué à accroître le clivage entre sanitaire et social au sein de la structure.

Les critères d'admission au CHRS-LD sont, paradoxalement, à la fois flous et assez consensuels. Une logique « *humanitaire* » est évoquée par certains professionnels, les critères étant « *très larges, et définis plutôt par la négative* ». Se retrouve ici le poids de l'histoire, le CHRS-LD étant l'héritier du Centre d'accueil, qui accueillait dans l'urgence un public aux profils très variés et selon des critères non précisés.

Pourtant un document précisant ces critères d'admission existe, qui a été élaboré « *il y a environ deux ans* » en groupe de travail. Mais si la grande majorité des professionnels évoquent l'existence de ce document, ils ne s'y réfèrent jamais : « *cela fait longtemps que je n'ai pas relu les critères, je ne sais même plus où ils sont indiqués* ». « *Si j'essaie de consulter ce document, je ne sais pas où le trouver* ». « *Je pense que les équipes ne connaissent pas ces critères* ».

En conséquence, si les professionnels ne donnent qu'une définition approximative des critères d'admission, « *dans 95 % des cas il y a consensus sur les admissions, les critères semblant tacitement partagés* ». Cette situation témoigne d'une faible habitude, au sein de la structure, à se référer à l'écrit, et d'une préférence à l'échange informel et oral.

Une approche plus formalisée et partagée des critères d'admission serait pourtant souhaitable, à deux niveaux. D'une part ceux-ci pourraient être communiqués au SIAO, (qui respecte ses propres critères pour orienter les personnes sur les différentes structures d'hébergement du département), afin d'éviter à cette plate-forme d'orientation d'adresser des personnes dont les profils ne correspondent pas à la structure. D'autre part, l'existence de critères précis permettrait de lever des divergences de vue qui se font pourtant bel et bien sentir. Par exemple, le degré d'autonomie minimal demandé pour intégrer la structure divise les différents corps de professionnels, ainsi que l'a démontré une admission récente, validée par le corps médical mais contestée par les professionnels éducatifs et médico-sociaux. D'une manière générale, la lourdeur de la prise en charge n'est pas objectivée par des critères précis, ce qui rend difficile la définition d'un profil « trop lourd » pour être admis dans la structure, problème pourtant posé de plus en plus fréquemment par l'équipe médico-sociale, qui assure l'accompagnement des résidents dans leurs actes de la vie quotidienne.

Dernier élément concernant la commission d'admission, celle-ci est l'occasion de définir les référents du nouveau résident. Depuis la mise en place d'une équipe d'AMP au CHRS-LD, c'est un système de double référence qui est appliqué : le résident possède un

réfèrent éducatif et social (travailleur social), et un réfèrent médico-social (AMP), qui ont pour objectif de fonctionner en binôme.

En pratique, ce fonctionnement est, de l'avis majoritaire, très « *personne-dépendant* » certains binômes fonctionnent bien, d'autres pas du tout, en général au détriment du réfèrent médico-social, qui n'est pas intégré au suivi du résident. Ce constat est confirmé par ce dont témoignent les résidents de la structure qui ont été interrogés : en effet, l'un d'entre eux avoue ne pas avoir eu connaissance pendant très longtemps de ses référents, un autre les identifie parfaitement, et un troisième ne cite que son réfèrent social, n'évoquant pas l'existence d'un réfèrent médico-social.

Les missions respectives des deux référents ne seraient, encore une fois, pas formalisées, et en tout cas pas précisément connues de tous, « *ce qui pose un problème au fonctionnement pluridisciplinaire* ». L'existence d'un double encadrement socio-éducatif et médico-social, dont les modalités de coordination ne sont pas précisées, est tenue pour responsable par certains professionnels du manque de communication entre les deux groupes professionnels, et par conséquent des limites du système de double référence.

2.1.2 Mise en place du projet d'accompagnement

L'évaluation des besoins et objectifs du résident à son arrivée dans la structure ne fait pas l'objet d'une procédure unique suivie par tous les professionnels.

En effet, un « *premier travail sur des objectifs très généraux* » est effectué en commission d'admission, mais ce sont des objectifs relevant uniquement de la compétence de l'équipe socio-éducative. Les besoins relatifs à l'aide dans les actes de la vie quotidienne ne sont pas ou peu évoqués. Enfin, l'absence de professionnels soignants à la commission d'admission est ici aussi regrettée par plusieurs professionnels, car elle empêche d'évaluer les besoins en soins.

Lors de son arrivée au sein de la structure, « *le résident signe l'intégralité des documents obligatoires, y compris le contrat de séjour qui formule les objectifs qui lui sont fixés* ». Le rapport social adossé au contrat de séjour est lui-aussi signé par le résident. La rédaction de ce document est assurée par le réfèrent social en lien avec le résident, selon des pratiques hétérogènes : certains référents sociaux reçoivent le résident au cours de la première semaine suivant son arrivée pour travailler sur le contrat de séjour, d'autres pas. De même, certains référents sociaux organisent cet entretien en commun avec le réfèrent médico-social, d'autres pas. En effet, de même que pour le suivi des résidents, les modalités de la collaboration pluridisciplinaire entre les deux référents ne sont pas formalisées et sont donc fortement « *personne-dépendantes* ».

La dispersion des outils permettant de fixer les objectifs est importante : en l'absence de projet d'accompagnement d'individualisé (PAI), plusieurs supports sont utilisés à cette fin. Pour les référents sociaux, c'est le rapport social adossé au contrat de séjour. Celui-ci peut prendre des formes très diverses, étant donné l'absence de « grille » commune, et les objectifs fixés ne sont pas accompagnés d'indicateurs permettant d'en analyser l'atteinte ou non par le résident. Le contenu de ce rapport est lui aussi flou, et reprend plus ou moins les « *notes de travail prises et utilisées* » par les référents sociaux dans l'accompagnement des résidents. Eux-mêmes indiquent qu'il faudrait qu'il y ait des instructions plus claires quant à « *ce qui doit être porté par écrit* ».

Pour les référents médico-sociaux, un plan d'aide pour les actes de la vie quotidienne est en cours de formalisation au travers d'une grille d'autonomie. Cet outil vise à être utilisé strictement par les AMP, sans lien avec les référents sociaux, les thèmes abordés étant jugés hors de leur champ de compétence. Dans l'attente de l'opérationnalité de cette grille d'autonomie, c'est l'encadrement soignant qui assure seul l'évaluation des besoins dans les actes de la vie quotidienne, en même temps que l'évaluation des besoins en soins du nouveau résident.

Cette dispersion des outils n'est pas compensée par un travail en commun des deux référents. En effet, un planning de rencontres régulières avec ses référents social et médico-social est théoriquement communiqué au résident lors de son arrivée, mais « *la pratique s'est perdue* ».

La variabilité et la dispersion des documents fixant les objectifs des résidents posent problème lors de la réévaluation des objectifs. Celle-ci a lieu en pratique lors des commissions de renouvellement, sur la base de l'avenant au contrat de séjour évoqué plus haut. Ce document présente les mêmes faiblesses pour la réévaluation que celles pointées pour l'évaluation des objectifs lors de l'admission. Celui-ci n'est pas compensé par un travail préalable, puisque la rencontre du résident avec ses deux référents qui précède normalement chaque étude de la situation en commission de renouvellement « *ne se fait pas toujours* », générant parfois le mécontentement des résidents qui trouvent la proposition d'avenant au contrat « *posée sur leur lit* ».

On peut finalement conclure que ce sont les échéances fixées par le contrat de séjour qui génèrent une discussion autour des objectifs du résident, alors que l'on pourrait s'attendre à ce qu'au contraire, les échéances fixées découlent de la fixation et de la réévaluation de ces objectifs.

En outre, d'une manière générale, un nombre important d'éléments est évoqué oralement lors des commissions d'admission et de renouvellement, mais ceux-ci ne sont pas

consignés par écrit, le seul outil de suivi restant l'avenant au contrat de séjour. On retrouve ici la prédominance des informations orales sur l'écrit au sein de la structure.

2.1.3 Accompagnement dans la vie quotidienne

L'accompagnement des résidents dans leurs actes de la vie quotidienne relève en priorité de la compétence de l'équipe médico-sociale. Les AMP sont en effet chargées de la préparation et du déroulement du petit déjeuner, de l'aide aux résidents ayant la mobilité la plus réduite (pour se rendre au restaurant au déjeuner et au dîner), de l'accompagnement des résidents à leurs rendez-vous médicaux à l'extérieur (policlinique de l'hôpital Max Fourestier et consultation médicale du CHRS-LD – dans les locaux du SSIAD – majoritairement) et de l'aide aux résidents pour la gestion de leur linge. Les AMP sont en plus à l'origine de certaines activités (goûters, coiffure, tricot), d'autant plus depuis l'absence d'animateurs.

L'équipe médico-sociale est « *en première ligne* » sur le terrain, et fait donc face en priorité aux problèmes de comportement des résidents (agressivité, alcoolisations majoritairement). Les AMP sont, en plus d'un ASHQ, les seuls professionnels présents dans la structure les week-ends, où ils sont en conséquence amenés à jouer un rôle de régulation supplémentaire, face aux problèmes évoqués. Or selon l'équipe, « *les problèmes se présentent souvent le week-end, quand il n'y a personne* », pouvant leur donner un sentiment d'impuissance pour agir sur les situations (le seul recours envisageable est, en cas d'incident grave, le service de sécurité du CASH).

Le rôle des AMP varie selon que les résidents sont évalués ou non avec une autonomie suffisante pour entretenir leur chambre et leurs effets personnels. Cette évaluation est considérée comme étant de nature médicale, et relève de l'encadrement soignant, sans concertation avec les AMP. Ceux-ci interviennent en conséquence plus auprès des résidents évalués comme peu autonomes et nécessitant de l'aide dans les actes de la vie quotidienne.

La posture des AMP est de même variable selon que les résidents sont suivis ou non par le SSIAD ; en effet pour les premiers, ce sont les AS du SSIAD qui assurent la majorité du rôle d'accompagnement et d'entretien des effets personnels et du linge. Les AMP sont en conséquence fréquemment en relation avec les AS du SSIAD, puisque leurs rôles se croisent et ne dépendent que du type de prise en charge du résident. Les AMP estiment travailler en bonne entente avec les professionnels du SSIAD, bien qu'ils regrettent n'avoir aucun temps de réunion formel pour échanger sur des situations ou problèmes précis.

Les échanges sont aussi fréquents entre les AMP et les ASHQ, ces derniers étant chargés de l'hygiène et de la lingerie. Les ASHQ assurent en effet l'hygiène des parties communes et du sol des chambres des résidents qui n'ont pas l'autonomie suffisante pour entretenir seuls leur chambre. Dans ces cas, les ASHQ ont pour habitude « *de laisser passer d'abord* » les AMP pour l'entretien des effets personnels (rangement du linge, mise en état du lit), et d'intervenir ensuite.

Enfin, les échanges entre l'équipe médico-sociale et l'équipe socio-éducative à propos des éléments concernant la vie quotidienne des résidents sont strictement oraux, qu'ils soient informels au cours de la journée de travail ou qu'ils interviennent en réunion pluridisciplinaire, et donc encore une fois « *personne-dépendants* ».

2.1.4 Accompagnement dans l'insertion sociale et/ou professionnelle

L'accompagnement social est le domaine de l'équipe socio-éducative, chaque travailleur social ayant entre 15 et 17 résidents en référence. L'ouverture des droits sociaux représenterait une part importante de leur activité, avec l'accompagnement des résidents à l'extérieur pour des démarches administratives ou d'insertion. Mais à l'inverse des tâches d'aides à la vie quotidienne, la charge de travail en matière de suivi social est difficile à évaluer, d'autant plus que les dossiers sociaux des résidents sont conservés dans le bureau des travailleurs sociaux et qu'il n'est pas possible aux autres professionnels d'y accéder seuls (voir ci-après).

En raison de l'absence des animateurs (une en congé maternité et un poste vacant), l'équipe socio-éducative a investi le champ des animations, en lien avec les AMP. Le planning des animations est abordé lors des réunions pluridisciplinaires, mais ici aussi le double encadrement complexifie l'organisation des activités, puisque le cadre socio-éducatif n'est pas en charge d'établir les plannings de travail des AMP.

Les travailleurs sociaux établissent aussi les contacts des résidents avec l'extérieur, mais de l'aveu de tous les acteurs, il y a peu de partenariats établis par le CHRS-LD avec l'extérieur – une situation qui peut être globalement considérée comme commune à l'ensemble des structures du CASH. L'équipe socio-éducative évoque pourtant une période passée où les échanges avec l'extérieur (associations, institutions) étaient plus nombreux, sans pouvoir donner d'explications à cette évolution.

On en conclut que l'évaluation de la charge de travail relative à l'accompagnement social des résidents est difficile à évaluer, et probablement très variable d'un résident à un autre. Si les échanges oraux semblent facilités entre l'équipe socio-éducative et les autres équipes présentes au sein du CHRS-LD (AMP et ASHQ), ils semblent plus compliqués

avec les professionnels soignants (SSIAD) et médicaux. La difficulté d'interaction au sujet de l'attestation d'ouverture de droits à la Sécurité sociale (voir ci-après) témoigne de la difficulté à établir des relations fluides, une situation aggravée par l'absence de temps d'échanges réunissant les équipes socio-éducatives, médico-sociales et soignantes. De l'avis d'un professionnel, « *c'est totalement clivé entre le sanitaire et le social* ». Pire, on peut faire le constat d'une méfiance entre des groupes professionnels aux pratiques professionnelles différentes, et ayant peu d'occasions de contacts ; comme en témoigne un des travailleurs sociaux à l'égard des professionnels du SSIAD, « *comme ils ne m'incluent pas je ne les inclus pas* ».

2.1.5 Accompagnement dans le soin

L'accompagnement des résidents du CHRS-LD dans le soin prend une dimension particulièrement importante pour un établissement social, au regard des caractéristiques de la population accueillie, majoritairement marquée par un vieillissement précoce et un état de santé dégradé.

La moitié environ des résidents du CHRS-LD est en effet suivie par le Service de soins infirmier à domicile (SSIAD), spécialement dédié à cette structure. Le fonctionnement du SSIAD est néanmoins totalement distinct de celui du CHRS-LD : il est géographiquement situé dans un autre bâtiment – les IDE et AS se déplacent au CHRS-LD -, et possède son organisation propre. Les résidents suivis au SSIAD possèdent en effet un contrat de prise en charge et un projet individualisé propres au SSIAD. Une différence profonde est ainsi notable entre les résidents du CHRS-LD qui sont parallèlement suivis au SSIAD, pour lesquels un projet individualisé et des réunions de synthèse existent, et ceux qui ne le sont pas.

Les référents socio-éducatifs et médico-sociaux des résidents du CHRS-LD ne sont néanmoins pas conviés aux réunions du SSIAD concernant leurs projets individualisés. Cela a pour conséquence d'augmenter les incompréhensions entre les travailleurs sociaux et les AS et IDE du SSIAD, les premiers vivant les interventions auprès d'eux comme des « *injonctions* » à acheter certains produits d'hygiène ou à prendre certains rendez-vous.

Les liens entre AS/ IDE du SSIAD et AMP sont plus faciles, du fait d'une cohabitation en pratique sur le terrain, mais aucun temps d'échange n'est formalisé, obligeant, dans les cas posant problème « *à trouver un terrain d'entente entre deux portes* ».

Ces temps d'échange ont existé par le passé, mais auraient été remis en cause du fait de l'impossibilité de chaque groupe professionnel de rester dans son domaine de compétences et d'accepter les décisions des autres professionnels lorsqu'elles n'en relevaient pas.

Les praticiens du PAOSM sont susceptibles d'intervenir auprès de tous les résidents du CHRS-LD, y compris ceux qui ne sont pas suivis par le SSIAD – ils jouent en effet fréquemment le rôle de médecin traitant des résidents. Pourtant les informations dont disposent les médecins sont uniquement celles en provenance du SSIAD, ou les éléments figurant dans le dossier médical, mais pour les personnes qui ne sont pas suivies au SSIAD ils « *ne connaissent rien* ».

Ici non plus, aucun temps d'échange régulier n'existe entre les praticiens et les équipes du CHRS-LD (alors que les praticiens sont présents aux synthèses du SSIAD). Cet échange serait pourtant demandé à la fois par les médecins et les équipes socio-éducatives et médico-sociales. Cela conduit certains praticiens à reconnaître ne pas savoir « *définir quel est le rôle des AMP* ».

Une grande partie des résidents du CHRS-LD présente des troubles psychiatriques et/ou liés à des addictions. Leur suivi est assuré par un centre médico-psychologique (CMP), avec lequel les professionnels organisent régulièrement des synthèses pluridisciplinaires autour de situations individuelles.

