



EHESP

**Directeur d'établissements sanitaires,
sociaux et médico-sociaux**

Promotion : **2011-2012**

Date du Jury : **décembre 2012**

**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)**

Nathalie SASSUS

Remerciements

Je dédie ce mémoire, qui restera sans doute mon unique production littéraire d'envergure, à Emma, Lucie, Maria et Mickaël, témoins au quotidien des aléas, difficultés et quelques satisfactions qui ont émaillé la rédaction de ce travail. Pour votre patience et votre bienveillance, soyez-en très chaleureusement remerciés.

J'adresse en outre mes pensées les plus amicales à Monsieur Xavier Bijaye, en son temps directeur adjoint du Centre Hospitalier Laborit et responsable des services ESSOR, pour sa disponibilité, son écoute, son « coaching » et ses conseils. Puisse la chenille se délivrer de sa chrysalide et devenir, un jour qui sait, papillon !

Un grand merci à mes collègues et amies : Béatrice, les deux Catherine, Céline, Emmanuelle, Maïa, Pauline et Sandrine, sans qui ces deux dernières années auraient eu un tout visage.

Enfin, un mot pour mes éventuels lecteurs : j'espère que cet écrit répondra de manière satisfaisante à la curiosité qui vous a poussés à le feuilleter.

Sommaire

Introduction.....	1
1 La prise en charge du handicap psychique à la confluence des secteurs sanitaire et médico-social :.....	5
1.1 La psychiatrie : discipline médicale à vocation sociale	5
1.2 A la recherche d'une complémentarité de tous les instants	11
2 La pluridisciplinarité au service de l'accompagnement médico-social des personnes en situation de handicap psychique : une réalité en trompe l'œil :.....	19
2.1 Une pluridisciplinarité de façade pour les usagers accompagnés.....	19
2.2 Des acteurs en quête de sens par rapport à leur identité professionnelle.....	24
3 Préconisations pour un virage vers une pluridisciplinarité avérée, au service des usagers :	35
3.1 La redéfinition d'un accompagnement médico-social en adéquation avec les besoins et caractéristiques des usagers	35
3.2 La pluridisciplinarité, source de transparence pour les professionnels et les usagers.....	43
Conclusion.....	51
Bibliographie.....	53
Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ANESM	Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
ARS	Agence régionale de santé
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CAT	Centre d'aide par le travail
CHL	Centre Hospitalier Henri Laborit
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CSP	Code de la santé publique
EPSM	Etablissement public de santé mentale
ESAT	Etablissement et service d'aide par le travail
ESSOR	Etablissement Sanitaire et Social d'Observation et de Réadaptation
ETP	Equivalent temps plein
GPEC	Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences
HPST	Hôpital, Santé, Patients et Territoires
IFSI	Institut de formation en soins infirmiers
IRTS	Institut régional du travail social
PRS	Projet régional de santé
SAMSAH	Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SAVS	Service d'accompagnement à la vie sociale

« Deviens qui tu es ! »

Ainsi parlait Zarathoustra (1885), Friedrich Nietzsche

Introduction

L'article L114 du Code de l'action sociale et des familles (CASF), dans sa rédaction issue de la loi n°2005-102 du 11 février 2005, dispose que « constitue un handicap (...) toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ».

Outre la définition de formes « classiques » de situations de handicap connues et identifiées par la société civile, ces dispositions légales fondent la reconnaissance d'une nouvelle catégorie de handicap : le handicap psychique.

Contrairement au handicap mental qui se réfère davantage aux déficiences intellectuelles, le handicap psychique n'implique pas systématiquement un déficit intellectuel car, par nature, ce handicap est lié à la préexistence d'une pathologie psychiatrique ou aux conséquences d'un accident (traumatismes crâniens par exemple). Les maladies psychiatriques, qui sont principalement à la source de situations de handicap psychique, sont classiquement réparties au sein de deux grandes catégories :

- les névroses qui regroupent les dépressions, les phobies, les troubles obsessionnels compulsifs, les troubles anxieux ;

- les psychoses qui visent essentiellement les schizophrénies et les troubles bipolaires.

D'autres troubles peuvent être associés à ces maladies tels que des addictions, des troubles de la personnalité ou des états dépressifs.

Les établissements publics en santé mentale, tels que le Centre Hospitalier Henri Laborit (CHL) situé à Poitiers dans le département de la Vienne, prennent en charge les personnes dont l'état de santé psychique nécessite le suivi d'un programme de soins adaptés, selon diverses modalités d'intervention définies en fonction de l'état pathologique du patient : hospitalisation à temps complet, suivi en hôpital de jour, suivi au sein d'un centre médico-psychologique.... Cependant, comme bon nombre d'établissements spécialisés en santé mentale, le CHL a observé que les patients accueillis dans ses services avaient tendance à subir des périodes d'hospitalisation très longues au sein de l'hôpital, alors même que la crise aiguë de la maladie était passée. Aussi, pour permettre aux patients d'envisager leur réinsertion dans le milieu dit « ordinaire » une fois la crise pathologique stabilisée dans le cadre d'une prise en charge

médicalisée, le CHL a très tôt opté pour le développement, en son sein, de structures médico-sociales d'aval.

Créé par le Centre Hospitalier Régional de Poitiers en 1970, l'Etablissement Sanitaire et Social d'Observation et de Réadaptation (ESSOR) accueille quasi exclusivement des personnes en situation de handicap psychique qui peuvent éprouver des difficultés très importantes dans les actes de la vie courante mais, parallèlement, peuvent faire preuve d'une extrême habileté professionnelle dans un environnement sécurisant et adapté.

Initialement construits autour d'un centre d'aide par le travail (CAT), les services ESSOR, aujourd'hui rattachés au CHL, regroupent actuellement :

- un Etablissement et service d'aide par le travail (ESAT) de 181 places accueillant quelque 186 travailleurs handicapés dans le cadre d'ateliers aux activités très diverses : entretien d'espaces verts, menuiserie, encadrement, imprimerie et reprographie, reliure, forge et serrurerie, buanderie, cannage et paillage, sous-traitance diverse ;

- une « section annexe » (foyer occupationnel de jour) de 8 places, accueillant des personnes en situation de handicap psychique ne pouvant accéder ou conserver une activité professionnelle en ESAT ;

- un foyer d'hébergement accueillant, en dehors des horaires d'ouverture de l'ESAT, 44 travailleurs handicapés ne bénéficiant pas d'un hébergement en externat ;

- un service de soins de suite de type service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) ;

- un service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) de 18 places ;

- un service de mandataire judiciaire à la protection des majeurs assurant le suivi de 73 mesures de tutelle et de curatelle.

En outre, conformément aux dispositions de l'article L441-1 du CASF, le Conseil Général de la Vienne a délégué, en 2002, aux services ESSOR le soin d'organiser et de suivre le placement familial, à titre onéreux, de personnes en situation de handicap sur le territoire de la Communauté d'Agglomération de Poitiers et sur deux cantons du département. Dans le cadre de cette mission, les services ESSOR assurent le placement et le suivi d'une vingtaine d'adultes en situation de handicap.

Du fait de leur histoire et de leur rattachement fonctionnel et organique au CHL, les services ESSOR ont longtemps été « hospitalo-centrés » bien qu'ils soient considérés, et, ce, dès leur création, comme des services médico-sociaux à part entière. Créés et développés autour de personnels infirmiers et médicaux exerçant au sein du CHL, les services ESSOR doivent néanmoins aujourd'hui prendre un virage éducatif marqué afin de répondre, de manière efficace et complète, aux besoins d'accompagnement médico-social exprimés par leurs usagers.

Des facteurs tant exogènes, tels que les difficultés de recrutements d'infirmiers rencontrées par les services du CHL et la présence renforcée de travailleurs sociaux, qu'endogènes, telles les relations entretenues par les services sanitaires du CHL avec les structures médico-sociales de ce même établissement, sont autant d'éléments qui conduisent à s'interroger sur les atouts et les limites de l'accompagnement médico-social actuellement proposé aux usagers des services ESSOR.

En effet, force est de constater que le handicap psychique nécessite un accompagnement particulier car la personne en situation de handicap psychique oscille constamment entre maladie psychiatrique et restriction de sa participation à toute vie en société. La maladie psychiatrique induit quasi systématiquement un certain nombre de limitations qui peuvent provoquer des situations de grande dépendance pour qui en est atteint. De plus, les personnes en situation de handicap psychique partagent globalement les caractéristiques suivantes :

- une incapacité à exprimer leurs besoins ou leurs attentes d'accompagnement, en particulier dans les phases aiguës de la maladie,
- le rejet de la maladie et la négation du handicap qui en découle,
- un repli sur soi corrélé à un refus de soins et au développement de relations sociales perturbées voire inadaptées,
- la nécessité de prendre et observer un traitement défini, adapté et évalué par un médecin psychiatre.