Par ailleurs, il existe au sein du CASH un Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel social (CATTP social, relevant du pôle psychiatrie) lequel, à la différence des CATTP habituels qui constituent plutôt un aval des hospitalisations en psychiatrie, a pour vocation d'orienter les personnes vers le soin psychiatrique. Le CATTP social est ouvert à tous les résidents du CHRS-LD. Des réunions mensuelles sont organisées avec cet acteur, ouvertes à tous les professionnels concernés par le suivi des personnes.

Enfin, une Equipe de liaison en addictologie accompagne un nombre important de résidents du CHRS-LD concernés par ces problématiques. Un staff pluridisciplinaire est programmé tous les quinze jours, invitant ici aussi l'ensemble des professionnels intervenant auprès des résidents concernés à s'y rendre.

Ces temps d'échange semblent fonctionner de manière relativement satisfaisante, avec une présence de l'ensemble des groupes professionnels. Pourtant il est notable de mentionner les perceptions méfiantes de ceux-ci les uns envers les autres ; ainsi toutes les personnes interrogées affirment que leur équipe participe systématiquement à ces temps de synthèse, tout en regrettant le fait que les autres équipes n'en font pas toujours autant !

2.1.6 Mise en place d'un projet de sortie de la structure

Comme l'exprime un des professionnels interrogés, « *la finalité de l'accompagnement devrait être la sortie du résident de la structure* ». Pourtant les durées de séjour des

résidents du CHRS-LD sont particulièrement élevées (la durée moyenne était de 5 ans en 2014), et la spécificité de leurs profils ne la justifie que partiellement.

Certains cumulent en effet des problèmes de santé, d'addiction et de précarité qui les rendent difficiles à orienter vers d'autres types de structures ; mais on peut néanmoins estimer que pour d'autres, c'est l'insuffisance du processus de réévaluation des besoins et de l'accompagnement qui retarde les processus de sortie vers d'autres dispositifs d'accompagnement.

Le « poids de l'histoire » est certainement un facteur explicatif à ce niveau, l'ancien Centre d'accueil ayant une vocation asilaire et non d'hébergement temporaire, comme c'est le cas pour les CHRS aujourd'hui. Mais ce fonctionnement peut être jugé dommageable pour certains résidents, qui pourraient accéder à d'autres formes d'accompagnement (EHPAD, foyer-logement) plus pérennes et adaptées à leurs besoins.

2.2 Quelles causes limitent la pluridisciplinarité au CHRS-LD ?

Trois points de difficulté majeurs peuvent être identifiés, qui semblent entraver le bon fonctionnement pluridisciplinaire du CHRS-LD.

2.2.1 Le partage des valeurs et pratiques professionnelles au CHRS-LD

L'un des points qui semble fondamental à mettre en avant pour expliquer les difficultés d'un fonctionnement pluridisciplinaire au CHRS-LD est l'absence de temps d'échange et de partage autour des valeurs, des missions et des pratiques du service. La faible connaissance des documents institutionnels par les professionnels est en ce sens emblématique. En effet un projet de service (2012-2016) existe, qui a été élaboré sous l'impulsion d'un élève-directeur selon une méthode participative ; les professionnels qui étaient présents à cette période évoquent cette élaboration, mais disent ne pas avoir connaissance du document, et ne s'y réfèrent jamais.

Comme l'affirme Jean-René Loubat³⁰, « dès que le projet d'une communauté d'action s'évanouit, les problèmes commencent ». Il distingue un fonctionnement en « groupe primaire », fondé sur « une dynamique d'interactions spontanées, qui évolue par conséquent au gré des affinités de ses membres », d'un fonctionnement en groupe « secondaire », « centré sur l'accomplissement d'objectifs précis et circonstanciés », et pour lequel l'organisation « n'existe plus en fonction de ses membres et de leurs seules affinités mais en fonction d'objectifs et de valeurs supérieurs ».

³⁰ LOUBAT, JR. *Op. cit.* p229

Cette absence de partage autour des valeurs portées par les professionnels du CHRS-LD se retrouve tous les jours au travers des réactions à adopter face aux comportements déviants des résidents. L'absence de « politique » de la structure en matière de gestion de la cigarette, de l'alcool, de l'agressivité des résidents génère, au quotidien, des écarts et des incompréhensions dans l'attitude des différents groupes professionnels. Ainsi l'équipe socio-éducative estime que la gestion de ces problématiques est entachée d'une forme de « jugement » des comportements par les autres professionnels, quand les AMP mettent en avant les difficultés posées en matière de sécurité des professionnels et des autres résidents. Il en résulte un nombre important de situations problématiques – agressivité répétée, alcoolisations massives – qui ne trouvent pas de traduction en termes d'accompagnement, et accroissent le niveau d'incompréhension entre les professionnels de la structure. Les interventions de l'encadrement sont en conséquence répétées, mais vécues par tous comme une solution de court terme et sans bénéfice éducatif pour les résidents.

Une harmonisation des pratiques est en conséquence appelée des vœux de tous. Celle-ci passerait par des formations communes – certaines ont été menées par l'équipe de liaison en addictologie par le passé, mais n'ont pas été reconduites ensuite – ou encore par la mise en place de réunions spécifiquement dédiées à l'analyse des pratiques professionnelles. Cette forme de supervision, assurée avec l'appui d'un intervenant extérieur, a existé dans le passé et, demandée par l'ensemble des professionnels, elle devrait être remise en place dans le cadre du plan de formation 2015.

2.2.2 Le partage des documents et informations relatifs aux résidents

Les conditions du partage de l'information entre les professionnels du CHRS-LD semblent constituer un frein majeur au travail pluridisciplinaire. L'information concernant les résidents est en effet consignée en de multiples lieux, matériels ou informatiques, et comme s'accordent tous les professionnels interrogés pour le dire, « *on est très loin du dossier unique* ».

Des informations concernant le résident sont en effet disponibles à divers endroits.

Un dossier social est situé dans le bureau du travailleur social référent du résident. Il est composé d'une trame unique (pochette pour chaque type d'information), mais il est ensuite, selon les professionnels socio-éducatifs eux-mêmes, rempli de manière hétérogène en fonction des professionnels. L'accès d'autres professionnels à ce dossier n'est pas prévu ni formalisé : pour la plupart des professionnels interrogés, cela ne pose en général pas de problème car ils obtiennent du référent social l'information souhaitée oralement, sans avoir à accéder eux-mêmes au dossier. En revanche le problème se

pose clairement en cas d'absence prolongée d'un des référents sociaux, lorsque ses collègues doivent prendre le relais sur certains suivis et que l'accès n'est pas aisé ni le dossier complété de manière homogène (écrits dans le dossier ou consignés sur ordinateur, éléments renseignés par écrit ou non).

Un autre dossier du résident est conservé dans le bureau des AMP. Celui-ci concerne tous les entretiens et actions réalisés par l'équipe médico-sociale. Un cahier journalier dans le même bureau retrace les principaux événements de la journée, et renvoie à ces dossiers individuels pour les informations concernant les résidents. Le processus d'utilisation de ces deux supports, ainsi que ce qu'ils doivent respectivement contenir, est maîtrisé par l'équipe médico-sociale. Il est en revanche peu clair pour les autres professionnels de la structure qui n'ont pas une idée très précise de « *ce qu'il y a à y mettre* ».

A la connaissance de tous, certains documents – en particulier les documents administratifs, sont en outre conservés au secrétariat de la structure. Ils visent uniquement « *à se prémunir des urgences* », pour ne pas perdre de temps à aller chercher l'information dans les différents dossiers lorsqu'elle est immédiatement nécessaire.

Enfin, pour les résidents parallèlement suivis par le SSIAD ou dont le médecin traitant est un des praticiens du PAOSM, une fiche administrative est adossée au dossier patient, dans les locaux du SSIAD.

Cette multiplicité des lieux de conservation d'éléments du dossier du résident semble paradoxale étant donné le constat, établi par un grand nombre de professionnels, selon lequel il y a « *très peu d'écrits* » et que le bon fonctionnement de la structure est basé sur « *l'échange oral entre les professionnels* ». La connaissance par les différents professionnels du lieu de conservation des différentes informations concernant les résidents est assez faible ; elle l'est de fait aussi pour les résidents eux-mêmes. Dans le cas des dossiers sociaux, qui ne sont pas consignés dans une pièce collective, l'accès aux informations repose en outre sur la disponibilité d'un professionnel pour transmettre l'élément souhaité par un autre professionnel.

Cette situation peut cristalliser les tensions entre professionnels lorsqu'une même information est nécessaire au travail de plusieurs d'entre eux ; il en est ainsi de l'attestation d'ouverture de droits à la Sécurité sociale, qui concentre de fait un grand nombre de mécontentements. L'obtention de cette attestation relève en effet des référents sociaux, mais elle est nécessaire à l'équipe médico-sociale lors des accompagnements des résidents qui le nécessitent aux consultations et aux soins à l'extérieur, ainsi qu'aux équipes soignantes et médicales, pour enregistrer de façon valide les actes médicaux et de soins réalisés.

En lien avec le point précédent concernant les valeurs, les missions et les pratiques de la structure, on peut faire ici le constat d'une définition non partagée du secret professionnel. Cette notion est utilisée indifféremment par l'ensemble des groupes professionnels pour justifier la détention d'une information et sa non-communication systématique aux autres groupes. L'articulation de la notion de secret professionnel avec celle de secret partagé n'a pas été travaillée, avec pour conséquence non seulement la difficulté pour les professionnels à accéder à diverses informations, mais aussi le non-respect des exigences de la loi 2002-2 instituant le dossier unique de l'utilisateur, et une procédure claire d'accès à son dossier par ce dernier.

2.2.3 Encadrement et management

Le nombre de cadres intervenant au sein de cette structure de 104 lits est important, puisqu'on en dénombre quatre. Un cadre socio-éducatif, responsable de la structure, encadre l'équipe socio-éducatrice (travailleurs sociaux) ainsi que les animateurs. Un cadre de santé, encadrant l'équipe médico-sociale (AMP) ainsi que l'équipe soignante du SSIAD, ne fait pas partie du CHRS-LD à proprement parler mais y intervient quotidiennement. Le responsable intendance du PAOSM encadre les équipes d'hygiène et de lingerie (ASHQ) du CHRS-LD. Enfin un cadre intervient chaque nuit, lui-aussi sur l'ensemble du PAOSM pour encadrer les équipes de veilleurs de nuit, mais possède aussi une structure en « référence » ; l'un des trois cadres de nuit est donc référent pour le CHRS-LD. Il est à noter enfin que le psychologue du CHRS-LD n'est hiérarchiquement pas sous la responsabilité d'un de ces cadres, mais dépend directement de la direction du PAOSM, de même que les médecins du pôle.

Le double encadrement socio-éducatif et soignant peut être perçu comme emblématique de la difficulté de la structure à travailler en pluridisciplinarité, puisqu'il a été établi en janvier 2013 devant l'échec constaté d'un encadrement unique. Les causes de cette mise en place varient selon les acteurs interrogés, mais on perçoit globalement la nécessité qui s'imposait de donner un cadre propre à l'équipe médico-sociale (AMP), afin de lui confier un rôle distinct de celui des travailleurs sociaux en les ancrant dans une fonction pleinement médico-sociale, et de développer des pratiques permettant d'améliorer l'hygiène des résidents. Ce point semble de fait avoir été amélioré de l'avis de tous et notamment des résidents, l'un d'entre eux mentionnant que « *depuis qu'il y a les AMP c'est beaucoup mieux* ».

En dépit des causes évoquées, il demeure que la mise en place de ce double encadrement a été très mal vécue, voire conflictuelle, pour les équipes socio-éducative et médico-sociale du CHRS-LD, qui n'ont « *pas compris pourquoi cela a été mis en place* ». Les AMP regrettent le fait d'être cantonnés à un rôle soignant, alors qu'ils estiment qu'ils prenaient davantage part à l'accompagnement social des résidents auparavant, par exemple aux activités. Une pétition aurait même circulé parmi les AMP pour demander à rester sous la responsabilité du cadre socio-éducatif.

Par ailleurs, le fait que le cadre socio-éducatif soit responsable de la structure, et à ce titre présent en permanence au CHRS-LD, alors que l'encadrement soignant est basé dans les locaux du SSIAD contribue à la confusion autour des rôles de chacun d'entre eux. En effet, les AMP recourent tout de même au cadre socio-éducatif en cas d'urgence ou pour demander l'intervention du cadre pour le « recadrage » d'un résident

A ce stade, il semble donc que les effets produits par ce double encadrement soient, de l'avis de la majorité des professionnels, davantage source de clivage et de difficultés dans le fonctionnement quotidien que facilitants – exception faite du lien entre AMP et SSIAD (voir ci-après). Néanmoins ces effets n'auraient pas été réellement étudiés, et à ce titre les équipes du CHRS-LD regrettent le fait que le bilan à six mois du fonctionnement en double encadrement, qui leur a été annoncé lors de sa mise en place, n'ait pas été fait.

L'encadrement de l'équipe des ASHQ par le responsable intendance semble quant à lui fonctionnel, et la coordination bien fonctionner avec les autres équipes du CHRS-LD.

Enfin, la coordination entre équipes de jour et de nuit semble opérationnelle sur le terrain ; celle-ci a en effet fait l'objet d'un travail particulier par le cadre soignant, au travers de transmissions ciblées utilisant le cahier des AMP comme support. Cette transmission n'est en revanche connue que des équipes AMP et ASHQ. En effet, un des travailleurs sociaux a « *découvert ce genre de réunion* » à 19h lors de la prise de poste des agents de nuit et a donc pris l'habitude de s'y « *incruster* » alors que d'autres ignorent l'existence de ces transmissions.

Néanmoins les cadres de jour et de nuit échangent peu, notamment du fait de la difficulté à trouver des horaires permettant cette coordination. De fait, l'impression est assez largement partagée selon laquelle les événements survenus la nuit ne sont pas remontés auprès des équipes présentes en journée, ou que les consignes mises en place en journée ne sont pas suivies par les veilleurs de nuit.

Les temps de réunion apparaissent comme fondamentaux dans le bon fonctionnement d'une structure pluridisciplinaire. Au CHRS-LD, on distingue à ce jour deux temps de réunion opérationnels.

Les réunions de l'équipe socio-éducative, organisées les lundis après-midis. Les réunions « d'organisation » sont en effet, depuis la mise en place du double encadrement, prévues distinctement pour les travailleurs sociaux et les AMP. A ce stade, l'absence prolongée du cadre soignant, suppléée par l'encadrement supérieur soignant, ne permet cependant pas de maintenir les temps de réunion propres à l'équipe médico-sociale.

La réunion pluridisciplinaire est organisée les jeudis après-midis, réunissant en pratique l'ensemble des équipes du CHRS-LD (travailleurs sociaux, AMP, ASHQ, animateurs, psychologue). Les difficultés de fonctionnement liées au double encadrement se font néanmoins sentir dans ce cadre, puisque cette réunion est animée par le cadre socio-éducatif alors que l'encadrement soignant n'assiste pas à la réunion pluridisciplinaire. En effet, certains sujets relatifs à l'organisation du service y sont abordés (animations, problèmes institutionnels) alors que la réunion visait initialement à n'aborder que les situations spécifiques des résidents, autour d'un projet d'accompagnement individualisé qui aurait été mis en place. Selon la direction, c'est pour cette raison que l'encadrement soignant n'y assiste pas, estimant que la réunion pluridisciplinaire ne joue pas son rôle.

On note donc certaines insuffisances de ces temps de réunion à permettre un échange satisfaisant entre tous les groupes professionnels, qui semblent s'avérer particulièrement dommageables pour l'exercice de la pluridisciplinarité. Comme l'analyse un des professionnels interrogés, « *le problème du CHRS-LD est un problème de communication, du fait de la difficulté à écouter l'autre quel que soit son niveau de compétence ou sa fonction* ».

2.3 Les difficultés générées par la mise en œuvre du projet social

Aux éléments précédemment évoqués et que l'on peut considérer comme des obstacles au fonctionnement pluridisciplinaire du CHRS-LD s'ajoute la perspective de mise en œuvre du projet du PAOSM, qui doit s'achever autour de 2020. On peut affirmer que ce projet du PAOSM tendra à accroître les difficultés de fonctionnement de la structure.

2.3.1 Le contenu du projet social

Le projet du PAOSM est issu d'une longue série de groupes de travail et de réflexions, conduits dès 2012. A la fin du premier semestre 2015, date de rédaction de ce travail, son contenu a été déterminé et mis en forme avec l'appui d'un consultant extérieur. Le projet a été validé par le Conseil d'administration du CASH, bien que certains éléments relatifs au financement ou au calendrier restent à préciser. Il doit être mis en œuvre dès 2016.

Le projet s'inscrit dans le cadre plus large du projet d'établissement du CASH, dont il constitue la filière « sociale », aux côtés de quatre autres filières (MCO, psychiatrie, gériatrie, formation-recherche). Il poursuit, comme le CASH dans sa globalité, un impératif

d'économies guidé par le Plan de retour à l'équilibre financier (PREF) signé entre le CASH et ses financeurs. Conjointement à la restructuration des activités, le projet du PAOSM vise donc à en améliorer l'efficacité et à réduire les coûts de fonctionnement.

Le projet du PAOSM peut être défini par deux axes principaux. D'abord, le recentrage des activités sur les structures mixtes, sanitaires et sociales, qui permettent de faire bénéficier les usagers accompagnés de la plus-value que constitue, au CASH, la présence d'activités hospitalières et d'activités sociales. Ce recentrage implique d'une part la fermeture des structures d'hébergement au sens strict, d'autre part la création d'une structure expérimentale médico-sociale, appelée « CHRS médicalisé ».

Pour le CHRS-LD, la conséquence est la fermeture des 104 places actuelles et l'ouverture parallèle de 55 places d'hébergement médicalisé visant à accueillir durablement (à la différence des LHSS, pour lesquels la durée de séjour est théoriquement de trois mois) des personnes issues de la grande exclusion et dont les pathologies lourdes et/ou multiples imposent des soins quotidiens et une surveillance permanente. Les actuels résidents du CHRS-LD parallèlement suivis par le SSIAD correspondent dans l'ensemble au profil des futurs résidents du CHRS-LD.

Le second axe du projet est sa réorganisation autour de trois grands ensembles : l'hébergement, l'accompagnement ambulatoire et la formation-recherche. Le premier ensemble regroupe l'ensemble des structures proposant un hébergement. Le deuxième réunit les activités sans hébergement qui seront proposées au sein du PAOSM, à savoir la consultation médicale du CHAPSA, le SAVS, ainsi qu'une nouvelle activité, appelée « plate-forme d'évaluation sociale et médicale », consistant en un ensemble de consultations médicales, psychiatriques et sociales, visant à évaluer la situation de résidents du PAOSM ou de personnes extérieures (issues de l'hôpital ou d'une association). Enfin l'Institut de la précarité et de l'exclusion sociale (IPES) est un projet de centre de formation-recherche sur les thèmes de la précarité et de l'exclusion sociale, en partenariat avec l'Université de Nanterre.

2.3.2 Une perspective qui altère le fonctionnement pluridisciplinaire

Depuis les premières réflexions autour du projet du PAOSM, celui-ci est générateur de fortes inquiétudes et incertitudes de la part des agents du PAOSM, en premier lieu pour ceux qui sont concernés par les fermetures de structures, et notamment le CHRS-LD. Les propositions de participation des professionnels à l'élaboration du projet faites par la direction ont été reçues avec de fortes réticences, voire une opposition ; ces professionnels estimaient en effet qu'il leur était demandé de travailler « à la mort de leur service ». Par ailleurs, les évolutions successives du projet du fait de son adaptation aux

attentes des financeurs et autres partenaires ont été vécues comme autant de décisions se prenant « dans le dos » des agents du PAOSM.

Le climat social est par conséquent tendu, sur l'ensemble du CASH – concerné par le PREF, au sein du PAOSM, et particulièrement au CHRS-LD, concerné par les perspectives de fermeture. Ces tensions constituent un obstacle supplémentaire au fonctionnement pluridisciplinaire de la structure, ses valeurs et missions étant vécues comme « laissées de côté » au profit d'un travail sur le futur projet de CHRS médicalisé. Les agents ont le sentiment que l'on n'investit plus sur le CHRS-LD, que ce soit matériellement ou humainement (remplacements, formation).

Il découle de cette situation une perte générale du sens du travail effectué par les professionnels. Les plaintes des agents sont nombreuses, conformément à la description par Nacer Leshaf d'un « phénomène organisationnel », exprimant « un sentiment de disqualification et s'inscrivant comme une stratégie de ces acteurs afin de préserver leur position dans l'organisation et garantir la pratique de leur métier, face à un contexte de changement organisationnel important³¹ ».

Avant même la difficulté, voire l'impossibilité de se projeter dans l'organisation cible du PAOSM, se pose la question de la gestion de la phase de transition entre l'actuelle et la future organisation. En effet, le CHRS médicalisé a été présenté comme une structure nouvelle et non comme une transformation d'une partie des places du CHRS-LD. Le fait que des résidents de l'actuel CHRS-LD aient été pressentis pour intégrer le CHRS médicalisé a conduit les professionnels à percevoir ce dernier comme un « résidu » du CHRS-LD. Le calendrier prévu aura pour conséquence le travail concomitant de professionnels d'un établissement « moribond » - le CHRS-LD -, dont le poste doit être supprimé, et d'autres nouvellement affectés à une structure en phase de démarrage – le CHRS médicalisé. Ces professionnels seront pourtant partiellement issus des mêmes équipes : « *ceux qui partent et ceux qui restent* ».

Face à ces bouleversements perçus par les professionnels, le risque de perte d'identité professionnelle est important, de même que la tendance au repli sur soi. Dans un tel contexte, il faut s'attendre à ce que le fonctionnement pluridisciplinaire du CHRS-LD, déjà complexe, pâtisse de la situation.

³¹ LESHAF Nacer, « Problème de légitimité et reconnaissance : la plainte des assistants de service social à l'hôpital psychiatrique aujourd'hui », *Vie sociale*. N°8. Décembre 2014. p124

3 Quelles propositions pour un fonctionnement pluridisciplinaire harmonieux du futur CHRS médicalisé ?

Après avoir dressé l'état des lieux du fonctionnement du CHRS-LD en matière de pluridisciplinarité, l'objectif est d'identifier les points de vigilance à prendre en compte, les leviers à mobiliser et les outils à utiliser pour assurer un fonctionnement pluridisciplinaire satisfaisant, à la fois dans le cadre du futur CHRS médicalisé et, de manière plus générale, dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

Ici aussi, des citations sont reprises des entretiens réalisés au CHRS-LD ou avec les structures extérieures visitées, avec le même souci de préserver l'anonymat des personnes concernées.

3.1 Les difficultés de mise en œuvre d'une pluridisciplinarité réelle

D'après le bilan établi du fonctionnement du CHRS-LD et celui des structures extérieures qui ont été visitées, trois points de vigilance majeurs semblent devoir être pris en compte pour mettre en place un fonctionnement pluridisciplinaire.

3.1.1 Le rôle de l'informalité et la gestion des personnalités

Comme l'état des lieux du CHRS-LD l'a montré à diverses reprises, son fonctionnement est marqué, à plusieurs égards, par une place importante de l'informalité, en particulier en ce qui concerne les échanges entre professionnels. Beaucoup d'entre eux ne disposent pas de temps spécifiques programmés et inscrits dans les plannings pour échanger sur les situations professionnelles. Cela n'empêche pas, dans la plupart des cas un échange informel entre les différents groupes professionnels, « *entre deux portes* ». De même, les échanges y compris au sein de réunions planifiées restent bien souvent du domaine de l'oralité, et l'ensemble des professionnels s'accordent à dire que le contenu des échanges oraux est plus dense que ce dont rendent compte les comptes rendus ou les écrits professionnels.

La place donnée à l'informalité dans les rapports professionnels se retrouve, dans tous les établissements visités, comme un sujet central, d'autant plus que ces établissements sont aussi des lieux de vie, où un effort est généralement réalisé pour rendre l'ambiance et les échanges plus chaleureux et moins normés, afin de se rapprocher d'une ambiance « *comme à la maison* ».

Un certain degré d'informalité est important au sein d'une équipe professionnelle pour fluidifier les rapports interprofessionnels et faciliter l'échange des informations. Ainsi dans un des établissements visités, l'ensemble des catégories professionnelles a spontanément insisté, lors des entretiens, sur l'importance du temps de repas, qui est pris

« tous ensemble », et « constitue un moment d'échange qui compte dans le quotidien ». De même, le rôle du volontariat, lorsque certains professionnels se proposent pour aider ou assurer certaines tâches qui relèvent pourtant du domaine de compétences d'un autre groupe professionnel, est important, puisqu'il permet aux groupes professionnels d'affiner leur connaissance mutuelle, et contribue à améliorer la continuité de l'accompagnement des personnes.

Pourtant, si l'informalité dans les rapports professionnels peut être déterminante pour leur qualité, elle ne peut remplacer les cadres de fonctionnement de la structure préalablement posés. On peut faire en effet le constat selon lequel l'informalité fonctionne quand les rapports interpersonnels sont bons, or l'hypothèse doit être envisagée qu'ils ne le soient pas ou qu'ils se dégradent. Ainsi l'échange informel ne fonctionne généralement plus en période de tension, et il doit alors impérativement être soutenu par des échanges plus matérialisés et objectivés. Ainsi un professionnel de l'une des structures visitées affirme qu'il y a « beaucoup de temps d'échanges informels. Mais depuis peu, du fait de nouvelles tensions dans le service, on se remet à fonctionner par mail ».

De même, l'informalité peut ne pas convenir à tous les groupes professionnels, ou poser problème au regard des contraintes qui s'imposent à certains d'entre eux. Ainsi d'un infirmier d'une structure visitée, pour lequel « le rôle de chacun est un peu flou ; c'est un souci car c'est parfois peu clair sur les responsabilités engagées et la sécurité, par exemple lors de la distribution des médicaments ». En effet, les procédures de travail font partie intégrante de la culture professionnelle soignante depuis longtemps déjà, dans le but de répondre à un objectif de qualité et de sécurité des soins, et obligent à un certain niveau de formalisme. Il est à noter que cette obligation de traçabilité s'avère, avec la montée en charge des démarches d'évaluation y compris dans le secteur social et médico-social, de plus en plus réelle au sein des établissements.

Au sein du CHRS-LD, il semble que la tradition d'absence de formalisation des pratiques accorde une place surdimensionnée aux rapports interpersonnels, avec les déviances qui viennent d'être évoquées. Cela rejoint les propos de Jean-René Loubat, pour qui « dans des établissements à faible identité, les interactions psychoaffectives sont fréquemment évoquées comme prédominantes entre les personnes, dont beaucoup se côtoient et se connaissent depuis de nombreuses années. Il existe une forte intrication des niveaux personnel et professionnel »³². Cela semble bien être le cas au CHRS-LD, où l'absence de travail professionnel autour des missions et valeurs du service est compensée par des rapports professionnels informels, et une prédominance des initiatives individuelles et personnes-dépendantes.

³² LOUBAT JR, *Op. cit.* p232

Face à une telle situation, il semble important d'objectiver les rapports entre les groupes professionnels de la structure, en rétablissant des temps de réunion systématiques permettant d'échanger sur les situations des résidents et les pratiques professionnelles, et en améliorant l'utilisation de l'écrit pour assurer une traçabilité des propos échangés et des décisions prises. Une telle organisation permet de guider l'exercice pluridisciplinaire du métier par les professionnels et de résoudre plus objectivement d'éventuels conflits ou désaccords. Pour reprendre Alain Depaulis, « les divergences diagnostiques et thérapeutiques entre partenaires sont très fréquentes et il est finalement assez aisé de les dépasser lorsqu'on parvient à mettre à plat les raisons techniques qui ont conduit chacun à des choix différents voire opposés. (...) Il est en revanche beaucoup plus difficile de réguler les divergences assises sur des facteurs affectifs, passionnels, surtout lorsqu'ils sont installés dans le temps³³».

3.1.2 La centralité de l'encadrement et du management

L'objectivation des rapports interprofessionnels et la mise en place des temps d'échange nécessaires à l'exercice en équipe pluridisciplinaire sont une des missions qui incombent à l'encadrement au sein des structures. En effet, l'ensemble des cadres des structures visitées est en accord sur le fait qu'« *il y a besoin de beaucoup de coordination* ».

Le rôle attendu des cadres est par exemple détaillé dans un des rapports issus des Etats généraux du travail social³⁴ : « un rôle pour rappeler, pour référer au projet collectif (...); un rôle de diffusion de l'information sur l'évolution des politiques sociales (...); un rôle de management particulier dans le travail social, qui se caractérise par un fort besoin de management par le sens vis-à-vis des professionnels de terrain (...); un rôle consistant à créer et à garantir dans le temps les conditions du travail de coordination, du travail collectif et du partage sur la pratique ».

Dans cette perspective, un encadrement unique à l'ensemble des équipes du service apparaît comme éminemment souhaitable. Dans une des structures visitées, à dominante sanitaire, les assistants de service social ont été repositionnés sous la responsabilité du cadre chef de service, afin d'améliorer leur intégration au fonctionnement pluridisciplinaire du service. A défaut, lorsque par exemple les exigences réglementaires imposent un encadrement spécifique des professionnels du soin, une attention majeure doit être portée à la coordination dans l'encadrement lui-même. C'est précisément ce qui fait défaut au CHRS-LD, au sein duquel les cadres soignant et socio-éducatif ne disposent pas de temps d'échange pour accorder leur positionnement.

³³ DEPAULIS A, NAVARRO J, CERVERA G, *Op. Cit.* p142

³⁴ DIRECTION GENERALE DE LA COHESION SOCIALE. Ministère des Affaires sociales et de la Santé et des droits des femmes. Etats généraux du travail social. Rapport du groupe de travail « *Coordination interinstitutionnelle entre acteurs* » remis par Philippe METEZEAU. Février 2015. p37

Afin que l'encadrement unique ne porte pas préjudice à la compétence « métier » de groupes professionnels aux missions et aux fonctions bien distinctes, la distinction entre un encadrement hiérarchique et un encadrement technique ou « métier » peut être opérée. C'était le cas précédemment dans une des structures visitées, où les assistants sociaux étaient hiérarchiquement placés sous la responsabilité du cadre chef de service, mais pouvaient disposer de l'appui d'un référent métier extérieur à la structure. Le poste de ce référent métier est vacant, ce qui est déploré par les professionnels et le cadre de service, pour qui « *il en résulte un manque de soutien technique sur le travail social* ».

C'est une organisation qui pourrait être imaginée au sein du CHRS-LD, où les AMP seraient à nouveau placés sous la responsabilité du cadre chef de service, mais seraient soutenus par un référent métier, par exemple un cadre de santé, qui animerait notamment certaines réunions d'analyse des pratiques ou à thématique « métier » (voir ci-après).

D'une manière plus générale, le bon fonctionnement pluridisciplinaire d'une structure semble résider dans la capacité de l'encadrement à assumer son rôle de médiateur entre des groupes professionnels, dont les connaissances ou le prisme pour aborder une situation particulière ne sont pas concordants. La spécificité de l'exercice pluridisciplinaire vise dans ce cadre à articuler les approches des différents groupes professionnels, et à les concilier au mieux tout en étant en mesure de prendre une décision *in fine*. Comme le préconise Dominique Genelot à l'intention des managers, « si des logiques apparaissent antagonistes ou contradictoires, évitez de régler le problème en supprimant systématiquement ou en niant l'une des dimensions gênantes de la situation. Efforcez-vous au contraire de comprendre les différentes logiques en présence, qu'il s'agisse des hommes ou qu'il s'agisse des fonctions, et de reconnaître chacune d'elles dans ce qu'elle a de plus spécifique : son origine, son identité, sa raison d'être³⁵ ». On peut prendre l'exemple de la gestion de la consommation d'alcool au CHRS-LD et de ses conséquences. L'encadrement doit parvenir à articuler le point de vue des travailleurs sociaux qui recherchent avant tout l'intégration sociale du résident, des professionnels de santé concernés par les conséquences sur son état de santé, et des AMP préoccupés par la dimension relative à la sécurité et à la cohabitation avec les autres résidents dans la structure.

Enfin, il convient de souligner le rôle du directeur d'établissement et sa nécessaire présence sur le terrain dans la mise en place du et le soutien au travail pluridisciplinaire. Il a pour fonction de soutenir les cadres, de donner une direction, d'apporter une information et d'arbitrer lorsque c'est nécessaire ; cette présence est particulièrement

³⁵ GENELOT, Dominique. *Manager dans la complexité. Réflexions à l'usage des dirigeants*. Paris : INSEP Consulting Editions. 3^e édition. 2001. p339

décisive lorsqu'une structure traverse une période de crise ou de transformation, comme c'est le cas actuellement pour le CHRS-LD. Pour reprendre Dominique Genelot en effet, le rôle d'un manager est celui de piloter par « les finalités³⁶ : le projet poursuivi, les raisons d'être des actions mises en œuvre, ainsi que de donner du sens à tous les niveaux de l'organisation³⁷ »... On pourrait y ajouter la mise en commun des différentes connaissances et compétences des membres de l'équipe pluridisciplinaire au service de ces finalités communes.

3.1.3 Le rôle de chacun et la polyvalence

De même qu'il trouve un équilibre entre l'informalité entre professionnels et la formalisation de leurs rapports, le bon fonctionnement pluridisciplinaire d'une structure doit trouver le juste équilibre entre une définition précise du rôle de chaque groupe professionnel et une certaine flexibilité, voire une certaine polyvalence entre les différentes fonctions représentées.