C'est pourquoi, afin de répondre à l'ensemble des problématiques médicales, éducatives et sociales soulevées par le profil des usagers des services ESSOR, il est indispensable de constituer une équipe d'accompagnement médico-social pluridisciplinaire permettant d'appréhender les besoins d'accompagnement des usagers afin de proposer et faire vivre des projets individualisés cohérents. Ce caractère de nécessité est, comme nous le verrons dans la première partie de cet exposé, directement lié à l'histoire des soins psychiatriques et à leur confluence entre secteur sanitaire et secteur médico-social.

Mais si, au regard des multiples facettes du handicap psychique, la recherche de la pluridisciplinarité semble être naturelle au sein des services ESSOR du fait, notamment, de la longue coexistence de personnels paramédicaux et de travailleurs sociaux en leur sein, cette tendance ne doit pas occulter les préoccupations liées à la place que chaque professionnel peut et doit occuper au sein de cette équipe, notamment au vu de ses compétences et des apports qu'il propose au titre de l'accompagnement des usagers. La seconde partie de ce mémoire tendra à expliquer en quoi la pluridisciplinarité, souhaitée et voulue par l'ensemble des professionnels de la prise en charge du handicap psychique, peut néanmoins être perçue, au quotidien, comme un mirage.

Enfin, dans le cadre de cette problématique, il convient de s'interroger sur la place et le rôle du directeur d'établissement médico-social dans la constitution et le fonctionnement d'une équipe d'accompagnement pluridisciplinaire. En effet, le directeur est le garant de la mise en œuvre du projet de vie défini par et pour l'utilisateur et doit mobiliser, en conséquence, les moyens nécessaires à cette mission. Ceci implique donc de sa part de la pédagogie (afin de donner du sens à l'action de chaque professionnel et de l'équipe dans son ensemble), un talent certain pour la communication (afin d'accompagner le changement et rassurer les professionnels dans leur exercice, quand bien même ce dernier s'effectuerait dans des conditions différentes de celles connues depuis plusieurs années) et une vision stratégique à long terme (afin de passer de la vision théorique de ce projet à la réalisation pratique).

Afin d'appréhender l'environnement dans lequel s'inscrit l'accompagnement proposé par l'équipe médico-sociale aux usagers des services ESSOR, des recherches documentaires ont été effectuées sur l'organisation et le fonctionnement des services médico-sociaux s'adressant aux personnes en situation de handicap, sur les spécificités de l'accompagnement du handicap psychique, sur le cadre légal et réglementaire dans lequel s'inscrivent les métiers paramédicaux et sociaux concourant à la prise en charge du handicap psychique et sur les modalités de coordination entre les secteurs sanitaire et médico-social. J'ai, en outre, effectué des recherches historiques afin de comprendre les évolutions qui ont marqué et marquent actuellement les différentes professions composant l'équipe d'accompagnement médico-social des services ESSOR et replacer, dans ce contexte, les enjeux qui traversent cette équipe, tant au niveau de son organisation que de ses missions.

De plus, j'analyserai la pratique de l'accompagnement médico-social au sein des services ESSOR en illustrant cette dernière par l'examen de quelques écrits professionnels¹ émanant tant des personnels infirmiers que des différents travailleurs sociaux composant l'équipe médico-sociale, afin d'explicitier le positionnement des différents acteurs au sein de l'équipe pluridisciplinaire.

Enfin, afin de compléter ces éléments théoriques, j'ai réalisé des entretiens auprès du directeur des soins infirmiers du CHL et auprès d'un formateur de l'Institut Régional du Travail Social (IRTS) de Poitiers pour qu'ils m'apportent un éclairage pratique et personnel sur les métiers qu'ils ont, eux-mêmes, exercés en équipe pluridisciplinaire. De plus, j'ai eu l'occasion de visiter un autre établissement qui accompagne des usagers aux profils sensiblement identiques aux usagers de services ESSOR, au titre de services médico-sociaux quasi identiques et qui connaissent cette même problématique.

¹ Cf paragraphe 2.1.2 p.24 du présent document

1 La prise en charge du handicap psychique à la confluence des secteurs sanitaire et médico-social :

La maladie mentale ainsi que les handicaps qui en découlent ont longtemps fait l'objet d'une prise en charge inadaptée occultant toute approche multidimensionnelle des maux affectant les personnes qui en souffrent. Ces dernières, coupées de la réalité du fait de leur pathologie psychiatrique, négligent leur santé et leur bien-être physiques et s'isolent socialement du fait des conséquences de leur maladie (manque d'assiduité dans les études ou le travail provoquant la renonciation à toute activité socioprofessionnelle, absence de domicile fixe entraînant l'errance dans les rues...).

La psychiatrie moderne a, à l'examen de son histoire, longtemps oscillé entre le « tout thérapeutique » et le « tout éducatif »², cherchant sa place parmi les disciplines médicales telles que la biologie et la neurologie et les disciplines sociales comme la sociologie et les sciences de l'éducation.

Néanmoins, de nombreuses démarches menées tant par les pouvoirs publics que les acteurs eux-mêmes conduisent à conférer à la psychiatrie une place à part au sein du système de santé, situant cette discipline à la croisée des problématiques médicales et sociales pour un accompagnement efficace et de qualité des personnes frappées de maladies et/ou de handicap psychiques.

1.1 La psychiatrie : discipline médicale à vocation sociale

L'étude des grandes étapes liées à la construction de la psychiatrie moderne montre que de forts liens se sont noués, au fil des siècles, entre les institutions du secteur sanitaire et médico-social, notamment à travers la naissance et le développement de deux types de métiers axés vers la prise en charge médico-sociale des personnes souffrant de troubles psychiatriques.

1.1.1 De la logique d'enfermement à la recherche de l'intégration sociale des « malades mentaux »

Sous l'Antiquité, la maladie mentale est perçue tantôt comme une punition divine frappant la personne qui en est affligée, tantôt comme la prise de contrôle par le Démon de l'âme et du corps du malade. Du fait du caractère surnaturel des pathologies constatées à cette époque, les thérapies mises en œuvre reposent essentiellement sur des prières et des

² JAEGER M, 2006, *L'articulation du sanitaire et du social – Travail social et psychiatrie* - Préambule

incantations magiques. Néanmoins, certains penseurs et médecins de cette période tentent de développer de nouvelles formes de thérapies, construites cependant sur deux axes diamétralement opposés : pour les uns, il s'agit de restaurer un certain équilibre chez le patient en lui proposant un régime alimentaire adapté, des exercices physiques spécifiques, des activités intellectuelles tournées vers les arts, etc... ; pour les autres, les seuls traitements à mettre en œuvre reposent sur les punitions physiques, la terreur et toutes autres formes de mauvais traitements destinés à expurger le Mal. Malgré la peur que peuvent engendrer, dans la société antique, les malades mentaux, ceux-ci demeurent pleinement intégrés à la vie de la Cité.

Au Moyen Age, l'origine démoniaque ou pécheresse de la maladie mentale n'est pas remise en cause. Mais l'émergence du droit romain et son application au sein de la société française de l'époque autorisent la justice à écarter les personnes souffrant de troubles psychiatriques de la vie civile. Les « fous », frappés d'incapacité par la justice royale, sont dépossédés de leurs biens. Laissés à eux-mêmes faute d'institutions destinées à les accueillir et à les soigner, ils errent d'une ville à l'autre. La fin du Moyen Age et le début de la Renaissance marquent un tournant dont un grand nombre de malades psychiatriques (mais aussi de non malades) seront victimes. La Grande Inquisition conduit au massacre de malades mentaux accusés de sorcellerie ou de possession démoniaque. Face au choc qu'occasionnent, de plus en plus, ces exécutions dans l'opinion publique, un grand mouvement « antipossessionniste »³ se développe, réduisant la sorcellerie au rang de superstition. Malgré cette volonté de non stigmatisation des aliénés mentaux, les lieux d'accueil et de soins dédiés à ces derniers demeurent rarissimes.