La pluridisciplinarité requiert en effet de la souplesse dans les rôles assumés par chacun et une forme d'autonomie dans l'exercice de ces fonctions, afin d'assurer la continuité des accompagnements des résidents. La participation au collectif pluridisciplinaire et le partage des objectifs fixés peuvent nécessiter que les professionnels sortent parfois de leur strict domaine de compétence. Il en est souvent ainsi des soirées ou des week-ends, lors desquels l'effectif réduit de personnel implique une réorganisation des tâches et une plus grande polyvalence des agents. Ainsi dans l'une des structures visitées « *les auxiliaires de vie sociale* (chargées de la restauration et de l'entretien) *peuvent « dépanner » s'il manque des AS ou des AMP* ».

De même, l'incapacité d'un groupe professionnel à sortir de sa stricte fonction peut affecter fortement le fonctionnement pluridisciplinaire d'une structure. Dans l'une des structures visitées, à dominante sanitaire, le recrutement de deux moniteurs-éducateurs s'est soldé par un échec, du fait de leur « *absence de volonté d'intégration dans la dynamique de l'établissement* » d'après le responsable.

Une définition imprécise du rôle de chacun perturbe elle-aussi fortement le fonctionnement pluridisciplinaire. Ainsi des propos recueillis dans une des structures visitées : « *la politique est très ouverte, sans définition précise des tâches de chacun, c'est volontaire. Du coup le flou génère parfois des tensions, on se marche les uns sur les autres* ». « *Depuis quelque temps on entend des remarque telles que « reste à ta place », on m'a reproché de me mêler de ce qui ne me regardait pas* ».

³⁶ *Ibid*, p336

³⁷ *Ibid*, p340

Selon Jean-René Loubat, « la définition et l'articulation des fonctions (...) constituent l'architecture de tout fonctionnement d'une entreprise. Cette définition doit s'effectuer à partir de l'utilité sociale de l'établissement ou du service et des contraintes organisationnelles inhérentes à toute entreprise³⁸ ».

Les observations réalisées montrent souvent que même dans les structures jugées globalement fonctionnelles par leurs membres, une catégorie professionnelle assume souvent une polyvalence excessive, en ayant tendance à assumer « par défaut » toutes les tâches qui ne relèvent pas des autres fonctions. Cette catégorie professionnelle se trouve bien souvent en difficulté face à cette situation. C'est le cas par exemple des agents de service dans une des structures, un peu dépassés par les tâches qui leur sont demandées : « *le problème est plutôt la largeur de notre fiche de poste : on gère une multitude de situations. On travaille en surrégime. On fait parfois un boulot d'éducateur* ». De même, dans une autre structure c'est le secrétariat administratif qui assume une grande partie du travail social pour l'ensemble des résidents, au travers de l'ouverture et du suivi des droits sociaux. Cette situation peut être source de difficultés dans la mesure où les agents concernés ne sont pas formés à cet effet et/ou que leur identité professionnelle est dévalorisée par cette fiche de poste construite de manière abstraite et « par défaut ».

Dans l'objectif de réaffirmer les rôles de chacun, les fiches de poste constituent un outil précieux. Elles doivent évidemment être connues et suivies par les professionnels de la structure. Pourtant les démarches effectuées ont montré que dans toutes les structures sans exception, les fiches de poste étaient un instrument peu, pas, ou mal utilisé : « *il y a des fiches de poste mais je ne les ai pas en tête* » ; « *je n'ai pas vu (les fiches de poste), mais 60% des tâches que l'on fait ne sont pas sur la fiche de poste* ».

Il a été montré précédemment que les fiches de poste établies au CHRS-LD donnaient à certains groupes professionnels des missions communes avec d'autres groupes professionnels (accompagnements à l'extérieur, entretien des chambres). Dans ce cas précis, il est en effet important que ces « points de rencontre » dans le travail effectué soient objectivés, afin d'éviter toute incompréhension et de faciliter les synergies entre professionnels sur le terrain.

Enfin, l'organisation du rôle de chacun dans un fonctionnement pluridisciplinaire peut varier selon les structures et les méthodes employées. La description par Arnaud Campéon de deux formes différentes de pluridisciplinarité peut en ce sens être éclairante.

³⁸ LOUBAT, JR, *Op. cit.* p238

Il décrit en effet d'abord la pluridisciplinarité « simultanée³⁹ », identifiée lorsque « les professionnels œuvrent ensemble à un même moment des trajectoires » ; cette forme de concertation qui implique la « reconnaissance réciproque des compétences de chacun ». De manière différente, la pluridisciplinarité est dite « successive » lorsque des « relais » sont mis en place « entre professionnels au long des trajectoires ». Cette seconde forme est en conséquence susceptible de reconnaître implicitement une hiérarchie entre les avis professionnels, ce qui peut être source de tensions. Elle est cependant moins lourde à instaurer, dans la mesure où elle ne requiert pas nécessairement de culture commune à tous les groupes professionnels, mais plutôt une habitude de « recours à l'autre discipline comme ressource en cas de nécessité⁴⁰ ».

Ces deux approches peuvent guider la direction d'établissement dans la mise en place d'une organisation du travail ; en effet, selon les étapes du projet individuel du résident, l'avis d'un groupe professionnel peut prédominer sur un autre, ou la recherche d'un consensus peut au contraire être mise en avant. L'important semble la conscience du type d'organisation qui est mis en place, son objectivation et la mise en place d'outils permettant de régler d'éventuels différends qui en découleraient.

3.2 Affirmer la pluridisciplinarité dans le projet de CHRS médicalisé

3.2.1 Un « départ » difficile

Le projet de CHRS médicalisé intégré au projet du PAOSM, précédemment évoqué, doit relever le défi d'un fonctionnement pluridisciplinaire de qualité ; selon ce projet, une des dynamiques sur lesquelles s'appuiera le CHRS médicalisé est « une pluridisciplinarité beaucoup plus étroite et une meilleure articulation des professionnels⁴¹ ».

La composition professionnelle du CHRS médicalisé sera en effet pluridisciplinaire, puisqu'il intégrera des travailleurs sociaux et animateurs (3 ETP), des AMP (10 ETP) présents nuit et jour, des IDE (6 ETP) et des AS (8 ETP) du fait du regroupement en un seul projet de service de la structure d'hébergement et de l'actuel SSIAD. Des ASHQ interviendront au sein de la structure, mais seront mutualisés sur l'ensemble du PAOSM dans le cadre du projet.

³⁹ CAMPEON, A et al. « Formes et effets de la pluridisciplinarité dans le diagnostic de la prise en charge de la maladie d'Alzheimer ». *Gérontologie et Société*. Fondation nationale de gérontologie. N°142. Mars 2012, p136

⁴⁰ *Ibid*, p139

⁴¹ Projet 2020 du Pôle Accueil Orientation sociale et médicale du CASH, version de travail en vigueur au 19/06/2015, p33

En dépit de la nécessité de mettre en place les conditions d'un fonctionnement pluridisciplinaire opérationnel au sein de la future structure, le constat établi est celui de fortes difficultés et de réticences à aller vers un tel objectif, pour des raisons multiples.

Tout d'abord, le sentiment est fort et partagé par les agents du PAOSM que le projet de CHRS médicalisé représente une « *reprise en main du sanitaire sur le social* », et une mise à l'écart des travailleurs sociaux, piliers du PAOSM depuis ses fondements historiques. Il est augmenté par le fait que le projet du PAOSM, et en particulier celui du CHRS médicalisé, a été très largement conduit par le médecin chef de pôle de médecine sociale, avec un fort avantage conséquemment donné au secteur sanitaire. Cette vision n'est pas entièrement erronée, dans la mesure où l'un des objectifs du projet du PAOSM est le recentrage d'activités sociales sur des activités mixtes sanitaires et sociales.

Les premiers jalons du projet de service du CHRS médicalisé actuellement posés tendent de fait vers celui d'un établissement médico-social ; le modèle initialement poursuivi, mais non retenu du fait de l'absence de financements, était d'ailleurs celui de Lits d'accueil médicalisés (LAM), dont la composition implique un nombre important de personnels soignants, et notamment une présence infirmière jour et nuit.

La structure en personnel qui se dessine pour le CHRS médicalisé est un autre des points de crispation : les professionnels socio-éducatifs deviennent largement minoritaires, et ne constituent plus à proprement parler une équipe, aux côtés des AMP, AS et IDE. En outre, ceux-ci sont placés sous la responsabilité d'un cadre de santé, du fait d'un encadrement unique qui, s'il possède des avantages indéniables (voir ci-après), est vécu par les travailleurs sociaux comme un déni de la spécificité de leurs missions.

Les critères d'admission au sein du CHRS médicalisé et le profil des résidents qui intégreront la structure dès son ouverture sont eux-aussi source de crispations. De fait, le projet précise que « les demandes sont orientées par le SIAO et validées par la plate-forme d'évaluation sociale et médicale⁴² ». Si un double avis social et médical est nécessaire à l'admission, certains agents craignent que les orientations proposées par le SIAO ne soient « filtrées » par la plate-forme uniquement au regard de l'état de santé des personnes, et non de leur situation sociale.

Par ailleurs, les places disponibles à l'ouverture sont en priorité ouvertes à des résidents des structures du PAOSM concernées par les fermetures. Il est très probable que les résidents du CHRS-LD les moins autonomes seront les premiers concernés par le CHRS médicalisé. Or certains agents pressentent que la dimension médicale sera prédominante pour définir les projets de réorientation de chacun des résidents du CHRS-LD, au

⁴² Projet 2020 du Pôle Accueil Orientation sociale et médicale du CASH, version de travail en vigueur au 19/06/2015, p33

détriment du point de vue des travailleurs sociaux, qui pourrait être différent. Cette vision est selon eux problématique alors même que le devenir des résidents qui seront orientés hors du PAOSM est encore flou, malgré l'engagement de la DRIHL à maintenir le nombre de places d'hébergement en insertion sur le département des Hauts-de-Seine.

Enfin, il convient de rappeler que le projet de CHRS médicalisé s'inscrit comme les projets du PAOSM et du CASH, dans un cadre de diminution des moyens de fonctionnement, ce qui altère la capacité de certains agents à se projeter dans un nouveau projet, pour ne voir que la « casse » générée par une telle réorganisation. Cette vision est confortée par le fait que la fermeture des deux CHRS, notamment, ait pour conséquence des suppressions d'emplois à hauteur de plus de 50 ETP sur 250 environ, à l'horizon 2020. Elle est renforcée par le fait que les moyens de fonctionnement accordés au CHRS médicalisé par ses financeurs (ARS et DRIHL), demeurent dans une certaine mesure incertains.

3.2.2 Les opportunités du CHRS médicalisé

Malgré ce « départ » difficile, certains éléments du projet constituent indéniablement des opportunités pour organiser le fonctionnement de la nouvelle structure, et notamment en assurer le caractère pluridisciplinaire.

La nouvelle structure du personnel envisagée dans la structure est susceptible de favoriser le travail pluridisciplinaire. L'équipe de professionnels sera plus réduite, ce qui potentiellement diminuera les conflits entre groupes professionnels établis. L'ouverture d'une nouvelle structure sera l'occasion d'un renouvellement partiel du personnel, et les professionnels qui l'intégreront le seront sur la base du volontariat. Il est donc possible d'imaginer que cette évolution donnera une nouvelle dynamique d'adhésion à un projet commun et pluridisciplinaire.

La structure bénéficiera d'un encadrement unique – par un cadre de santé – ce qui, conformément à ce qui a été développé plus haut, devrait permettre d'engager un travail réunissant l'ensemble du collectif de travail, et d'insuffler une véritable culture d'équipe pluridisciplinaire.

L'évolution architecturale envisagée dans le cadre du projet du PAOSM dans son ensemble prévoit un emplacement unique pour tous les professionnels du CHRS médicalisé, regroupant ainsi le lieu d'hébergement et le SSIAD, actuellement installé dans des locaux distincts du CHRS-LD. Cette situation devrait contribuer à augmenter les liens entre les équipes sanitaires, sociales et médico-sociales, et à améliorer la fluidité des relations et des échanges, *a contrario* de la situation actuelle du CHRS-LD où

l'éclatement géographique des lieux d'intervention est vécue par tous les professionnels comme un frein supplémentaire au travail en équipe.

Plus largement, le projet du PAOSM vise à mieux utiliser les opportunités données par la taille du pôle, et même du CASH, notamment en vue de mettre en place des espaces de réflexion et d'analyse des pratiques « métiers » communs aux diverses structures de l'établissement. Il vise aussi à en améliorer la visibilité sur son territoire, à renforcer son identité propre et son ouverture sur l'extérieur. Ce sont autant de facteurs susceptibles d'augmenter la cohésion de l'équipe du futur CHRS médicalisé et de favoriser le travail pluridisciplinaire, conformément à l'idée selon laquelle les éclairages extérieurs qui peuvent être apportés permettent de déplacer les points de vue, et éventuellement de dépasser les clivages.

Enfin, la nécessaire rédaction d'un projet de service pour le CHRS médicalisé sera l'occasion d'un travail, partagé par tous les professionnels de la structure, sur les valeurs et les missions de la structure. Ce projet de service sera unique et englobera tous les aspects de l'accompagnement des résidents, qu'ils soient sociaux, sanitaires, ou qu'ils relèvent de l'accompagnement dans les actes de la vie quotidienne.

Cette dynamique participative permettra de mettre en avant le socle commun du travail pluridisciplinaire pour les professionnels et de se construire une identité collective, contrairement au phénomène décrit par Jean-René Loubat, selon lequel « lorsqu'un service ne possède plus de véritable projet susceptible de lui conférer une identité, les personnels se retrouvent dans des identités d'appartenance professionnelle (corporations) ou d'appartenances groupales (micro cultures)⁴³ ».

Pour reprendre aussi les termes d'Isabelle Parizot⁴⁴, il s'agit que la « structure de sens » de l'ensemble des professionnels de la structure converge vers un « univers humaniste » commun dans lequel tous s'inscrivent : les professionnels du soin orientent leur pratique dans un sens thérapeutique, pendant qu'en complémentarité, les professionnels socio-éducatifs développent les démarches de travail social qui leur sont propres auprès des mêmes usagers. Cette double approche permet aux professionnels de travailler dans une direction commune, dans le respect de leurs fonctions respectives, pour assurer la mission confiée au CHRS médicalisé.

L'ouverture de cette structure est donc une occasion de mettre en place une « structure de sens » nouvelle, propice au travail pluridisciplinaire.

⁴³ LOUBAT JR, op. cit., p229

⁴⁴ PARIZOT, I, *Soigner les exclus. Identités et rapports sociaux dans les centres de soins gratuits*. Paris : Presses universitaires de France, 2003. p169-174

3.3 Les outils et méthodes à proposer

Conformément aux constats établis jusqu'ici, le travail pluridisciplinaire n'est pas intuitif. Il a cependant été observé, dans toutes les structures fréquentées, que le souhait de travailler en équipe pluridisciplinaire a constitué une des motivations principales des professionnels pour intégrer l'établissement. Il convient donc de prévoir les outils et méthodes sur lesquels s'appuyer pour assurer le bon fonctionnement pluridisciplinaire des établissements à composition professionnelle mixte sanitaire et sociale.

3.3.1 Les outils de la pluridisciplinarité

Les outils qui peuvent être mis au service de la pluridisciplinarité sont nombreux, et il ne s'agit pas ici d'en dresser une liste exhaustive. L'idée est plutôt de retenir les bonnes pratiques repérées lors des entretiens au CHRS-LD et dans les structures extérieures pour mettre en évidence les pistes d'action possibles.

La formation est un levier essentiel pour améliorer le partage des connaissances et en conséquence le travail d'équipe. Elle l'est encore plus lorsqu'elle est dispensée sous forme de formations thématiques « en milieu professionnel », c'est-à-dire dans un espace réunissant les membres de l'équipe professionnelle. Dans une des structures visitées, la formation-type développée par l'établissement sur l'addictologie constitue ainsi un prérequis pour tout professionnel souhaitant travailler dans le service.

Le besoin de formation doit aussi être mis en évidence chez le personnel encadrant, maillon essentiel du travail pluridisciplinaire. Ainsi, un coordinateur non formé d'une des structures visitées mettait en avant ce besoin de formation : « *je me sens souvent démunie, je n'ai pas été formé à l'encadrement* ».

La formalisation des pratiques professionnelles est une autre dimension essentielle d'un travail pluridisciplinaire reposant sur des bases objectives et le moins « personne-dépendant » possible. Dans ce cadre, les « protocoles pluri professionnels » proposés par la Haute autorité de santé (HAS) peuvent constituer un « support naturel du travail en équipe », afin de « traduire la volonté partagée d'associer des compétences médicales, soignantes, médico-sociales pour mieux prendre en charge une situation⁴⁵ ».

Bien que conçue pour le secteur sanitaire, cette méthodologie est tout à fait applicable au champ social et médico-social, qui rencontre les mêmes besoins de formaliser un travail d'équipe entre différentes catégories professionnelles sur une situation donnée. D'autant plus qu'ils ont maintenant des obligations d'évaluation. Selon l'HAS, elle a permis d'améliorer « l'adhésion aux recommandations de bonnes pratiques », de réduire « les

⁴⁵HAUTE AUTORITE DE SANTE. « Comment élaborer et mettre en œuvre des protocoles pluri professionnels ? » *Points clés, Solutions et Organisation des parcours*. Paris. Février 2015, p1

variations de pratiques entre professionnels », d'améliorer « le climat de travail et l'organisation des équipes professionnelles », ainsi que « la qualité des informations recueillies⁴⁶ ».

Un tel protocole « décrit qui fait quoi, quand, comment, pourquoi, pour qui et avec qui ». C'est un document court et facilement utilisable, mais néanmoins formalisé, qui a nécessité une analyse commune de la situation et une définition concertée des objectifs. Son format permet une large diffusion et une utilisation pour sa réévaluation future.

Ce type d'outil est typiquement un de ceux qui pourraient être utilisés pour des problématiques qui se posent en permanence au CHRS-LD et impliquent l'ensemble des groupes professionnels, comme la gestion des addictions.

Enfin, conformément à ce qui a été décrit précédemment, la mise en place de temps d'échange formels, réguliers, et faisant l'objet d'un compte-rendu disponible pour tous apparaît comme une nécessité pour assurer le fonctionnement d'une équipe pluridisciplinaire. Il s'agit de trouver le bon équilibre entre les besoins d'échange et le risque d'un planning de réunions chronophage (la durée des temps d'échange doit être calibrée et respectée). Cela doit prendre en compte, comme cela a été mentionné, les atouts complémentaires que représentent les temps d'échange informels (pauses, déjeuners, moments de convivialité). Selon Alain Depaulis, « l'échange consiste en un partage de données plus ou moins large, en conformité avec le secret professionnel. Ces données ont pour intérêt de favoriser une saisie de l'instant, permettant à chacun d'en tirer les conséquences pour la conduite de son propre travail⁴⁷ ».

Les observations sur le terrain ont permis de distinguer les temps d'échange suivants qui apparaissent comme incontournables :

A) Les réunions relatives à l'organisation et au fonctionnement général du service

Le principe de participation à ces réunions doit être celui d'une ouverture au plus grand nombre, y compris par exemple aux professionnels d'un service voisin si les thèmes abordés sont transversaux. L'ensemble des groupes professionnels doit savoir qu'il peut accéder à l'information, sans pour autant en faire systématiquement la démarche.

⁴⁶ *Ibid*, p4

⁴⁷ DEPAULIS, Alain. NAVARRO, Jean. CERVERA, Gilles. *Travailler ensemble, un défi pour le médico-social. Complexité et altérité*. Toulouse : Eres Editions. 2013. p155

B) Les réunions relatives aux « projets personnalisés », réunions de synthèse ou traitant des situations individuelles des résidents

Pour ce type d'échange, Alain Depaulis⁴⁸ propose une piste intéressante, qui conduirait à remettre en question le principe de la « synthèse » classiquement adopté dans les champs sanitaire et médico-social vers une autre dynamique. Selon lui, la synthèse tendrait en effet à « dissoudre chaque point de vue, composé de multiples paramètres, dans un ensemble » ; en conséquence elle « opacifie la lecture du cas ». L'auteur propose d'évoluer de la synthèse vers « l'analyse de situation », « d'abord conçue comme la succession de présentations des intervenants⁴⁹ ». Le but recherché est la mise en évidence de savoirs multiples sur un même sujet, de favoriser la circulation des données et de respecter l'avis et la responsabilité de l'ensemble des professionnels concernés. Cette dynamique possède l'avantage de donner les moyens aux groupes professionnels prenant traditionnellement peu la parole dans ce type de réunion de le faire plus systématiquement, afin d'améliorer leur participation au travail pluridisciplinaire.

Pour ce type d'échange, il est nécessaire que les supports utilisés soient préalablement compris et appropriés par tous ; or la méthode d'élaboration des projets individualisés est par exemple parfois perçue par certains groupes professionnels comme une démarche complexe, peu lisible et à laquelle ils ont en conséquence des difficultés à adhérer, comme en témoignent ces retours : « *cela prend beaucoup de temps* », « *je crois que cette réunion est liée aux projets individualisés mais je n'en suis pas sûr* ».

Le système de référence, lorsqu'il existe, peut ici jouer pleinement son rôle, permettant ainsi à chaque professionnel de ne pas être concerné par un nombre trop important de ces temps d'échange. Le référent du résident sera ainsi chargé de diffuser et expliciter l'information produite au cours de ce temps d'échange, sous réserve que le principe d'une traçabilité écrite des informations soit respectée. Eventuellement, et notamment dans les cas où les plannings génèrent des absences de professionnels certains jours (plannings en 12 heures par exemple) un système de référent titulaire / référent suppléant peut être mis en place.

C) L'échange sur les pratiques professionnelles

Après les observations réalisées dans les différentes structures fréquentées, ce temps d'échange apparaît comme tout à fait indispensable, *a fortiori* dans les équipes pluridisciplinaires. En effet, lors de ces réunions auxquelles tout le monde peut participer,

⁴⁸ DEPAULIS, A. « Repenser la pluridisciplinarité ». *ERES*. « *Empan* ». N°92. Avril 2013, p120

⁴⁹ *Ibid*, p121

sur la base du volontariat, peuvent notamment être évoquées les différences de pratiques entre catégories professionnelles.

Leur nécessité prend sa source dans l'essence même du travail en équipe ; ainsi, comme l'exprime Alain Depaulis, « la vie du collectif est constamment traversée par des mouvements d'humeur d'un acteur contre tel ou tel de ses partenaires, toujours suspect de ne pas faire son travail, de ne pas tenir ses engagements, de mépriser l'usager, de ne pas transmettre à ses collègues des informations (...) Il est essentiel que ces mouvements hostiles, justifiés ou non, puissent s'exprimer librement dans chaque équipe afin d'être analysés et régulés. Ils sont une condition à l'assainissement des prochaines rencontres ⁵⁰ ».

Ces temps d'échange permettent de renforcer la reconnaissance mutuelle de chacun, mais aussi de trouver dans le collectif de travail un appui au service de l'amélioration des pratiques de chacun. Il s'agit, comme le précise un des rapports issus des Etats généraux du travail social, « de lieux où les professionnels peuvent déposer leurs doutes sans que cela soit analysé comme une faiblesse professionnelle⁵¹ ».

Ces temps d'échange, dont le développement dans le secteur sanitaire, social et médico-social existe depuis un certain temps déjà (sous la forme de l'analyse des pratiques), a récemment été repris avec quelques différences dans la réglementation au travers des « espaces de discussion » mis en place par l'accord national interprofessionnel (ANI) sur la qualité de vie au travail signé en juin 2013.

Ceux-ci s'inscrivent dans le cadre de cet accord, visant à donner aux salariés la possibilité « de s'exprimer sur leur travail, sur la qualité des biens et services qu'ils produisent, sur les conditions d'exercice du travail et sur l'efficacité du travail ⁵² ». L'idée est d'instaurer, aux côtés des réunions formelles où l'information est à caractère plus descendant, des espaces d'échange sur les pratiques professionnelles.

Cinq dénominateurs communs sous-tendent, selon l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT), la réussite de ces espaces de discussion : une approche collective, incluant le management, à la différence des espaces d'analyse des pratiques qui sont souvent pilotés par un intervenant extérieur ; une discussion centrée sur l'expérience du travail, par exemple à partir de cas pratiques recueillis en amont dans le fonctionnement du service ; un cadre et des règles co-construites, avec un temps

⁵⁰ DEPAULIS A, NAVARRO J, CERVERA G, *Op. Cit.* p134

⁵¹ DIRECTION GENERALE DE LA COHESION SOCIALE. Ministère des Affaires sociales et de la Santé et des droits des femmes. Etats généraux du travail social. Rapport du groupe de travail « *Coordination interinstitutionnelle entre acteurs* » remis par Philippe METEZEAU. Février 2015. p39

⁵² ANACT – ARACT. « Discuter du travail pour mieux le transformer ». *Travail et changement*. Paris. N°358. Janvier-Février-Mars 2015, p2

d'échange prédéfini, s'appuyant sur un cahier des charges ou une charte de fonctionnement ; un ancrage dans l'organisation, afin d'établir une dynamique de résolution des conflits, sans chercher à les éluder et de faire le lien avec les espaces d'échange existants ; une visibilité sur ce qu'ils produisent, avec la production de comptes rendus diffusés à l'ensemble des acteurs du service, mais aussi la mise en place d'un dispositif d'évaluation en continu des décisions qui émanent de ces espaces.

Cette description paraît mobilisable pour la mise en place de tels espaces d'échange dans un établissement tel que le CHRS-LD ou le futur CHRS médicalisé.

Ponctuellement, ces réunions peuvent prendre un contour plus technique, par exemple sur le versant « analyse des pratiques », où l'on retrouve une méthode connue du secteur, aussi appelée « supervision » et nécessitant la présence d'un intervenant extérieur. Elle peut aussi revêtir la forme d'une réunion « métier », abordant plus spécifiquement les pratiques d'un groupe professionnel, même si ici aussi la possibilité pour les autres groupes de participer doit être ouverte. L'existence de telles réunions « métier » a été constatée dans une des structures visitées, qui apportaient une grande satisfaction aux professionnels.

Dans une autre de ces structures, un espace éthique propre à l'établissement a été mis en place, piloté par un référent interne formé à la méthodologie, permettant d'aborder des situations internes à la structure par le prisme du questionnement éthique.

3.3.2 L'amélioration du partage de l'information

Rejoignant l'outil majeur que constituent les temps d'échange au sein d'une structure, l'amélioration du partage de l'information est une piste essentielle pour assurer un travail pluridisciplinaire opérationnel. L'observation des structures visitées témoigne du fait que les supports de ce partage, lorsqu'ils existent, contribuent à améliorer nettement la qualité des échanges entre groupes professionnels.

A) Une meilleure gestion du secret professionnel

Au CHRS-LD, les difficultés rencontrées par les groupes professionnels pour travailler en pluridisciplinarité sont tôt ou tard verbalisées par la notion de « secret professionnel ». Soit qu'un professionnel justifie le fait de ne pas échanger certaines informations avec un autre, soit qu'il regrette qu'un refus lui soit opposé pour les mêmes raisons. Il apparaît en effet que la notion de secret professionnel tend à être fortement instrumentalisée, *a fortiori* dans un établissement pluridisciplinaire où les cultures sanitaires et sociales ne lui donnent pas les mêmes contours.

Même le secret médical, qui semble le plus « borné » et réglementé, peut revêtir des limites floues dès lors qu'il s'inscrit dans le cadre d'un travail en équipe. Ainsi des infirmiers d'une structure visitée qui évoquent le fait de « *donner des informations*

médicales devant les assistantes sociales », ou d'un agent chargé de l'accompagnement de résidents à l'extérieur qui admet que « *même si c'est fermé j'ouvre le courrier pour savoir où j'emmène la personne et pour quel problème, pour ne pas me trouver bête devant le médecin* ».

Comme le précise un des rapports issus des Etats généraux du travail social, « le « secret professionnel » comme le « partage des informations » sont avant tout des dispositions au service des personnes accompagnées, et non au service de tel ou tel intervenant. Il n'existe pas de secret professionnel partagé ; en revanche la question du partage des informations doit être posée. La première finalité de ce partage est de définir quel en est l'intérêt pour la personne, dans un objectif d'amélioration de sa situation⁵³ ».

En conséquence, la définition d'un secret partagé et de ses limites peut varier d'une structure à une autre ; dans tous les cas, cette définition nécessite un travail collectif sur le sujet, afin d'entendre ce qui peut poser problème et de définir quelles informations partager. On note, dans le cas contraire, une grande difficulté des professionnels à se positionner les uns par rapport aux autres, et à travailler en bonne entente. Ainsi, dans une des structures visitées où il est reconnu par tous que l'on « ne sait pas où se trouve la limite », et où en conséquence chacun a développé sa propre définition du secret partagé : « *je ne suis pas favorable à avoir l'intégralité du parcours des hébergés, j'estime que cela ne me concerne pas* » ou au contraire « *j'estime que je dois connaître ces informations, elles font partie du soin* ».

Le travail autour du secret partagé peut être formalisé ; ainsi le rapport relatif à la « coordination interinstitutionnelle entre acteurs » issu des Etats généraux du travail social⁵⁴ propose la mise en place, au niveau local, de « chartes relatives au partage de l'information, précisant les niveaux de partage et donnant un cadre clair à l'ensemble des acteurs ».

B) La traçabilité écrite et l'outil informatique

Une fois définis les contours des informations à partager entre groupes professionnels, les questions qui se posent sont celles de la traçabilité de ce partage et du support sur lequel il s'appuie. Ces éléments interrogent la composition et la tenue du dossier du résident, élément qui fait en effet l'objet de difficultés importantes au sein du CHRS-LD, comme cela a été décrit précédemment.

⁵³ DIRECTION GENERALE DE LA COHESION SOCIALE. Ministère des Affaires sociales et de la Santé et des droits des femmes. Etats généraux du travail social. Rapport du groupe de travail « *Coordination interinstitutionnelle entre acteurs* » remis par Philippe METEZEAU. Février 2015. p32

⁵⁴ *Ibid*, p33

L'importance de disposer d'un dossier unique du résident est soulignée, par les difficultés engendrées par la dispersion de ces informations au CHRS-LD, et par la réglementation. La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale⁵⁵ impose en effet la constitution d'un dossier unique, consultable par le résident ou l'utilisateur selon une procédure qui est portée à sa connaissance.

Ici aussi, il est impératif de définir quelle est la composition du dossier et de s'assurer qu'il est correctement alimenté par l'ensemble des membres de l'équipe pluridisciplinaire. Ce travail et sa mise en œuvre n'est pas sans poser de difficultés, dans un secteur où certains groupes professionnels peuvent avoir un rapport peu développé à l'écrit ; il est cependant rendu absolument nécessaire alors même que le rythme de fonctionnement des services impliquent que les professionnels puissent prendre connaissance d'informations après un temps d'absence dans le service (personnel de nuit, retour après les week-ends, plannings en 12 heures).

De même que pour les contours du secret partagé, des procédures sont à mettre en place de manière concertée puis à appliquer par tous les groupes professionnels.

Sous réserve de disposer des moyens nécessaires, la solution idéale apparaît être celle d'un système d'information unique et adapté, avec des accès et des possibilités de modifications configurés par groupe professionnel, qui intègre l'ensemble des informations relatives au résident : dossier médical, dossier de soins, dossier administratif, projet individualisé, transmissions entre professionnels. Dans une des structures visitées, un tel fonctionnement a été atteint, après une longue phase de transition, un accompagnement des professionnels dans l'utilisation de l'outil, et des ajustements successifs de son paramétrage. Aujourd'hui aucun document papier n'est utilisé dans l'établissement, et chaque professionnel peut trouver à tout moment l'information à laquelle il doit avoir accès.

De manière intermédiaire, et en attendant de disposer du budget nécessaire, le CHRS-LD, puis le CHRS médicalisé peuvent mettre en place des protocoles de partage de l'information d'une part, et de conservation et d'alimentation de cette information dans un dossier unique du résident d'autre part. La prise d'une telle décision à l'échelle de l'encadrement et de la direction permettrait probablement de lever d'importantes difficultés dans les pratiques professionnelles et d'importants freins au travail pluridisciplinaire. A ce titre, le déploiement du dossier patient informatisé sur le secteur hospitalier du CASH, en ne prévoyant pas dès à présent l'intégration des données autres que celles qui concernent le soin des usagers du PAOSM constitue un mauvais signal, et semble d'ores et déjà constituer un frein au fonctionnement pluridisciplinaire sanitaire et social.

⁵⁵Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000215460&categorieLien=id>

Conclusion

L'analyse du fonctionnement du CHRS-LD au sein du CASH de Nanterre, la mise en évidence des risques et opportunités concernant le futur CHRS médicalisé, de même que les retours effectués à partir de la visite et des entretiens dans des structures extérieures, ont permis d'identifier certains éléments clés du bon fonctionnement pluridisciplinaire des établissements. A ce titre, certaines dynamiques sont à surveiller particulièrement, telles que la gestion d'un équilibre entre informalité des rapports professionnels et objectivation des pratiques, le rôle joué par l'encadrement et le management dans l'impulsion donnée au travail pluridisciplinaire, ou encore la définition précise du rôle de chacun et sa connaissance par tous.