A compter des XVII^e et XVIII^e siècles, apparaissent les premières institutions destinées à accueillir les « insensés » mais aussi toute une partie de la population taxée de miséreuse, d'oisive, de libertine ou de délinquante⁴. Ces « hôpitaux généraux », créés par Louis XIV, assurent un hébergement forcé à leurs bénéficiaires, privant par là même ces derniers de leurs libertés dans un mouvement reconnu comme étant un « Grand Renfermement »⁵. Ainsi, sous couvert d'une volonté humaniste, se cachent les velléités du pouvoir en place à protéger la Société contre tous ses membres jugés fous ou amoraux. Ces lieux de regroupement sont à l'origine du développement balbutiant des premières techniques médicales destinées à soigner les insensés. Ces techniques reposent sur les postulats que la folie est curable et que les traitements mis en œuvre,

³ CAIRE M., *Histoire de la psychiatrie en France*, [visité le 21 juillet 2012], disponible sur internet : <http://psychiatrie.histoire.free.fr/index.html>

⁴ HOCHMANN J., *Histoire de la psychiatrie*, 2^e édition, Paris, Presses Universitaires de France, Collection Que sais-je ?, 127 p.

⁵ FOUCAULT Paul-Michel, *Histoire de la folie à l'âge classique. Folie et déraison*, Paris, Gallimard, coll. « Tel », 1972, 583 p.

essentiellement physiques (douches froides, saignées, purges...) ont pour but la guérison complète du patient.

A la fin du XVIII^e siècle, sous l'impulsion des idées révolutionnaires et humanistes qui traversent la France, un grand nombre de médecins et penseurs vont théoriser une nouvelle forme de prendre soin des malades mentaux, fondée sur le « traitement moral » de ces derniers. Sous l'impulsion de Philippe Pinel, considéré comme le père de la psychiatrie moderne, sont créés des asiles destinés à observer, « sous l'autorité bienveillante du médecin mais plus encore sous sa surveillance rigoureuse »⁶, le comportement des aliénés en vue de fixer leurs comportements et leur psychisme sur des concepts socialement acceptés et partagés. Esquirol, disciple de Pinel, estime que ce but ne saurait être atteint sans l'isolement du patient par rapport à son environnement direct, source des troubles psychiques.

Le XIX^e siècle exaucera le souhait de mise à l'écart émis par Esquirol mais dans une optique très différente : celle de la défense sociale. Ainsi, la loi du 30 juin 1838 consacre la construction d'asiles, placés sous la responsabilité de médecins aliénistes, dans chaque département français en vue de soigner, protéger mais aussi isoler de la société les malades mentaux. Ceux-ci peuvent se voir contraints à l'internement, soit à la demande de leur famille ou d'un tiers ayant un intérêt à agir, soit à la demande des pouvoirs publics en vue de sauvegarder l'ordre public. Face au nombre grandissant des demandes d'internement, de nombreuses critiques s'élèvent face à cette nouvelle forme de séquestration légale.

En parallèle, les premières divergences sur l'origine des causes des maladies mentales apparaissent dans les rangs des spécialistes. Alors que certains émettent l'hypothèse que les pathologies psychiatriques ont des origines organiques, d'autres défendent l'idée que ces maux trouvent leur source dans un affaiblissement de l'âme, nécessitant la mise en œuvre d'une médecine fondée sur l'écoute du patient et de son histoire de vie ainsi que sur l'analyse des symptômes. Ces différences de conception tendront à se retrouver dans les débats de spécialistes jusque dans les années 1920 et serviront à justifier, en fonction des observations personnelles effectuées par les uns et les autres, le recours plus ou moins important à l'isolement, aux « traitements de choc » ou au traitement par la parole. Sous l'impulsion des théories hygiénistes développées au début du XX^e siècle afin de lutter contre les maladies telles que la tuberculose, Edouard Toulouse crée dans les années 1920 la Ligue d'Hygiène et de Prophylaxie Mentale destinée à œuvrer à la reconstruction psychique d'une population française marquée par de récents épisodes de guerre très douloureux. Toulouse lance un mouvement d'humanisation des asiles qui, du fait de la surpopulation qui les caractérise, sont « devenus des institutions folles et déshumanisées, dont les rituels et les règlements visaient à masquer et à contenir la folie.

⁶ Ibidem

(L'asile s'est transformé) une institution « totalitaire » où s'établit une séparation rigoureuse entre deux classes d'individus : les gardiens et les gardés ». ⁷ Fort de ce constat, Toulouse propose de séparer les services dits « de long séjour » de services libres auxquels les malades peuvent avoir accès sur leur seul consentement.

Ces innovations marquent les débuts d'une psychiatrie « hors les murs » qui sera consacrée à l'issue de la Seconde Guerre Mondiale suite à la découverte des horreurs concentrationnaires. Les institutions psychiatriques se doivent alors de devenir bienveillantes et de permettre aux patients de conserver leurs réseaux relationnels. Sur ce terreau, est effectuée la refonte complète du système psychiatrique français : la circulaire n°340 du 15 mars 1960 énonce que le « principe essentiel de l'organisation de la lutte contre les maladies mentales doit être de maintenir les malades au plus près de leur milieu de vie ordinaire. L'hospitalisation ne constitue plus désormais qu'une étape du traitement qui a commencé et devra être poursuivi dans les organismes de prévention et de postcure ». Pour ce faire, le territoire national est découpé en secteurs géographiques au sein desquels des équipes pluridisciplinaires doivent prendre en charge les besoins de soins psychiatriques des populations relevant de leur champ de compétence. De plus, s'initie un mouvement de fermetures des lits d'hospitalisation classiques afin de redéployer des moyens vers des formes alternatives de prises en charge médicale : hôpitaux de jour, centres médico-psychologiques... Néanmoins, ce mouvement, axé sur le développement de suivis extrahospitaliers des patients atteints de pathologies psychiatriques nécessite la création de structures d'aval à visée médico-sociale. Ces structures permettent aux patients de conserver ou recréer le lien social qui s'était distendu pendant la phase aiguë de la maladie, phase qui aura, le plus souvent, donné lieu à une hospitalisation classique. Les lois du 30 juin 1975 viennent consacrer la coexistence de deux secteurs appelés à collaborer : le secteur sanitaire d'une part et le secteur médico-social d'autre part.

Aujourd'hui, la psychiatrie, sans doute plus que toute autre discipline médicale au regard de son histoire, n'est plus qu'une discipline purement sanitaire. Elle s'est, au fil du temps, ouverte sur le secteur médico-social afin que les personnes atteintes de troubles psychiatriques ne soient plus écartées de la Société. Cette affirmation est d'autant plus vraie qu'elle est corroborée par l'évolution historique des professions concourant à la prise en charge des malades psychiatriques.

⁷ HOCHMANN J, op.cit.

1.1.2 La coexistence historique de deux métiers tournés vers l'accompagnement des patients : les infirmiers de psychiatrie et les assistantes sociales

Alors qu'au XIX^e siècle la législation française institue la prise en charge des malades mentaux au sein des asiles, des mouvements alternatifs à l'isolement forcé des fous s'organisent. Ainsi, sur la base d'exemples issus de la doctrine du « no restrain » développée à la même époque en Angleterre par John Connolly, des établissements à dimension familiale accueillent des malades mentaux tout en interdisant le recours à la contention et en développant des prises en charge axées vers des « amusements » (fêtes, excursions...), des « occupations » (travail adapté) et des « associations harmonisées » (groupes de parole)⁸.

D'autres modalités de prise en charge, basées sur le modèle de l'« open door », visent à accueillir des personnes atteintes de troubles psychiatriques au sein de familles d'accueil. En parallèle à cet hébergement hors les murs de l'asile, les personnes accueillies bénéficient de soins psychiatriques, selon les normes en vigueur de l'époque.

Enfin, les mouvements caritatifs de ce siècle se mobilisent dans la prise en charge des malades mentaux, autour de trois axes principaux :

- La guérison : si celle-ci est obtenue dans le cadre d'une institution, la guérison doit être soutenue et confirmée par la suite dans un autre environnement ;

- La prévention : un accompagnement spécifique doit pouvoir être mis en œuvre afin de prévenir tout risque de rechute dans la maladie ;

- L'aide à domicile : bien que l'ouverture massive d'asiles sur l'ensemble du territoire français implique l'internement croissant de personnes souffrant de troubles psychiatriques, le nombre de malades vivant à leur domicile ou dans leur sphère familiale est encore plus important. La mise en œuvre d'un accompagnement à visée sociale pour ces personnes est donc considérée pour la première fois comme essentielle.

L'ensemble de ces projets, concurrents au principe de l'asile défendu par les pouvoirs publics, sont développés par l'initiative privée, notamment par des sociétés de patronages pour convalescents souvent adossées à des congrégations religieuses.