Ces mêmes démarches ont permis d'identifier les outils mobilisables au sein d'un objectif de pluridisciplinarité : chartes de fonctionnement concernant par exemple le partage de l'information, protocoles de travail en équipe pluridisciplinaire, temps d'échange dotés pour chacun d'entre eux d'un cahier des charges précis, formations adaptées, etc.

Ces outils sont à proposer pour améliorer le fonctionnement pluridisciplinaire, éventuellement à court terme dans le cadre du fonctionnement du CHRS-LD, et plus probablement lors de l'ouverture du CHRS médicalisé. Pour être pleinement intégrés par tous, ils devront en outre faire l'objet d'une réflexion dès l'élaboration du projet de service de la nouvelle structure.

De même, il conviendrait d'envisager les méthodes permettant une évaluation et un recadrage réguliers du fonctionnement pluridisciplinaire des structures. Ainsi le projet social a prévu des indicateurs permettant d'évaluer le fonctionnement des structures, y compris concernant le critère de la pluridisciplinarité. Cette approche semble absolument essentielle, afin de s'assurer régulièrement – une réévaluation annuelle peut sembler un rythme satisfaisant - que les outils mis en place correspondent aux besoins et permettent d'identifier les éventuels dysfonctionnements en matière de pluridisciplinarité du travail effectué au service des personnes accompagnées.

Cette réévaluation régulière s'intègre à tous les processus de contrôle et d'évaluation déjà en place au sein des structures, et notamment les obligations d'évaluation interne et externe fixées par la réglementation.

Il convient par ailleurs de souligner que l'ensemble du processus visant à favoriser, au sein d'un établissement, un fonctionnement en équipe pluridisciplinaire, nécessite une forte volonté et une implication majeure de l'encadrement et de la direction pour mettre en place et soutenir cette dynamique de travail. Les exemples montrent en effet que le seul manque d'implication ou la seule réticence d'un cadre à travailler en pluridisciplinarité

suffit à altérer l'ensemble du processus, quels que soient les outils et procédures mis en place.

A ce titre, la mise en place d'un cadre de travail favorable à la pluridisciplinarité est une démarche clé attendue de la part d'un directeur en poste. Le terme de pluridisciplinarité apparaît en effet comme profondément lié à la fonction de directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social, confrontée à une multiplicité de cultures professionnelles différentes, par la variété des établissements auxquels elle peut être rattachée. Il est donc impératif d'avoir une bonne connaissance des différentes identités professionnelles, mais surtout de connaître les outils nécessaires à la mise en place d'un projet d'établissement qui donne une place à tous les professionnels, à un travail d'équipe pluridisciplinaire et permette un accompagnement global des personnes. La construction d'une identité propre à la structure, et fondée sur le travail en équipe pluridisciplinaire, semble tout à fait nécessaire, et nécessite l'impulsion du directeur d'établissement, ainsi que son soutien aux équipes professionnelles.

Le thème de la réunion de cultures sanitaires, sociales et médico-sociales au sein d'un même établissement s'applique à un grand nombre d'entre eux, en premier lieu desquels les EHPAD, qui retrouvent cette problématique avec la nécessité de fonctionner en équipe pluridisciplinaire intégrant les AMP, les IDE, les AS ou encore les ASS.

L'établissement étudié au cours de ce travail est très spécifique d'une prise en charge très ciblée vers les personnes caractérisées à la fois par une situation d'exclusion et un besoin en soins. Il pose d'ailleurs la question de la nécessité de créer des établissements spécifiques à chaque public, au risque de constituer des formes de « ghettos ». Le travail pluridisciplinaire peut apporter une réponse à cette interrogation puisqu'au-delà d'un fonctionnement au sein des structures, la démarche peut permettre de mettre en place les conditions d'un travail en pluridisciplinarité, ou en tout cas en pluriprofessionnalité, entre des professionnels de structures différentes, mais convergeant vers le même objectif d'assurer un accompagnement continu tout au long du parcours de santé d'une personne (professionnels de structures sociales et médico-sociales, agents hospitaliers, professionnels libéraux, etc). De fait, les incitations nationales, politiques et réglementaires, avec notamment l'émergence de la notion de « parcours de santé », semblent appuyer dans cette direction, qui doit en conséquence intéresser les directeurs d'établissement.

Sources et Bibliographie

1. Textes réglementaires

Loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

Disponible sur

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000699217&dateTexte=20001222>

Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Disponible sur

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000215460&categorieLien=id>

Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Disponible sur

http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20090722&numTexte=1&pageDebut=12184&pageFin=12244

Ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins. Disponible sur

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000192992&categorieLien=id>

MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE L'INTERGRATION. Arrêté du 30 avril 1992 instituant un certificat d'aptitude aux fonctions d'aide médico-psychologique (JO du 26 août 1992). Disponible sur

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006079736>

2. Ouvrages

AIACH, Pierre. FASSIN, Didier. *Les métiers de la Santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*. Paris : Anthropos - Economica, 1994. 364p.

AMBLARD, Henri. BERNOUX, Philippe. HERREROS, Gilles. LIVIAN, Yves-Frédéric. *Les nouvelles approches sociologiques des organisations*. Paris : Seuil. 1996. 300p.

AVRIL, Christelle. CARTIER, Marie. SERRE, Delphine. *Enquêter sur le travail*. Paris : La Découverte. 2010. 288p.

BERNOUX, Philippe. *La sociologie des organisations*. Initiation. Paris : Editions du Seuil, Points, Essais, 1985 (4e édition). 382p.

BLOCH, Marie-Aline. HENAUT, Léonie. *Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*. Paris : Dunod. 2014. 336p.

DEPAULIS, Alain. NAVARRO, Jean. CERVERA, Gilles. *Travailler ensemble, un défi pour le médico-social. Complexité et altérité*. Toulouse : Eres Editions. 2013. 201p.

FOUDRIAT, Michel. *Sociologie des organisations*. Paris : Pearson Education France. 3^e édition. 2011. 372p.

GENELOT, Dominique. *Manager dans la complexité. Réflexions à l'usage des dirigeants*. Paris : INSEP Consulting Editions. 3^e édition. 2001. 357p.

LOUBAT, Jean-René. *Penser le management en action sociale et médico-sociale*. 2^e édition. Paris : Dunod, 2014. 421p.

PARIZOT, Isabelle. *Soigner les exclus. Identités et rapports sociaux dans les centres de soins gratuits*. Paris : Presses universitaires de France, 2003. 296p.

PASCAL, Henri. *Histoire du travail social en France. De la fin du XIXe siècle à nos jours*. Rennes : Presses de l'EHESP, 2014. 320p.

SAINSAULIEU, Renaud. *L'identité au travail. Les effets culturels de l'organisation*. Paris : Presses de Sciences Po. 4^e édition. 2014. 608p.

SCHWEYER, François-Xavier. PENEK, Simone. CRESSON, Geneviève. BOUCHAYER, Françoise. *Normes et valeurs dans le champ de la santé*. Rennes : Editions de l'Ecole nationale de la santé publique, 2004. 304p.

3. Périodiques

AGENCE NATIONALE POUR L'AMELIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL – AGENCE REGIONALE POUR L'AMELIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL – LE RESEAU. « Discuter du travail pour mieux le transformer ». *Travail et changement*. Paris. N°358. Janvier-Février-Mars 2015.16p.

CAMPEON, Arnaud et al. « Formes et effets de la pluridisciplinarité dans le diagnostic de la prise en charge de la maladie d'Alzheimer ». *Gérontologie et Société*. Fondation nationale de gérontologie. N°142. Mars 2012. P129-141

DEPAULIS, Alain. « Repenser la pluridisciplinarité ». *ERES*. « *Empan* ». N°92. Avril 2013, P117-125

HAUTE AUTORITE DE SANTE. « Comment élaborer et mettre en œuvre des protocoles pluri professionnels ? » *Points clés, Solutions et Organisation des parcours*. Paris. Février 2015. 8p.

LESHAF, Nacer. « Problème de légitimité et reconnaissance : la plainte des assistants de service social à l'hôpital psychiatrique d'aujourd'hui ». *Vie sociale*. N°8. Décembre 2014. P123-129

4. Rapports publics

CONSEIL ECONOMIQUE ET SOCIAL. *Le recrutement, la formation et la professionnalisation des salariés du secteur sanitaire et social*. Avis adopté au cours de la séance des 6 et 7 juillet 2004 et Rapport présenté par M. Michel Pinaud, rapporteur, au nom de la section du travail. Juillet 2004. 234p.

DIRECTION GENERALE DE LA COHESION SOCIALE, Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Geste et Louis Dubouchet Consultant. *Evaluation de la réingénierie de 10 diplômes d'Etat de travail social (niveau IV à I)*. Note de synthèse et préconisations. Décembre 2013. 38p.

DIRECTION GENERALE DE LA COHESION SOCIALE. Ministère des Affaires sociales et de la Santé et des droits des femmes. Etats généraux du travail social. Rapport du groupe de travail « *Coordination interinstitutionnelle entre acteurs* » remis par Philippe METEZEAU. Février 2015. 50p.

DIRECTION GENERALE DE LA COHESION SOCIALE. Ministère des Affaires sociales et de la Santé et des droits des femmes. Etats généraux du travail social. Rapport du groupe de travail « *Métiers et complémentarités* » remis par Didier TRONCHE. Février 2015. 45p.

DIRECTION GENERALE DE LA COHESION SOCIALE. Ministère des Affaires sociales et de la Santé et des droits des femmes. Etats généraux du travail social. Rapport du groupe de travail « *Formation initiale et formation continue* » remis par Florence PERRIN. Février 2015. 52p.

HENART, Laurent. BERLAND, Yvon. CADET, Danielle. *Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire. Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer*. Rapport remis aux Ministres du Travail, de l'Emploi et de la Santé,

de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, et à la Secrétaire d'Etat chargée de la Santé. Janvier 2011. 99p.

5. Mémoires d'études

BOUTEILLER, Christophe. *Promouvoir une nouvelle collaboration pluridisciplinaire au service des usagers d'un IEM par l'évaluation interne*. Mémoire de Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale. Rennes : EHESP. 2012. 86p.

SASSUS, Nathalie. *Travailleurs sociaux et personnels paramédicaux : le travail d'équipe en psychiatrie à l'épreuve de la pluridisciplinarité*. Examen et analyse du fonctionnement de l'équipe d'accompagnement médico-social des services ESSOR du Centre hospitalier Laborit (CHL). Mémoire de Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social. Rennes : EHESP. 2012. 54p.

STIPETIS, Hervé. *Décloisonner les services et mutualiser les compétences pour une prise en charge transversale des addictions en CSAPA*. Mémoire de Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale. Rennes : EHESP. 2009. 83p.

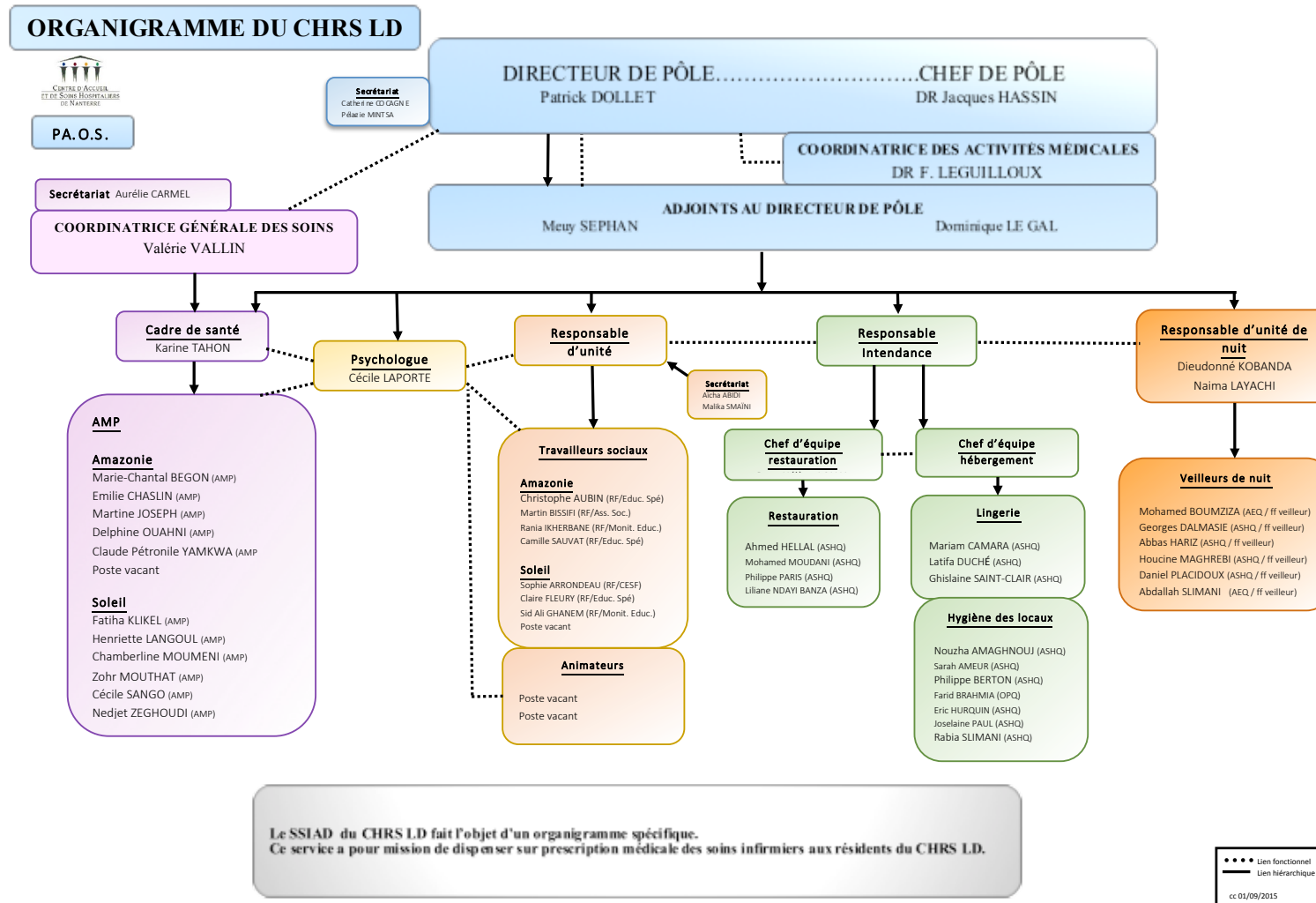
Liste des annexes

- Annexe 1 : Calendrier de travail
- Annexe 2 : Organigramme du CHRS-LD
- Annexe 3 : Tableau « les professionnels du CHRS-LD »
- Annexe 4 : Tableau « fiches de poste »
- Annexe 5 : Liste des personnes rencontrées en entretien
- Annexe 6 : Grille d'entretien utilisée au CHRS-LD
- Annexe 7 : Liste des structures extérieures sollicitées
- Annexe 8 : Grille d'entretien utilisée pour les structures extérieures

Annexe 1 : Calendrier de travail

Mise en place du cadre théorique	Définition des termes du sujet	Janvier 2015
	Recherche des référentiels métiers, formations et profils de postes par groupe choisi	
	Recherche bibliographique sur les thèmes suivants : <ul style="list-style-type: none"> ● Cadre légal (réglementation des professions, formations, exercice de la pluridisciplinarité) ● Identités / cultures professionnelles, pluridisciplinarité ● Etat des lieux national 	Février 2015
	Elaboration du plan du mémoire	
Recueil de données	Bilan du fonctionnement existant au LD sur la base des outils disponibles et de ma connaissance du terrain	Mars 2015
	Entretiens semi-directifs avec les professionnels du LD : <ul style="list-style-type: none"> ● Expliquer la démarche en réunion pluridisciplinaire ● Entretien par groupes de professionnels : <ul style="list-style-type: none"> ○ TS ○ AMP ○ ASH ○ Equipes de Nuit ○ Cadre de nuit ○ Cadre socio-éducatif ○ Cadre de soins ○ IDE / AS du SSIAD ○ Médecins ○ Direction 	Avril-mai 2015
	Entretiens semi-directifs avec 3 usagers du CHRS-LD	
	Entretiens semi-directifs auprès des structures extérieures : <ul style="list-style-type: none"> ● Première prise de contact avec la direction pour expliquer la démarche, compléter la première grille sur le fonctionnement global de la structure ● Deuxième rencontre avec les professionnels : <ul style="list-style-type: none"> ○ Professionnels du soin ○ Professionnels du social ○ Encadrement 	Mai 2015
	Rédaction de l'état des lieux du CHRS-LD en matière de pluridisciplinarité (partie 2 du mémoire)	Juin 2015
Rédaction	Retour sur les entretiens aux équipes du CHRS-LD	17 juin 2015
	Rédaction de la partie théorique (partie 1 du mémoire)	Juin 2015
	Rédaction des préconisations (partie 3 du mémoire)	
	Ajustement du plan et de la bibliographie (par rubriques)	Juillet 2015
	Mise en formes des annexes	
	Relecture finale	
Rendu		Septembre 2015

Annexe 2 : Organigramme du CHRS-LD



Annexe 3 : Tableau « les professionnels du CHRS-LD »

Catégorie professionnelle	Effectif théorique	Effectif réel	Qualification / grade, statut	Encadrement de proximité	Temps d'échange au CHRS-LD
Professionnels du CHRS-LD					
Aides médico-psychologiques	12	11.3	9 AMP T 3 AMP CDD	Cadre de santé	Réunions pluri
Référents sociaux	8	7	3 ASE T 2 ASE CDI 1 ASE CDD 1 ME T	Chef de service	Réunions lundis AM Réunions pluri
Animateurs sociaux	2	0.7	1 animatrice CDI (congé maternité)	Chef de service	Réunions pluri
Psychologue	1	1	1 CDD	Direction	Réunions pluri
Agents lingerie	2	3	2 ASHQ T 1 ASHQ CDI	Cadre intendance	Réunions pluri Réunions intendance
Agents d'entretien	6	6	3 ASHQ T 1 ASHQ CDI 1 ASHQ CDD 1 AEQ CDD	Cadre intendance	Réunions pluri Réunions intendance
Agent d'hôtellerie	4	4	2 ASHQ T 1 ASHQ CDI 1 ASHQ CDD	Cadre intendance	Réunions pluri Réunions intendance
Veilleurs de nuit	6	6	5 ASHQ T 1 AEQ T	Cadre de nuit	
Secrétaires	2	2	2 AA 1 ^e classe T	Chef de service	Réunions pluri
Chef de service	0.8	0.8	1 CSE CDI		Réunions pluri
Professionnels du SSIAD intervenant au sein du CHRS-LD					
IDE	6	3	3 IDE T	Cadre de santé	
AS	7	6	6 AS T	Cadre de santé	
Professionnels concernés par le CHRS-LD et mutualisés sur l'ensemble du PAOSM					
Directeur du PAOSM	1	1	1 DESSMS		
Adjoints au directeur	2	2	1 AAH 1cadre de santé		
Médecins	3,5	4,5	5 PH		
Accompagnatrice en alcoologie	1	1	1 ASE		

Cadre intendance	1	1	1 MO T		Réunions pluri Réunions intendance
Cadre de nuit	3	2	1 CSE CDI 1 AAH T		
Cadre de santé	1	1	1 IDEC		Réunions pluri

Liste des sigles utilisés

AA	Agent administratif	DESSMS	Directeur d'établissement sanitaire, social et médico- social
AAH	Attaché d'administration hospitalière		
AEQ	Agent d'entretien	FPH	Fonction publique hospitalière
AMP	Aide médico-psychologique		
AS	Aide-soignant	IDE	Infirmier diplômé d'Etat
ASE	Assistant social	IDEC	Infirmier diplômé d'Etat coordinateur
ASHQ	Agent de service hospitalier		
CDD	Contrat à durée déterminée	ME	Moniteur éducateur
CDI	Contrat à durée indéterminée	MO	Maître ouvrier
CSE	Cadre socio-éducatif	Réunions pluri	Réunion pluridisciplinaire du CHRS-LD (les jeudis AM)
		T	Titulaire

Annexe 4 : Tableau « fiches de poste »

Catégorie professionnelle	En général		Au CHRS-LD	
	Formation	Référentiel métier FPH (activités référencées)	Qualification / grade, statut	Fiche de poste
Professionnels du CHRS-LD				
Aides médico-psychologiques	DE AMP (niv. V)	Fiche « AMP » : <ul style="list-style-type: none"> • Accueil et prise en charge des personnes • Assistance aux personnes pour la réalisation des actes de la vie quotidienne • Organisation, animation et suivi d'activités dans son domaine • Réception et distribution de produits • Recueil de données ou informations dans son domaine • Rédaction de comptes rendus relatifs aux observations et interventions dans son domaine 	9 AMP T 3 AMP CDD	<ul style="list-style-type: none"> • Accueil des nouveaux résidents • Accompagnement physique et psychologique individualisé dans les gestes de la vie courante, à la prise des repas, à la gestion du linge par les résidents • Recueil et transmission des informations pour l'équipe pluridisciplinaire en vue de l'élaboration de projets personnalisés • Participation aux entretiens de pré-admission, aux commissions de renouvellement, aux réunions pluridisciplinaires, aux transmissions • Accompagnement à l'extérieur pour maintenir une vie sociale • Préparation du petit-déjeuner et nettoyage de l'équipement lié • Participation à la désinfection des chambres avec le SSIAD, participation aux inventaires et au rangement des chambres lors de décès • Mise en place et animation des activités socio-éducatives au sein du CHRS-LD, co-animation des événements transversaux aux structures sociales
Référents sociaux	DEASS (niv. III)	Fiches « Assistant de service social » et « Moniteur-éducateur » : <ul style="list-style-type: none"> • Accueil et prise en charge des personnes dans 	3 ASE T 2 ASE CDI	<ul style="list-style-type: none"> • Accueil des nouveaux résidents • Evaluation des situations et des besoins des résidents, recueil des informations nécessaires à

	DE moniteur (trice) éducateur (trice) (niv. IV)	son domaine <ul style="list-style-type: none"> •Assistance aux personnes pour l'insertion ou la réinsertion sociale et/ou professionnelle •Conseil sur la définition du projet individuel et bilan des réalisations •Elaboration et mise en place du projet individuel concernant la personne et le groupe dans son domaine •Médiation des relations avec la famille, le représentant légal de la personne et les partenaires extérieurs •Organisation des stages en relation avec les responsables terrain •Suivi de la réalisation des travaux, de la résolution des problèmes dans son domaine •Tenue d'entretiens avec les personnes •Recueil de données ou informations dans son domaine •Rédaction de comptes rendus relatifs aux observation et interventions dans son domaine 	1 ASE CDD 1 ME T	l'équipe pluridisciplinaire en vue de l'élaboration du projet personnalisé et de l'évaluation du degré d'autonomie au moyen d'une grille commune <ul style="list-style-type: none"> •Entretiens réguliers avec les résidents au sujet du contrat de séjour et des objectifs fixés, développement autant que possible des liens familiaux et amicaux des résidents •Présence sur le lieu de vie afin d'avoir une vision de la situation des résidents, information des changements de situation des résidents aux services administratifs •Participation aux réunions pluridisciplinaires, aux transmissions et aux commissions de renouvellement •Elaboration des contrats de séjour, avenants, rapports sociaux, comptes rendus, courriers •Accompagnement à l'extérieur en lien avec les AMP dans le cadre de diverses démarches •Proposition et co-animation d'activités socio-éducatives au sein du CHRS-LD et transversales •Participation à l'inventaire et au rangement de la chambre •Maintien à jour du dossier unique du résident •Coordination avec l'ensemble des partenaires sanitaires et sociaux, internes et externes
Animateurs sociaux	BPJEPS (niv. IV) BEATEP (niv. IV) DEJEPS (niv. III)	Fiche « Animateur » : <ul style="list-style-type: none"> •Accueil et prise en charge des personnes dans son domaine •Conception de projets d'animation dans le domaine culturel ou éducatif •Elaboration et mise en place du projet individuel concernant la personne et le groupe dans son domaine 	1 animatrice CDI (en congé maternité)	<ul style="list-style-type: none"> •Participation à l'accueil et à l'intégration des nouveaux résidents •Développement de l'animation dans la structure, animation et organisation d'ateliers d'animation en suivant les objectifs définis dans le projet d'animation et dans le projet de vie •Encadrement des stagiaires concernés par l'animation

	DESJEPS (niv. II)	<ul style="list-style-type: none"> •Elaboration et suivi de budgets dans son domaine •Evaluation quantitative et qualitative du programme d'actions d'animation •Identification, recensement des besoins et des attentes des personnes dans son domaine •Information et promotion des réalisations et des projets dans son domaine •Mise en œuvre d'actions d'animation 		<ul style="list-style-type: none"> •Evaluation régulière du degré de satisfaction des résidents et de leur famille en matière d'animation •Médiation entre les résidents ou toute personne en relation avec eux en cas de conflit •Participation aux différentes réunions concernant les résidents
Psychologue	Master 2 ou DESS de psychologie (niv. I)	<p>Fiche « Psychologue »</p> <ul style="list-style-type: none"> •Accueil, encadrement, formation des stagiaires •Bilan psychologique •Collaboration avec les autres membres de l'équipe pluri professionnelle •Conception et élaboration d'interventions psychologiques et thérapeutiques à visée préventive et curative •Conseil au projet d'établissement •Elaboration d'un projet psychologique d'établissement •Elaboration du diagnostic sur le fonctionnement psychique des personnes •Intervention auprès d'équipes pluri professionnelles internes ou externes •Pratique d'entretiens individuels ou collectifs •Psychothérapies individuelles et de groupe •Réalisation d'études et recherche en psychologie en lien avec les activités cliniques •Recueil et analyse des besoins et demandes d'interventions •Travail d'évaluation par le biais de groupe de réflexion et de supervision 	1 CDD	<p>Pratique clinique :</p> <ul style="list-style-type: none"> •Participation à l'entretien d'accueil lors des admissions •Soutien aux résidents par des consultations ou autres techniques •Orientation des résidents vers des structures de soins adaptées •Recueil et analyse des besoins et demandes d'intervention <p>Pratique institutionnelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> •Participation aux réunions, contribution à la réflexion, à l'analyse des situations et à la dynamique des équipes •Rencontres individuelles avec les référents sociaux à leur demande •Aide aux professionnels dans le décodage des situations, participation aux prises de décision •Développement et entretien des relations de partenariat avec les structures et partenaires extérieurs •Aide à l'apaisement des conflits dans les équipes
Agents lingerie	CAP / BEP	Fiche « Lingère – couturière »	2 ASHQ T	<ul style="list-style-type: none"> •Gestion du linge plat et des tenues des

	(niv. V)	<ul style="list-style-type: none"> • Confection de vêtements / linges spécifiques • Contrôle et suivi de la qualité des prestations dans son domaine • Gestion des stocks de produits/matériels dans son domaine • Habillement des agents et essayages • Inventaire de produits/matériels • Marquage et pliage de linge • Remplacement de vêtements usagés 	1 ASHQ CDI	<ul style="list-style-type: none"> professionnels • Entretien du linge en forme pour les résidents non autonomes ou relevant du SSIAD • Participation à l'accompagnement des usagers en lien avec les référents sociaux et AMP • Entretien du linge contaminé et du linge de la consultation du CHRS-LD • Entretien des laveries et des locaux de la lingerie • Transmissions quotidiennes
Agents d'entretien	CAP / BEP (niv. V) ou expérience significative	<p>Fiche « Agent bio nettoyage »</p> <ul style="list-style-type: none"> • Approvisionnement en produits/ matériels dans son domaine • Contrôle et suivi de la propreté des locaux • Entretien/nettoyage des matériels, locaux et outils dans son domaine • Evacuation des déchets • Recueil de données dans son domaine • Renseignement de documents / fichiers • Suivi des actions mises en œuvre • Vérification / contrôle du fonctionnement des matériels/équipements dans son domaine 	<p>3 ASHQ T</p> <p>1 ASHQ CDI</p> <p>1 ASHQ CDD</p> <p>1 AEQ CDD</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hygiène des locaux communs des unités de vie • Entretien des chambres lors d'une sortie de résident • Entretien des chambres en lien avec les AMP
Agent d'hôtellerie	CAP / BEP (niv. V)	<p>Fiche « Agent hôtellerie »</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accueil des personnes • Approvisionnement en produits/matériels dans son domaine • Contrôle et suivi de la propreté des locaux dans son domaine • Contrôle et suivi de la conformité /qualité des produits /prestations dans son domaine • Déconditionnement des matières premières • Préparation et réalisation des prestations d'hôtellerie • Réalisation du service en salle 	<p>2 ASHQ T</p> <p>1 ASHQ CDI</p> <p>1 ASHQ CDD</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Contrôle de la navette alimentaire • Mise en place des services • Service des repas du midi et du soir • Entretien de la salle de restauration, des offices propres et sales • Entretien des sanitaires, des vestiaires professionnels

Veilleurs de nuit	Brevet de secourisme 1er degré	Fiche « Surveillant de nuit » <ul style="list-style-type: none"> • Accueil et prise en charge des personnes dans son domaine • Intervention et traitement d'urgence suite à alerte ou situation à risque en hygiène/sécurité/santé/environnement • Réception des appels /messages téléphoniques • Recueil de données dans son domaine • Surveillance de l'état des personnes accueillies dans son domaine • Surveillance du fonctionnement des équipements/systèmes dans son domaine • Vérification de l'accessibilité des voies de circulation sur le site 	5 ASHQ T 1 AEQ T	Pas de fiche de poste spécifique (existence d'une fiche du poste de veilleur de nuit pour une autre structure)
Secrétaires	Bac pro. secrétariat (niv. IV) / BTS assistante de direction (niv. III)	Fiche « Secrétaire » <ul style="list-style-type: none"> • Accueil des personnes • Gestion des stocks de produits/matériels dans son domaine • Organisation de réunions/événements/commissions • Prise de note, frappe et mise en forme es documents • Prise de rendez-vous / gestion des agendas • Réception et traitement des appels/messages téléphoniques • Reproduction et diffusion de documents • Traitement des courriers/documents dans son domaine 	2 AA 1 ^e classe T	Mission d'accueil physique et téléphonique Mission de gestion : <ul style="list-style-type: none"> • Réception et ventilation du courrier • Gestion du courrier et de l'agenda du cadre • Frappe des relevés de décisions • Frappe des procédures et fiches de poste ainsi que leurs mises à jour • Préparation des commissions de renouvellement • Gestion administrative des entretiens d'accueil • Gestion du logiciel SIAO et des mouvements dans CPAGE • Facturation • Tenue des archives • Gestion des photocopieuses et du fax • Centralisation des besoins en fournitures Mission d'appui au cadre et à la direction : <ul style="list-style-type: none"> • Mise en commun de partagés pour un suivi efficient des statistiques, du paiement des loyers,

				des droits administratifs des résidents •Lien avec les partenaires extérieurs sur demande du cadre ou de la direction •Lien avec le SSIAD
Chef de service	CAFERUIS (niv. II)	Fiche « Responsable socio-éducatif » •Conseil aux décideurs concernant les choix/projets/activités dans son domaine •Définition et mise en œuvre de la politique dans son domaine •Encadrement d'équipes, gestion et développement des personnels •Etablissement et suivi de budgets dans son domaine •Information et conseil après des personnels et usagers dans son domaine •Organisation et animation de réunions/événements/groupes de travail •Planification des activités et moyens, contrôle et reporting •Recensement et analyse des besoins dans son domaine	1 CSE CDI	Par délégation du directeur : •Responsabilité de l'organisation et du fonctionnement du service •Encadrement hiérarchique des personnels sociaux •Coordination des actions de partenariat et de réseau concernant l'accompagnement social, coordination des actions internes de vie sociale •Elaboration du projet de service •Actualisation des référentiels •Préparation du rapport annuel d'activité •Participation aux entretiens annuels d'évaluation des agents du service
Professionnels du SSIAD intervenant au sein du CHRS-LD				
IDE	DE infirmier (niv. II)	Fiche « IDE » •Contrôle et gestion des matériels/produits •Coordination et organisation des activités et soins •Formation des nouveaux personnels et stagiaires •Information et éducation de la personne et de son entourage •Observation de l'état de santé et du comportement des personnes •Réalisation de soins de confort et de bien-être	3 IDE T	•Dispensation de soins de nature préventive, curative ou palliative •Contribution à l'éducation à la santé et à l'accompagnement des usagers en lien avec leur projet de vie •Intervention dans le cadre d'une équipe pluri-professionnelles au CHRS-LD de manière autonome et en collaboration •Accueil et prise en charge des personnes en situation de grande précarité et ayant des conduites addictives admises au SSIAD ou