Dans ce contexte, plusieurs profils d'acteurs ayant vocation à intervenir auprès des malades mentaux vont coexister. Au sein des asiles et des institutions privées à vocation thérapeutiques placées sous l'égide de l'Eglise, les soins sont assurés par des religieux qui administrent les remèdes, distribuent la nourriture et veillent à la gestion et à l'organisation de l'institution. Les tâches liées à la surveillance et au contrôle des insensés sont confiées à des personnels « subalternes », qui ont reçu très peu d'éducation et sont souvent, eux-mêmes, d'anciens malades (physiques ou mentaux) guéris. Issus des

⁸ JAEGER M, op.cit.

classes les plus défavorisées de la société, ces « gens de service », « gardiens » ou encore « infirmiers » (au sens de celui qui prend en charge les infirmes) sont relégués aux bords de la société.⁹ Néanmoins, ces agents sont recrutés sur des critères moraux très stricts : ils doivent faire preuve d'humanité, de douceur, de vigilance mais aussi de fermeté vis-à-vis des patients.

A l'extérieur des établissements asilaires, sous la pression des thèses hygiénistes et moralisatrices qui visent les classes populaires de la société, sont créées des écoles de formation sociale qui formeront des infirmières visiteuses. Ces dernières se rendent au domicile de leurs patients, afin de leur prodiguer soins et conseils dans la conduite de leur vie quotidienne.

En parallèle, à la fin du XIX^e siècle, les classes ouvrières s'organisent afin de sortir du giron et de la charité de l'Eglise. Les premières organisations professionnelles se créent afin de rationaliser les mouvements caritatifs pour améliorer le sort matériel et moral des couches les plus populaires de la société.

Sur ces bases, deux spécialités professionnelles vont se constituer : un métier d'infirmier, désormais cantonné aux soins en institution et un métier d'assistante sociale qui se voit confier l'ensemble des actions menées au domicile du bénéficiaire de ces services.

Avec le développement des prises en charge extra-hospitalières des personnes atteintes de pathologies psychiatriques et suite à l'accélération de ce mouvement du fait de la mise en place de la politique de « sectorisation » dans les années 1960, ces métiers, qui coexistaient sans réellement se rencontrer, ont dû se rapprocher. En effet, dans le cadre des visites à domicile, infirmiers et assistantes sociales interviennent au chevet des mêmes personnes, dans un but commun visant au bien être physique et moral de ces dernières.

En outre, la découverte puis l'utilisation de médicaments stabilisant les troubles liés aux pathologies psychiatriques ont permis de développer de nouveaux modes d'accompagnements combinant les traitements chimiothérapeutiques à la prise en compte des liens du patient avec son environnement (famille, travail, vie socioculturelle, etc....)¹⁰.

Dès lors, le secteur sanitaire, représenté par les infirmiers, et le secteur médico-social, identifié par les travailleurs sociaux, doivent coordonner leurs actions et se compléter afin de garantir un accompagnement efficace et optimal aux personnes atteintes de troubles

⁹ CAIRE M, op.cit.

¹⁰ MASSE G. et KANNAS S. mai-juin 2002, « Santé mentale : des partenariats et des actions à promouvoir », *La Santé de l'homme*, n°359, pp. 23-26

psychiatriques dont ils ont la charge. Cette collaboration la plus étroite possible entre ces deux secteurs a été, à de nombreuses reprises, appelée de tous leurs vœux tant par les pouvoirs publics que les acteurs eux-mêmes. Mais malgré des exemples de collaborations qui se veulent réussis, de nombreux obstacles pèsent sur la mise en place d'accompagnements pluridisciplinaires dans le champ de la psychiatrie.

1.2 A la recherche d'une complémentarité de tous les instants

Si, pour pallier les difficultés organisationnelles et fonctionnelles liées à la dichotomie constatée dans le champ de la psychiatrie entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social, les pouvoirs publics n'ont de cesse de rechercher le décroisement entre ces deux secteurs, force est de constater que, malgré quelques initiatives allant dans ce sens, de nombreux freins viennent brider cette démarche de coopération.

1.2.1 Une volonté politique forte, sans cesse répétée.

Dès la mise en place de la politique de sectorialisation dans le champ de la psychiatrie, le pouvoir politique a insisté sur l'absolue nécessité, pour les secteurs sanitaire et médico-social, de collaborer afin d'offrir un accompagnement optimal aux personnes atteintes de troubles psychiques. Ainsi, la circulaire n°340 du 15 mars 1960 énonce que l'organisation du dispositif de lutte contre les maladies mentales a un double but : d'une part « entreprendre les soins des malades mentaux à un stade plus précoce, avec de plus grandes chances de succès, et apporter aux anciens malades un appui médico-social efficace leur évitant des récives » ; d'autre part « éviter la désadaptation qu'entraîne l'éloignement du malade de son milieu naturel ».

Cette même circulaire précise que, pour répondre à ces deux objectifs, il convient certes d'augmenter les capacités d'hospitalisation existantes mais aussi (et surtout) créer des dispositifs de suivi extra-hospitaliers visant à désencombrer progressivement les lits d'hospitalisation. Ce texte dispose explicitement qu' « il ne faut pas perdre de vue que la plupart des malades mentaux posent des problèmes médico-sociaux importants qui ne sont pas réglés par l'hospitalisation, et même que l'hospitalisation rend plus aigus encore ». Non seulement la complémentarité entre soins et accompagnement médico-social est donc déjà recherchée mais elle doit également être considérée comme la clef de la réussite pour la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiatriques et pour l'organisation du système de prise en charge. Ainsi, l'auteur de la circulaire « insiste sur le fait que la mise en place des organismes extra-hospitaliers ci-dessus énumérés, en liaison avec les services d'hospitalisation, est un élément très important de

l'organisation de la lutte contre les maladies mentales ; tant que ces organismes n'existent pas, les soins dispensés par l'hôpital ne peuvent être qu'incomplets ». ¹¹

Une décennie plus tard, deux lois en date du 30 juin 1975¹² vont rappeler cette nécessaire collaboration entre les différents acteurs ayant à intervenir auprès de personnes en situation de handicap. En effet, et bien que la notion de handicap psychique ne soit pas utilisée et donc reconnue par la loi n°75-534 du 30 juin 1975¹³, le législateur rappelle que toutes les forces vives de la Nation doivent coopérer afin d'apporter leur aide aux personnes handicapées, quelle que soit la source de ce handicap. Ainsi, « les familles, l'Etat, les collectivités locales, les établissements publics, les organismes de sécurité sociale, les associations, les groupements, organismes et entreprises publics et privés associent leurs interventions pour (...) assurer aux personnes handicapées toute l'autonomie dont elles sont capables ». ¹⁴ En outre, la loi n°75-535 du même jour précise que les institutions sociales et médico-sociales, qui peuvent notamment avoir pour mission d'assurer des actions dans le champ de l'information, de la prévention, de l'orientation et du soutien des publics dont elles ont la charge, doivent coordonner leurs actions avec les autres organismes relevant des champs sanitaire, social et médico-social. ¹⁵

Dans le cadre du mouvement de rénovation de l'action sociale et médico-sociale et de la prise en charge du handicap initié par les lois n°2002-02 et 2005-102, le législateur va réaffirmer le principe de collaboration entre institutions relevant de ces champs d'action et va consacrer l'existence d'équipes pluridisciplinaires pour mener à bien les missions qui leur impartissent. Ainsi, le Code de l'action sociale et des familles est complété par une définition exhaustive de l'action sociale et médico-sociale qui, « dans un cadre interministériel, tend à promouvoir l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets. (...) Elle est mise en œuvre par l'Etat, les collectivités territoriales et leurs établissements publics, les organismes de sécurité sociale, les associations ainsi que par les institutions sociales et médico-sociales. » ¹⁶ De plus, l'article L312-1 du CASF prévoit que « les prestations délivrées par les établissements et services (sociaux et médico-sociaux) sont réalisées par des équipes pluridisciplinaires qualifiées ».

¹¹ Circulaire n°340 du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement en matière de lutte contre les maladies mentales.

¹² Loi n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées et loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales

¹³ La notion de handicap psychique ne sera évoquée qu'en 2005, dans l'article 1^{er} de la loi n°2005-102 (cf supra, introduction du présent mémoire)

¹⁴ Article 1^{er} paragraphe 2 de la loi n°75-534 du 30 juin 1975.

¹⁵ Articles 1^{er} et 2 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975.