		<ul style="list-style-type: none"> •Réalisation des soins à visée préventive/diagnostique/thérapeutique •Recueil de données cliniques •Rédaction et mise à jour du dossier patient •Surveillance de l'évolution de l'état de santé de la personne •Veille et recherche professionnelles 		<ul style="list-style-type: none"> suivies à la consultation du CHRS-LD •Travail en binôme avec les AS pour former une équipe mobile de soins au CHRS-LD •Participation, dans son domaine de compétence, à l'élaboration, à la mise en œuvre et au suivi du projet individualisé de l'utilisateur •Réalisation de formalités administratives
AS	DE aide-soignant (niv. V)	<p>Fiche « AS »</p> <ul style="list-style-type: none"> •Accompagnement de la personne •Accueil des personnes •Accueil et formation des nouveaux personnels •Aide à l'IDE pour la réalisation de soins •Entretien de l'environnement de la personne •Entretien/ nettoyage de matériels •Observation de l'état de santé et du comportement de la personne •Observation du bon fonctionnement des appareillages/dispositifs •Observation et mesure des paramètres vitaux •Réalisation de soins de confort et de bien-être •Transmission des observations par oral et écrit 	6 AS T	<ul style="list-style-type: none"> •Dispensation, dans le cadre du rôle propre de l'IDE, en collaboration et sous sa responsabilité, des soins de prévention, de maintien, de relation et d'éducation à la santé pour préserver et restaurer la continuité de la vie, le bien-être et l'autonomie de la personne •Intervention dans le cadre d'une équipe pluriprofessionnelle au CHRS-LD •Accueil et prise en charge des personnes en situation de grande précarité et ayant des conduites addictives admises au SSIAD ou suivies à la consultation du CHRS-LD •Travail en binôme avec les IDE pour former une équipe mobile de soins au CHRS-LD •Participation, dans son domaine de compétence, à l'élaboration, à la mise en œuvre et au suivi du projet individualisé de l'utilisateur
Professionnels concernés par le CHRS-LD et mutualisés sur l'ensemble du PAOSM				
Directeur du PAOSM		Fiche métier en cours d'élaboration	1 DESSMS	Fiche de poste en cours d'élaboration
Adjoints au directeur		Pas de fiche métier	1 AAH 1cadre de santé	<ul style="list-style-type: none"> •Assistance et conseil au directeur du pôle sur les choix stratégiques •Contribution au projet social dans le cadre des délégation, élaboration et suivi des projets de service

				<ul style="list-style-type: none"> • Organisation de la communication interne • Encadrement et coordination des chefs de service • Animation des ressources humaines dans le service (recrutement, gestion du changement) • Définition de l'organisation des projets, des plannings et des tableaux de bord • Développement de la coordination médico-sociale • Représentation du directeur dans les instances participatives des usagers • Décisions d'admission avec les chefs de service
Médecins		Pas de fiche métier	5 PH	Fiche de poste en cours d'élaboration
Accompagnatrice en alcoologie		Pas de fiche métier	1 ASE	Fiche de poste non disponible
Cadre intendance	Bac+2/3 (niv. II ou III)	<p>Fiches « Responsable logistique » ; « Responsable restauration » ; « Responsable hôtellerie »</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conception et réalisation d'outils/ méthodes/ documents techniques dans son domaine • Conseil au projet d'établissement dans son domaine • Contrôle de l'application des règles/procédures dans son domaine • Contrôle de l'utilisation/ entretien des matériels et locaux dans son domaine • Contrôle et suivi de la qualité/ sécurité des activités dans son domaine • Contrôle et suivi des prestations sous-traitées • Encadrement d'équipes, gestion et développement des personnels • Elaboration et suivi de budgets 	1 MO T	<ul style="list-style-type: none"> • Management et gestion des différentes équipes, coordination et suivi du travail des chefs d'équipe, animation des réunions • Supervision de l'approvisionnement des produits et suivi des interventions techniques • Supervision de la réalisation des demandes de petits travaux, établissement des demandes d'achat externes en lien avec les chefs d'équipe et le pôle logistique travaux • Organisation et coordination des différents déménagements • Participation à la commission des menus • Participation au CLAN • Impulsion d'une dynamique de collaboration et de coordination avec les autres services • Définition, optimisation et contrôle de l'organisation des services en lien avec le projet

		<ul style="list-style-type: none"> • Planification/ réorganisation des activités et moyens • Réalisation d'études/synthèses • Recensement/identification/traitement des risques dans son domaine 		<ul style="list-style-type: none"> d'établissement • Etablissement, actualisation de procédures et protocoles dans son domaine d'activité • Mise en œuvre et contrôle des normes HACCP • Réalisation et suivi des tableaux de bord • Evaluation de la satisfaction des usagers
Cadre de nuit	CAFERUIS (niv. II) Diplôme socio-éducatif	<p>Fiche « Responsable socio-éducatif »</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conseil aux décideurs concernant les choix/projets/activités dans son domaine • Définition et mise en œuvre de la politique dans son domaine • Encadrement d'équipes, gestion et développement des personnels • Etablissement et suivi de budgets • Information et conseil après des personnels et usagers dans son domaine • Organisation et animation de réunions/événements/groupes de travail • Planification des activités, contrôle et reporting • Recensement et analyse des besoins 	1 CSE CDI 1 AAH T	<ul style="list-style-type: none"> • Responsabilité de la continuité de l'organisation et du fonctionnement des structures • Encadrement hiérarchique des équipes • Coordination et suivi des prestations internes • Coordination des actions internes de vie sociale • Actualisation des référentiels • Elaboration du projet de service • Préparation du rapport annuel d'activité • Participation aux entretiens annuels d'évaluation des agents
Cadre de santé	Diplôme de cadre de santé (niv. II)	<p>Fiche « Encadrant d'unité de soins et d'activités paramédicales »</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contrôle et suivi de la qualité et de la sécurité des soins et activités paramédicales • Coordination et suivi de la prise en charge de prestations • Elaboration et rédaction de rapports d'activité • Encadrement de proximité d'équipes, gestion et développement des personnels • Montage, mise en œuvre et suivi de projets • Organisation et suivi de l'accueil • Planification des activités et des moyens, contrôle et reporting 	1 IDEC	<ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge de la consultation et le SSIAD du CHRS-LD, les LHSS, l'accueil-douche et la consultation du CHAPSA • Encadrer l'équipe des AMP du CHRS-LD • Assurer la fonction d'IDE coordinatrice au SSIAD • Effectuer des gardes en tant que cadre de santé pour l'ensemble du CASH • Contrôle et suivi de la qualité et de la sécurité des soins et activités paramédicales • Coordination et suivi de la prise en charge de prestations • Elaboration et rédaction de rapports d'activité • Encadrement d'équipes, gestion et

		<ul style="list-style-type: none"> •Promotion des réalisations et projets dans son domaine •Veille spécifique dans son domaine 		<ul style="list-style-type: none"> développement des personnels •Gestion des moyens et des ressources techniques, financières, humaines, informationnelles •Montage, mise en œuvre, suivi et gestion de projets spécifiques au domaine d'activité
--	--	--	--	--

Liste des sigles utilisés

AA	Agent administratif	CDI	Contrat à durée indéterminée
AAH	Attaché d'administration hospitalière	CSE	Cadre socio-éducatif
AEQ	Agent d'entretien	DE	Diplôme d'Etat
AMP	Aide médico-psychologique	DEASS	Diplôme d'Etat d'assistant de service social
AS	Aide-soignant	DEJEPS	Diplôme d'Etat de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport
ASE	Assistant social	DESJEPS	Diplôme d'Etat supérieur de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport
ASHQ	Agent de service hospitalier	DESS	Diplôme d'études supérieures spécialisées (actuellement Master)
BEATEP	Brevet d'Etat d'animateur technicien de l'éducation populaire et de la jeunesse	DESSMS	Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social
BEP	Brevet d'études professionnelles	FPH	Fonction publique hospitalière
BPJEPS	Brevet professionnel de la jeunesse, de l'éducation populaire et des sports)	IDE	Infirmier diplômé d'Etat
BTS	Brevet de technicien supérieur	IDEC	Infirmier diplômé d'Etat coordinateur
CAFERUIS	Certificat d'aptitude aux fonctions d'encadrement et de responsable d'unité d'intervention sociale	ME	Moniteur éducateur
CAP	Certificat d'aptitudes professionnelles	MO	Maître ouvrier
CDD	Contrat à durée déterminée	T	Titulaire

Annexe 5 : Liste des personnes rencontrées en entretien

Directeur du PAOSM	Sollicités pour un entretien commun –
Médecin-chef de pôle de médecine sociale	L'entretien n'a pu se dérouler
Adjoint au directeur du PAOSM	Rencontrés en entretien commun le 26 mars 2015
Adjoint au directeur du PAOSM – Cadre de santé du pôle de médecine sociale	
Coordinateur des activités médicales du PAOSM	Rencontré le 27 mars 2015
Cadre socio-éducatif du CHRS-LD – Responsable de la structure	Rencontré le 20 mars 2015
Cadre de nuit du PAOSM référent pour le CHRS-LD	L'entretien n'a pu se dérouler
Infirmier coordinateur du SSIAD et des AMP du CHRS-LD	L'entretien n'a pu se dérouler
Psychologue du CHRS-LD	L'entretien n'a pu se dérouler
Secrétaires du CHRS-LD	L'entretien n'a pu se dérouler
Membres de l'équipe de travailleurs sociaux du CHRS-LD	Rencontrées le 7 mai 2015
Membres de l'équipe d'AMP du CHRS-LD	Rencontrés le 22 mai 2015
Membres de l'équipe d'ASHQ	Rencontrés le 19 mai 2015
IDE et AS du SSIAD du CHRS-LD	L'entretien n'a pu se dérouler
Veilleurs de nuit du CHRS-LD	L'entretien n'a pu se dérouler
Résidents du CHRS-LD	Rencontrés individuellement le 26 mai 2015

Annexe 6 : Grille d'entretien utilisée au CHRS-LD

Etapes du parcours du résident	Description	Thèmes
1 Admission		Critères d'admission Entretien d'admission Commission d'admission Système de référence Accueil du résident
2 Mise en place du projet d'accompagnement		Evaluation des besoins Définition des objectifs Réévaluation Informations relatives au résident Encadrement
3 Accompagnement dans la vie quotidienne	A - Aide à la personne	Alimentation Soins d'hygiène Entretien du linge
	B - Aide concernant le lieu de vie	Organisation du bâtiment Critères d'attribution des chambres Entretien des chambres
	C - Sécurité et surveillance	Présence des professionnels dans la structure Articulation jour / nuit
4 Accompagnement dans l'insertion sociale et/ou professionnelle	A - Suivi social	Ouverture et maintien des droits Situation administrative et financière
	B - Activités au sein de la structure	Animations Respect du règlement / sanctions disciplinaires Participation et expression des résidents
	C - Activités hors de la structure	Partenaires extérieurs Liens avec l'entourage
5 Accompagnement dans le soin	A - Soins somatiques	SSIAD Avec les médecins du PAOSM Urgences médicales Policlinique et PASS précarité
	B - Suivi psychiatrique	Psychiatrie de secteur CATTP
	C - Suivi addictologique	Equipe de liaison de soins en addictologie (ELSA)
6 Sortie de la structure		Recherche d'une solution de sortie Accompagnement de la sortie

Annexe 7 : Listes des structures extérieures sollicitées

CHRS du Centre hospitalier spécialisé en psychiatrie, Avignon (84)	Accueil de personnes isolées en situation de précarité, le plus souvent souffrant de troubles psychiques	Premier contact téléphonique le 18 mars 2015 avec le cadre de pôle Visite sur site le 29 avril 2015 Rencontre avec : <ul style="list-style-type: none"> • Le directeur du pôle médico-social • Le référent social • 2 éducateurs spécialisés • 2 maîtres de maison (ASH) • 1 IDE de l'équipe santé-précarité
EHPAD Saint-Barthélemy, Fondation Saint-Jean de Dieu, Marseille (13)	Accueil de personnes âgées en situation de précarités, notamment anciennement sans-abri	Premier contact téléphonique le 11 mars 2015 avec le directeur de l'EHPAD Visite sur site le 30 avril 2015 Rencontre avec : <ul style="list-style-type: none"> • Le cadre responsable de service de l'unité Saint-Roch • Le médecin coordinateur de l'EHPAD • Le psychologue • Présence lors d'une réunion de l'unité Saint-Roch regroupant les AS / AMP, un IDE transversal, un agent de soins (AS / AMP) transversal, les animateurs, le psychologue et le responsable de service • Présence lors d'une commission d'admission en présence de la direction, des cadres, du médecin coordinateur et du psychologue
LAM du SAMU social de Paris, Ivry (94)	Accueil de personnes isolées en situation de précarité et avec un besoin en soins	Premier contact sur site le 17 mars 2015 avec le responsable du LAM Visite sur site le 5 mai 2015 Rencontre avec : <ul style="list-style-type: none"> • L'IDE coordinateur • Le psychologue • 2 ASS • 1 IDE • 1 AS • 1 AVS • Les deux animateurs de la structure • Présence lors d'une réunion de service pluridisciplinaire
Association Basiliade, Paris (75)	Accompagnement pluridisciplinaire de personnes porteuses du VIH	Pas de suite donnée à la sollicitation
CHRS Foyer Falret, Paris (75)	Accompagnement de femmes avec troubles psychiques	Pas de suite donnée à la sollicitation
EHPAD L'Escale La Rochelle (17)	EHPAD accueillant des personnes sans-abri	Pas de suite donnée à la sollicitation

Annexe 8 : Grille d'entretien utilisée pour les structures extérieures

Premier contact

Thèmes	Contenu
Présentation générale de la démarche	Démarche de mémoire professionnel Prisme de la "pluridisciplinarité" sanitaire et sociale Etat des lieux de la structure « lieu de stage » (documents, personnel, usagers) Approche comparative auprès de structures extérieures Formulation de propositions
Présentation générale de la structure	Création Evolutions et perspectives
Organisation et profil des professionnels	Qualification, statut Encadrement Organisation du travail, planning, fiches de postes
Public accueilli	Age / sexe Problématiques Lieu de provenance Durée de séjour Lieu de destination
Partenaires	Professionnels de la santé De la psychiatrie Orienteurs (SIAO, autres ?)
Atouts/ Difficultés	Articulations : jour / nuit Liens entre groupes professionnels, temps d'échange et de réunion
Organisation de la visite sur site	Date et durée Professionnels à rencontrer

Visite sur site

Etapas du parcours du résident	Description	Thèmes
	Explication de la démarche	Prisme de la « pluridisciplinarité » Explication de l'entretien, organisé autour des étapes du parcours du résident
	Identification du groupe	Parcours professionnels Ancienneté
	Question générale	Etes-vous satisfait de l'accompagnement que vous donnez ?
	1 Admission	Critères d'admission Entretien d'admission Commission d'admission Système de référence Accueil du résident
	2 Mise en place du projet d'accompagnement	Evaluation des besoins Définition des objectifs Réévaluation Informations relatives au résident Encadrement
3 Accompagnement dans la vie quotidienne	A - Aide à la personne	Alimentation Soins d'hygiène Entretien du linge
	B - Aide concernant le lieu de vie	Organisation du bâtiment Critères d'attribution des chambres Entretien des chambres
	C - Sécurité et surveillance	Présence des professionnels dans la structure Articulation jour / nuit
4 Accompagnement dans l'insertion sociale et/ou professionnelle	A - Suivi social	Ouverture et maintien des droits Situation administrative et financière
	B - Activités au sein de la structure	Animations Respect du règlement / sanctions disciplinaires Participation et expression des résidents
	C - Activités hors de la structure	Partenaires extérieurs Liens avec l'entourage
5 Accompagnement dans le soin	A - Soins somatiques	SSIAD Avec les médecins du PAOSM Urgences médicales Policlinique et PASS précarité
	B - Suivi psychiatrique	Psychiatrie de secteur CATTP
	C - Suivi addictologique	Equipe de liaison de soins en addictologie (ELSA)
	6 Sortie de la structure	Recherche d'une solution de sortie Accompagnement de la sortie
	Fin de l'entretien	Eléments complémentaires à ajouter

ROCHATTE

Sonia

Octobre 2015

DESSMS

Promotion 2014-2015

QUEL FONCTIONNEMENT PLURIDISCIPLINAIRE DANS LES ETABLISSEMENTS SANITAIRES, SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX AU SERVICE DES PERSONNES ACCOMPAGNEES ?

Résumé :

Ce mémoire professionnel d'élève directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social interroge les atouts et les limites d'un fonctionnement pluridisciplinaire entre équipes soignantes et socio-éducatives au sein d'un établissement social ou médico-social. Il prend l'exemple du Centre d'hébergement et de réinsertion sociale de « longue durée », au sein du Centre d'accueil et de soins hospitaliers de Nanterre (92). L'établissement fonctionne avec deux équipes d'aides médico-psychologiques et de travailleurs sociaux, et lui est adossé un Service de soins infirmiers à domicile constitué d'une équipe d'infirmières et aides-soignantes.

Par l'analyse du fonctionnement « au quotidien » de l'établissement, il tente de mettre en évidence les freins au travail en équipe pluridisciplinaire et d'en dégager les points critiques. Il cherche ensuite, en s'appuyant notamment sur l'observation d'autres structures, à définir les conditions d'un bon fonctionnement pluridisciplinaire et à donner quelques outils aux directeurs d'établissement sur le sujet.

Mots clés :

PLURIDISCIPLINARITE, SANITAIRE, SOCIAL, LUTTE CONTRE LES EXCLUSIONS, CHRS, NANTERRE, FRANCE, ENTRETIENS, TRAVAIL EN EQUIPE, FORMATION PROFESSIONNELLE

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.