¹⁶ Article L116-1 du Code de l'action sociale et des familles

En outre, dans le champ plus spécifique du handicap, le législateur va mettre l'accent sur la complémentarité indispensable entre les acteurs du champ sanitaire et médico-social en créant, au sein du Code de la Santé Publique (CSP) un article L1110-1-1 qui dispose que « les professionnels de santé et du secteur médico-social reçoivent, au cours de leur formation initiale et continue, une formation spécifique concernant l'évolution des connaissances relatives aux pathologies à l'origine des handicaps et les innovations thérapeutiques, technologiques, pédagogiques, éducatives et sociales les concernant, l'accueil et l'accompagnement des personnes handicapées, ainsi que l'annonce du handicap. » Ainsi, tous les professionnels qui concourent à l'accompagnement de personnes en situation de handicap, tant dans le domaine hospitalier que dans le secteur médico-social, sont sensibilisés à l'ensemble des problématiques médicales et sociales liées au champ du handicap.

Ce rapprochement des secteurs sanitaire et médico-social va encore s'accroître sous l'impulsion de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite loi HPST). En effet, malgré leur volonté de voir les acteurs sanitaires et médico-sociaux harmoniser leurs relations pour offrir la prise en charge la plus adaptée à leurs publics communs, les pouvoirs publics ont néanmoins dû faire face à un morcellement des compétences de chacun du fait d'un empilement de réglementations qui ont conduit à un compartimentage quasi étanche entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social. La loi n°75-535 est, d'ailleurs, emblématique de cette situation car elle reconnaît explicitement l'existence d'un secteur social et médico-social autonome du secteur sanitaire. En outre, si l'action sanitaire relève de la compétence de l'Etat et du financement des organismes de protection sociale, l'action sociale et médico-sociale est co-pilotée par l'Etat et les collectivités territoriales (notamment, les départements) ce qui rend son organisation et son financement peu transparents.

Face à ce constat, la loi HPST tend à rechercher la meilleure offre de soins en créant des outils communs de planification et d'organisation de l'offre sanitaire et médico-sociale et en définissant des axes de partenariats forts entre les hôpitaux et les établissements sociaux et médico-sociaux. Sous l'égide des Agences Régionales de Santé (ARS), interlocutrices uniques des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, un Projet Régional de Santé (PRS) est élaboré afin de définir et réguler l'offre de soins sur le territoire régional concerné. Ce PRS comprend un ensemble coordonné de plans, de schémas départementaux et régionaux au nombre desquels figurent le schéma régional d'organisation sanitaire et le schéma régional d'organisation médico-sociale. Dans ce contexte, les établissements hospitaliers et médico-sociaux doivent coordonner leurs actions afin de proposer à leurs patients et usagers un parcours de soins et d'accompagnement facilité car fluidifié. Des obligations en termes de coopération et de

travail en filière peuvent être imposées aux établissements susvisés par l'ARS, par le biais d'outils conventionnels tels que les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) qui sont utilisés, notamment, dans le secteur sanitaire et du handicap.

Enfin, les initiatives étatiques spécifiquement instaurées depuis 2005 au sein de plans nationaux relatifs à la psychiatrie et à la santé mentale¹⁷ posent, parmi les postulats devant être respectés en vue de proposer le meilleur accompagnement des personnes atteintes de troubles psychiques, l'indispensable décloisonnement des acteurs. Ce dernier doit, notamment, viser à proposer des structures médico-sociales d'aval permettant de consolider le travail de soins entrepris en hôpital et à proposer des axes de réinsertion conformes aux désirs et capacités des personnes accueillies.

Dans ce contexte politique et réglementaire tendant à une étroite concertation entre les professionnels médicaux et médico-sociaux intervenant dans le domaine de la psychiatrie, un grand nombre d'établissements publics de santé mentale (EPSM), tel que le CHL, ont souhaité structurer en leur sein des services médico-sociaux adaptés à la prise en charge des personnes souffrant de pathologies psychiatriques. Cependant, ces démarches de décloisonnement connaissent quelques limites.

1.2.2 Un exemple de collaboration a priori aboutie : le cas des services ESSOR du CHL

Alors que la loi du 30 juin 1838 imposait à chaque département de se doter d'un asile pour aliénés et malades mentaux, le Conseil Général de la Vienne ne décide de créer un hôpital psychiatrique à vocation départementale qu'en 1938. Entre cette date et le milieu des années 1960, le Centre Psychothérapique va développer ses activités, sous forme pavillonnaire, sur le site de la Milétrie, à la périphérie de la ville de Poitiers. En 1967, du fait du refroidissement des relations diplomatiques entre la France et les Etats Unis dans le cadre de l'Organisation du Traité de l'Atlantique Nord, l'armée américaine évacue l'ensemble des locaux qu'elle occupait sur le site de Châlons, distant de cinq kilomètres de la Milétrie. Ces locaux sont rétrocédés au Centre Psychothérapeutique de la Vienne, en vue d'accueillir des patients chroniques et des enfants lourdement handicapés. Les infrastructures de soins basées sur le site de Châlons sont placées sous la responsabilité médicale du Professeur Périvier.

A l'instar de la situation connue d'un grand nombre d'établissements psychiatriques, le Professeur Périvier constate que les patients pris en charge dans les structures sanitaires tendent à voir leur présence sur des lits d'hospitalisation complète durer plus qu'il n'est

¹⁷ Cf Plan « psychiatrie et santé mentale » 2005-2010 et Plan « Psychiatrie et Santé mentale » 2011-2015

nécessaire. Cette « chronicisation » des patients s'explique notamment par un manque patent de structures d'aval accueillant les personnes atteintes de troubles psychiques une fois la crise aiguë de la maladie traitée.

A cette même époque, le Centre Psychothérapeutique de la Vienne voit ses pratiques de prise en charge des malades psychiques évoluer du fait de l'ouverture du premier service de post cure qui met en œuvre un véritable suivi des patients à l'issue de leur hospitalisation. Dans cette droite ligne, le Professeur Périvier, en concertation avec Monsieur Fruchard, directeur général du Centre Psychothérapeutique de la Vienne, estime que la réinsertion psychosociale des patients ne peut aboutir que si ceux-ci peuvent avoir accès à une activité professionnelle adaptée. De ce constat naîtra en 1970 le CAT de Châlons, structure médico-sociale placée dans le giron fonctionnel du Centre Hospitalier Spécialisé de la Vienne (devenu CHL en 1995).

La création du CAT reposera, dans un premier temps, sur la mobilisation de moyens humains issus du Centre psychothérapeutique. En effet, comme l'explique Monsieur Tarrade, Directeur des Soins du CHL, dans le cadre d'un entretien réalisé le 7 juin 2012¹⁸, le métier d'infirmier spécialisé en psychiatrie devient, dans le courant des années 1970, attractif car la formation de ces professionnels est rémunérée. De ce fait, la profession recrute de nombreux jeunes hommes qui ont débuté leur carrière dans des métiers techniques et aspirent à évoluer socialement. Ces infirmiers, au profil technique atypique, vont contribuer à développer des activités ergothérapeutiques et encadreront les premiers ateliers du CAT. Dans un second temps, cette première génération d'infirmiers « référents d'atelier » sera, dans chaque atelier, progressivement remplacée par des binômes composés d'un infirmier spécialisé en psychiatrie chargé de veiller au suivi médico-psychologique des travailleurs handicapés au sein de l'atelier et d'un ouvrier ayant les compétences techniques et commerciales nécessaires au bon développement des activités de l'atelier.

Désormais, le CAT de Châlons, devenu en 1974 le CAT ESSOR puis en 2007 l'ESAT ESSOR, doit réorganiser ces équipes d'accompagnement socio-professionnel du fait de la diminution des effectifs infirmiers en son sein. Cette évolution touche aussi le service d'accompagnement médico-social qui officie au titre du foyer d'hébergement pour travailleurs handicapés, du SAMSAH et du SAVS.

En effet, sous l'effet combiné de plusieurs facteurs (disparition du diplôme d'infirmier en psychiatrie, difficultés de recrutements d'infirmiers dans ce secteur d'activité, départs à la retraite d'infirmiers des services ESSOR non remplacés, émergence des travailleurs sociaux formés pour l'accompagnement social et socio professionnel des personnes en

¹⁸ Cf Grille de restitution de l'entretien en annexe n°1 du présent mémoire

situation de handicap), le nombre d'infirmiers travaillant tant au sein de l'ESAT qu'au sein de l'équipe d'accompagnement médico-social a décliné fortement. Les services ESSOR ont donc ouvert, de plus en plus, leurs effectifs à de nouveaux profils de professionnels spécialisés dans l'accompagnement médico-social (éducateurs spécialisés, éducateurs techniques spécialisés, conseillères en économie sociale et familiale, assistante sociale). Ainsi, au sein de l'ESAT, un seul infirmier spécialisé en psychiatrie continuera à exercer des fonctions de référents d'atelier d'ici à 2013. Les autres postes de référents d'atelier (soit 22 postes identifiés) seront occupés par des travailleurs sociaux. Au sein de l'équipe d'accompagnement médico-social basée au foyer d'hébergement, les infirmiers spécialisés en psychiatrie (sept infirmiers de jour et deux infirmiers de nuit) sont sur-représentés, les travailleurs sociaux n'étant que cinq. Néanmoins, cette équipe doit faire face aux difficultés de remplacement de ces membres, notamment dans le cadre de départs à la retraite d'infirmiers.

En outre, les services ESSOR, qui sont fonctionnellement rattachés au CHL, se sont positionnés comme structures d'aval spécialisées dans l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique tant vis-à-vis des autres services du CHL (notamment des hôpitaux de jour et des centres médico-psychologiques) que vis-à-vis des partenaires institutionnels du CHL.

Néanmoins, après quelque 40 années d'existence, cette expérience de collaboration très étroite entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social dans le champ de la psychiatrie pose, au quotidien, des difficultés de positionnement et de reconnaissance sur l'échiquier de la prise en charge du handicap psychique.

En effet, la « chasse aux inadéquations » au sein des hôpitaux psychiatriques, justifiée par la diminution du nombre de lits d'hospitalisation complète et par la quête d'économies sur les financements publics de la sécurité sociale, conduit à rechercher une différenciation de plus en plus marquée entre deux catégories de personnes : les patients qui relèvent du soin et les usagers du secteur social et médico-social. Néanmoins, cette réalité se heurte à deux types de difficultés. Tout d'abord, il n'existe pas toujours de limite très claire entre le sanitaire et le social, notamment dans le champ de la psychiatrie où la distinction entre maladie mentale, handicap mental et handicap psychique donne souvent lieu à des débats d'experts non définitivement tranchés. En outre, cette tentation naturelle à cliver les patients du secteur psychiatrique des usagers des structures médico-sociales induit deux risques de dérives : l'un tendant à considérer le malade souffrant de troubles psychiques comme un « cas social » via la sous-estimation de sa pathologie, l'autre tendant à reconnaître l'impuissance de la médecine spécialisée à agir du fait de la surestimation des troubles de la personne concernée. Dans ces deux cas, il s'opère un

glissement des besoins de prise en charge du secteur sanitaire vers le secteur médico-social sans que la nécessité d'un tel transfert soit réellement évaluée.

De plus, quand bien même des structures médico-sociales spécialisées, tels les services ESSOR, ont été créées par des structures sanitaires, force est de constater que le secteur médico-social demeure méconnu par le monde de la psychiatrie. Ce dernier demeure très largement hospitalo-centré, les médecins psychiatres et personnels d'encadrement se désintéressant des modalités d'orientation des patients stabilisés vers les structures médico-sociales susceptibles de les accueillir et, à fortiori, des modalités de fonctionnement et de financement desdites structures. En outre, les médecins psychiatres craignent parfois une intrusion du médico-social dans leur pratique, ce qui risque, à leurs yeux, d'entraîner une « dépsychiatriation » des réponses à la souffrance psychique. La montée de l'exclusion sociale et des difficultés économiques suite aux différentes crises que traverse la France depuis le milieu des années 1970 influe sur le positionnement des spécialistes de la prise en charge de la souffrance psychique. Ceux-ci doivent de plus en plus répondre aux besoins de patients dont les difficultés sont si importantes que la réinsertion psycho-sociale devient quasi impossible.¹⁹

Au demeurant, les travailleurs sociaux eux-mêmes ont parfois une approche réductrice de la psychiatrie, cette posture ne simplifiant pas les relations avec le secteur sanitaire. En effet, cette spécialité médicale à part entière a vu ses méthodes traditionnelles de prise en charge évoluer du fait de l'émergence des traitements chimiothérapeutiques. Or, l'introduction de médicaments dans le cadre d'un suivi médico-social est parfois mal vécue par les travailleurs sociaux qui y voient un artifice thérapeutique, « une camisole chimique », destinée à répondre de manière globale au mal-être du patient et occultant les causes sociales, économiques et environnementales de ce dernier.

Enfin, la souffrance psychologique, souvent niée, est encore un tabou car elle fait peur. Elle renvoie chacun à sa relation avec le monde extérieur, avec la norme sociale. De plus, elle est associée à l'image de l'hôpital psychiatrique emprisonnant les patients et à la médecine qui ne soigne pas. Dans ce contexte très prégnant dans les sociétés modernes, il est difficile de recruter des travailleurs sociaux enclins à venir à la rencontre des personnes souffrant de troubles psychiques.

¹⁹ MASSE G., 26 octobre 2000, « Il est temps que psychiatrie et social additionnent leurs savoirs », *Le lien social*, n°549

Malgré les limites susvisées qui semblent brider, au quotidien, la mise en œuvre d'un accompagnement pluridisciplinaire au bénéfice des personnes usagers des services ESSOR, les acteurs des champs sanitaires et médico-sociaux collaborent de plus en plus à la mise en œuvre de projets de soins et de vie tendant à répondre aux besoins et aspirations des personnes dont ils ont la charge. Néanmoins, cette pluridisciplinarité tant souhaitée et défendue par les équipes elles-mêmes recouvre une réalité en demi-teinte.

2 La pluridisciplinarité au service de l'accompagnement médico-social des personnes en situation de handicap psychique : une réalité en trompe l'œil

Pour répondre aux exhortations tant de fois répétées par les pouvoirs publics dans l'ensemble des textes législatifs et réglementaires qui ont jalonné l'organisation des soins psychiatriques, la mise en œuvre, au sein des services ESSOR du CHL, d'actions coordonnées et co-construites par les acteurs du soin et de l'accompagnement médico-social s'est développée.

Néanmoins, au regard du jeu des acteurs au sein de l'équipe d'accompagnement médico-social des services ESSOR, des spécificités des professions composant cette équipe pluridisciplinaire et de l'organisation même de cette dernière, il apparaît que la recherche, coûte que coûte, d'une plus grande coopération entre les cultures sanitaire et médico-sociale induise des conséquences parfois négatives pour les usagers comme pour les professionnels impliqués.

2.1 Une pluridisciplinarité de façade pour les usagers accompagnés

2.1.1 Un projet individualisé de l'utilisateur certes copartagé et investi par les différents professionnels de l'accompagnement....

Conformément aux dispositions de l'article L311-3 du CASF, les services ESSOR, en qualité d'établissements et services médico-sociaux, veillent à ce que les droits et libertés de leurs usagers soient garantis et, notamment, assurent que ces derniers puissent « (participer de façon) directe ou avec l'aide de (leur) représentant légal à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui (les) concerne ».

Dans ce cadre et en application de l'article L311-4 du CASF, chaque usager intégrant l'ESAT ESSOR signe un contrat de soutien et d'aide par le travail qui définit les objectifs et la nature de l'accompagnement socio professionnel et médico-social qui lui sera proposé. Puis est établi en lien direct avec les attentes et besoins émis par l'utilisateur un projet d'accompagnement personnalisé qui sera réévalué annuellement.

Le nombre important d'utilisateurs accueillis par les services ESSOR (186 personnes pour 181 places d'ESAT) et l'existence d'une palette étendue de services médico-sociaux offerts par l'ESSOR en fonction des besoins d'accompagnement des utilisateurs ont conduit l'établissement à mettre en place une procédure d'élaboration et de suivi des projets individualisés impliquant l'ensemble des professionnels, qu'ils soient infirmiers ou travailleurs sociaux.

Avant leur admission, les futurs entrants font l'objet d'une évaluation psychiatrique par le médecin psychiatre qui intervient auprès de l'ESAT, évaluation effectuée au regard de la spécificité du profil et des antécédents psychiatriques de ceux-là. Cette appréciation médicale permet de retracer le parcours de prise en soin de l'utilisateur, d'estimer son autonomie au regard de la prise et de l'observance de son traitement et de poser les grandes lignes de l'accompagnement médico-social à prévoir dans le cadre du projet individuel.

Lors de son admission au sein des services ESSOR, chaque utilisateur se voit attribuer deux « référents » qui seront ses interlocuteurs privilégiés au sein de l'établissement. Ce binôme de référence est constitué, sur le plan du suivi du projet socio-professionnel, par l'un des référents d'atelier qui suit l'évolution de l'utilisateur au sein de l'ESAT et, sur le plan de l'accompagnement médico-social, par un professionnel de l'équipe pluridisciplinaire basée sur le site du foyer d'hébergement. Il convient de noter ici que la désignation, au sein de cette équipe, du référent (soit un infirmier, soit un travailleur social) n'est pas fonction du degré d'autonomie et des besoins éducatifs et/ou médicaux de l'utilisateur, mais de la disponibilité des professionnels au moment de l'admission de l'utilisateur. Ainsi, un utilisateur autonome sur le plan éducatif mais présentant des troubles psychiques mal stabilisés peut se voir attribuer un éducateur spécialisé en qualité de référent car les groupes des référents infirmiers sont pleinement constitués au moment de l'admission de l'utilisateur.

Après une période d'observation de quelques semaines destinées aux référents à mieux connaître le niveau de connaissances, les aptitudes professionnelles, les habitudes de vie, le degré d'autonomie et les attentes de l'utilisateur, chaque référent prépare, pour ce qui le concerne, un projet d'accompagnement.

Ainsi, le référent socioprofessionnel établit un bilan sur l'adaptation de l'utilisateur au sein de l'atelier et renseigne une grille d'évaluation des compétences professionnelles de l'utilisateur. Sur cette base, sont proposés des axes de progression en lien avec les aspirations professionnelles de l'utilisateur et les capacités d'accompagnement proposées par l'ESAT (suivi d'activités d'aides et de soutien telles que l'acquisition des bases de la lecture, de l'écriture et du calcul, mise en place d'un stage en entreprise pour tester les capacités de l'utilisateur à travailler en milieu ordinaire...).

En parallèle, le référent médico-social élabore un projet d'accompagnement visant à permettre à l'utilisateur, en fonction de ses capacités, d'acquérir les bases d'une future autonomie au regard de ses besoins médicaux, sociaux et éducatifs.

L'ensemble de ces pré-projets sont compilés dans le dossier médico-social de l'utilisateur et, faute de temps ou de réelle envie de la part des professionnels concernés, donne rarement lieu à un temps de partage et de synthèse entre les référents d'un même usager. Aussi, le projet individuel ainsi établi sera présenté à l'ensemble des parties prenantes à ce dernier dans le cadre d'une « réunion projet » annuelle de 30 à 40 minutes environ. Outre l'utilisateur et ses référents, sont conviés à cette réunion : un cadre socio-éducatif de l'ESAT, un cadre socio-éducatif de l'équipe d'accompagnement médico-social, le représentant légal de l'utilisateur si celui-ci fait l'objet d'une mesure de protection, et toute personne invitée par le travailleur handicapé. Cette réunion se déroule en deux étapes : le premier temps, qui se tient en dehors de la présence de l'utilisateur, est destiné à effectuer une rapide synthèse sur les faits marquants de la prise en charge et à présenter les axes d'accompagnement jugés prioritaires au vu du bilan établi ; le second temps, en présence de l'utilisateur, permet de recueillir les observations de ce dernier sur le bilan établi par l'équipe d'accompagnement pluridisciplinaire et ses souhaits quant à ses projets tant professionnels que médico-sociaux. Le projet individuel ainsi arrêté est signé par les parties et conservé dans le dossier individuel de l'utilisateur.

Une fois établi, il appartient aux référents de veiller à la bonne mise en œuvre du projet individuel ainsi défini en coordonnant les accompagnements médicaux, sociaux ou éducatif que l'utilisateur sollicite ou dont ce dernier a besoin. En effet, comme le souligne l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM)²⁰, la désignation des référents « n'exonère pas l'ensemble des professionnels qui interviennent autour de la personne de maintenir un lien attentif et respectueux avec elle. La personne est d'ailleurs susceptible de choisir un moment et un professionnel pour exprimer son avis ou montrer satisfaction ou malaise, qui ne sont ni les moments officiels de bilan ni le(s) coordinateur(s) désigné(s). »

Cette procédure d'élaboration et de suivi du projet individuel des usagers de l'ESSOR implique donc l'ensemble des professionnels de la structure, que ceux-ci soient infirmiers ou travailleurs sociaux, responsables de l'accompagnement socioprofessionnel ou acteurs du suivi médico-social. Néanmoins, elle est aussi clairement dépendante de la compréhension que chaque professionnel, au regard de sa formation académique et de son parcours professionnel antérieur, développe autour de la situation et des besoins de l'utilisateur dont il est référent. Ainsi, dans le champ de l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique et comme l'exprime Marcel Jaeger²¹, « les professionnels abordent les problèmes auxquels ils sont confrontés soit avec des lunettes thérapeutiques, soit avec des lunettes éducatives, pédagogiques et sociales et, trop

²⁰ ANESM, 2009, page 29 *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles – les attentes de la personne et le projet personnalisé*, 46 p. Disponible sur le site internet www.anesm.sante.gouv.fr

²¹ JAEGER M, op.cit, préambule.

souvent, accusent leurs collègues circulant sur l'autre rive d'utiliser des prothèses visuelles inadaptées à la réalité du psychisme des individus en souffrance ».

Outre ces difficultés de compréhension d'origine « culturelle », peuvent apparaître, au sein de l'équipe pluridisciplinaire, des frictions ou des conflits liés à la personnalité même des acteurs qui la composent. Aussi, l'élaboration et le suivi du projet individuel des usagers peuvent souffrir de ces mésententes si les professionnels associés comme référents d'un même usager ne peuvent surpasser leurs désaccords et leurs différences de points de vue. Ainsi, la pluridisciplinarité, si souhaitée par les pouvoirs publics pour garantir la prise en charge optimale des usagers de la psychiatrie, peut engendrer des conséquences inattendues, au détriment de la personne accompagnée.

2.1.2 ...parfois au détriment des besoins et des attentes de la personne accompagnée

La prise en charge des besoins et attentes des usagers des services ESSOR par une équipe composée de professionnels de tous horizons, formés à des disciplines médicales, paramédicales, sociales et éducatives toutes aussi diverses induit, parfois, des conséquences inattendues sur l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique.

Bien que plusieurs professionnels, au titre de la référence de chaque usager, collaborent à l'élaboration du projet individuel, force est de constater que la mise en œuvre de ce dernier est souvent très éloigné de la réalité initialement projetée et, ce, sans pour autant que les souhaits et volontés de l'utilisateur aient évolué. En effet, s'il est normal que la mise en œuvre du projet révèle les incohérences d'un projet individualisé, il n'en demeure pas moins que l'équipe pluridisciplinaire a pour mission d'accompagner les actions nécessaires à l'atteinte des objectifs qui ont été travaillés et définis avec l'utilisateur. Or, il n'est pas rare de constater que l'équipe pluridisciplinaire s'affranchisse d'une réelle analyse des besoins des usagers. Ceci est d'autant plus vrai dans le cadre du suivi des usagers qui sont accueillis, depuis de nombreuses années, au sein de l'institution. Ainsi, ayant pris souvent part aux réunions de transmission de l'équipe d'accompagnement médico-social, réunions dans le cadre desquelles les infirmiers, éducateurs spécialisés, assistante sociale et cadres présents abordent l'organisation des prises en charge et les difficultés rencontrées lors de l'accompagnement des usagers, j'ai été interpellée par une infirmière qui souhaitait savoir si elle était tenue, dans le cadre de ses fonctions, d'effectuer une visite à domicile pour l'ensemble des travailleurs handicapés dont elle assurait la référence. Après avoir sollicité des précisions quant à l'origine de cette interrogation, j'ai compris que cette professionnelle doutait de la pertinence d'une telle visite pour des usagers qui s'avéraient être très autonomes tant sur le plan du suivi

psychiatrique que sur le plan éducatif. « Depuis qu'il est entré à l'ESSOR, on a l'habitude d'aller une fois par an au domicile de Monsieur E... et, à chaque fois, il nous dit que tout va bien et qu'il n'a pas besoin de notre suivi ». Cet échange a permis d'attirer l'attention de l'équipe pluridisciplinaire sur la nécessité de réinterroger périodiquement et en lien avec les autres professionnels qui gravitent autour de l'utilisateur, les accompagnements effectués auprès de ce dernier, par habitude et, parfois, à l'encontre de ce que souhaite la personne.²²

En outre, les membres de l'équipe pluridisciplinaire d'accompagnement médico-social doivent veiller à une coordination de tous les instants des actions s'adressant à un même usager. En effet, c'est sur la base des confidences, observations et échanges que chaque professionnel aura recueillis auprès de la personne suivie que devraient se construire et se mettre en œuvre, au quotidien, les actions en direction de cette dernière. Or, l'analyse des modalités d'établissement et de suivi des projets individualisés au sein des services ESSOR montre que cette phase de concertation est souvent galvaudée. Ainsi, la mise en place de synthèses pluridisciplinaires permettant d'évaluer la pertinence du projet d'accompagnement et l'évolution constatée chez l'utilisateur n'intervient réellement qu'en cas de « crise ». Ces temps d'échange sont quasi inexistant dans le cadre du suivi médico-social proposé par les services ESSOR aux usagers qui sont présumés autonomes et peu enclins aux crises psychologiques.

Ainsi, par exemple, la situation de Monsieur C... : Monsieur C... est admis au sein des services ESSOR en début d'année 2012, après avoir alterné des périodes de vie au domicile de ses parents et de prise en charge au sein du Centre d'adaptation et de réadaptation au travail de Poitiers. Les relations avec sa famille étant conflictuelles, Monsieur C... demande à faire un stage d'hébergement au sein du Foyer d'hébergement de l'ESSOR afin de tester ses capacités à vivre en collectivité et en semi autonomie. Après quatre semaines de stages plutôt concluantes, Monsieur C... intègre le Foyer en avril 2012. Sa référente médico-sociale, infirmière, note cependant que Monsieur C... est très versatile dans ses projets, se met souvent en colère de manière intempestive contre d'autres résidents et tend, par son immaturité, à ne pas écouter les conseils qui lui sont prodigués. Bien que ces constats soient retracés dans le dossier individuel informatisé de Monsieur C..., aucune démarche n'est entreprise vis-à-vis de l'atelier au sein duquel Monsieur C... est affecté afin de faire un point, avec le référent d'atelier, sur le comportement et les difficultés que rencontrent Monsieur C... au travail. Après deux mois passés au Foyer, lieu considéré par Monsieur C... comme un hôtel plutôt que comme une résidence collective régie par un règlement intérieur, je suggère à la référente médico-

²² Dans l'exemple cité, et après que sa référente lui eut posé la question, il s'avérait que Monsieur E... vivait cette visite annuelle à domicile comme une ingérence dans sa sphère privée. Sur sa demande et après échange avec l'équipe d'accompagnement, les visites au domicile de Monsieur E... ont été suspendues.

sociale de Monsieur C..., qui évoque très régulièrement les difficultés que soulève le suivi de ce dernier, d'organiser une réunion de synthèse avec l'ensemble des personnes gravitant autour de l'utilisateur afin de faire un point exhaustif sur l'accompagnement de celui-ci. Or, cette réunion tarde à s'organiser malgré les difficultés répétées posées par la prise en charge de Monsieur C... : conflits quotidiens avec d'autres résidents du Foyer, comportement agressif au travail, tendance au mensonge lors de ses entretiens avec ses référents... En définitive, la réunion de synthèse n'aura lieu qu'après que Monsieur C... aura fugué du Foyer durant trois jours et sera retrouvé par la police, logeant chez une ex compagne. Seule cette situation de crise aura déclenché l'organisation d'une réunion de synthèse conviant l'utilisateur, sa famille et les professionnels des services ESSOR à interroger le projet d'accompagnement défini pour Monsieur C... et à fixer les conditions nécessaires et indispensables à la bonne réalisation de celui-là. En outre, cet exemple illustre les postures que prennent les acteurs de l'accompagnement médico-social, notamment les professionnels de la santé mentale, qui, empreints du désir inconscient de contrôler socialement les usagers dont ils ont la charge, brident ainsi leurs capacités à travailler avec autrui pour développer des accompagnements répondant aux besoins des usagers.

De plus, l'accompagnement de certaines personnes en situation de handicap psychique par une équipe pluridisciplinaire peut se heurter aux limites acceptées par l'utilisateur du fait de sa pathologie. En effet, de par leur maladie, un certain nombre d'utilisateurs de l'ESSOR ne nouent une relation de confiance qu'avec un seul professionnel et n'acceptent d'être suivis sur le plan éducatif, social ou médical que par cette personne. Bien que, pour des raisons évidentes de planning et de congés, ces usagers comprennent que « leur » référent ne soit pas disponible à chaque instant pour répondre à leurs besoins, ils refusent catégoriquement qu'un autre membre de l'équipe pluridisciplinaire intervienne auprès d'eux. Ce refus se manifeste sous diverses formes : évitement du professionnel appelé à effectuer la prise en charge, injures et autres formes de violence verbale à l'encontre dudit professionnel, etc... De tels comportements mettent donc en échec les fondements mêmes du travail pluridisciplinaire, surtout s'ils sont cautionnés par les professionnels eux-mêmes, qui accepteront, à défaut de trouver les arguments permettant de convaincre l'utilisateur, de donner suite aux demandes d'exclusivité de ce dernier. Ceci se fera donc au détriment même des intérêts de l'utilisateur dont une part des besoins sera peu ou inefficacement prise en charge par l'institution.

2.2 Des acteurs en quête de sens par rapport à leur identité professionnelle

La constitution d'une équipe pluridisciplinaire influe directement et parfois durablement sur les représentations et les pratiques de l'ensemble des professionnels la composant. En

effet, ces derniers sont, au quotidien, tenus de confronter leurs connaissances, leurs expériences et leurs cultures professionnelles afin de répondre aux attentes et besoins des usagers de façon coordonnée et partagée. Cette « confrontation » d'idées et de pratiques implique, à la longue, une porosité des champs de compétences, notamment entre professionnels aux cursus académiques certes différents mais appelés, en pratique, à se rejoindre. Tel est le cas des agents composant l'équipe d'accompagnement médico-social de l'ESSOR au sein de laquelle la culture des infirmiers spécialisés en psychiatrie tend, de plus en plus, à se fondre et se confondre avec celle des travailleurs sociaux, d'où un sentiment diffus de perte de sens dans l'action de la part des professionnels.

Cette tendance se trouve confortée par la construction et l'organisation de ce service, ce qui contribue à entretenir le flou entre les identités professionnelles constituant l'équipe pluridisciplinaire.

2.2.1 Des professionnels aux cultures différentes bien que tendant à se rejoindre

Au premier abord, il apparaît aisé de différencier professionnellement et fonctionnellement les infirmiers des travailleurs sociaux, et plus précisément des éducateurs spécialisés (catégorie de travailleurs sociaux la plus représentée au sein de l'équipe pluridisciplinaire d'accompagnement médico-social de l'ESSOR²³). En effet, ces deux corps de métiers interviennent dans deux sphères de compétences bien distinctes : la santé pour les uns, le développement de la personnalité et l'épanouissement de la personne pour les autres.

En outre, ces métiers sont régis par des textes légaux et réglementaires distincts. Profession réglementée supervisée par un ordre professionnel nouvellement constitué, le métier d'infirmier est défini par les articles L4311-1 et suivants et R4311-1 et suivants du CSP. Ces textes disposent que « l'infirmière ou l'infirmier participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement. »²⁴ De plus, « l'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé »²⁵.

La profession d'éducateur spécialisé a, quant à elle, été codifiée au sein des articles D451-41 et suivants du CASF. La mission dévolue à ces professionnels consiste à « accompagner, dans une démarche éducative et sociale globale, des personnes, des

²³ Cette équipe comprend sept infirmiers de jour, deux infirmiers de nuit, quatre éducateurs spécialisés, une conseillère en économie sociale et familiale, une assistante sociale

²⁴ Article L4311-1 du CSP.

²⁵ Article R4311-1 du CSP.

groupes ou des familles en difficulté dans le développement de leurs capacités de socialisation, d'autonomie, d'intégration ou d'insertion ».²⁶

Afin que les futurs professionnels aspirant à ces deux types de métiers puissent mener à bien les missions qui leur seront confiées, ils bénéficient, dans les deux cas, d'une formation dispensée par deux organismes distincts : l'Institut de Formation en Soins Infirmiers pour les personnels paramédicaux, l'Institut Régional du Travail Social pour les travailleurs sociaux.

En outre, la sphère de compétences des infirmiers semble plus large que celle des éducateurs spécialisés car le public visé par leurs interventions, dans le champ du soin, est potentiellement plus important. En effet, les infirmiers sont susceptibles de délivrer des soins à l'ensemble de la population alors que les éducateurs spécialisés interviendront exclusivement auprès de personnes, groupes ou familles présentant des difficultés sociales marquées. De plus, le CSP précise de façon très exhaustive l'ensemble des actes pouvant être réalisés par un infirmier alors que les éducateurs spécialisés bénéficient d'un référentiel métier, fixé par l'arrêté du 20 juin 2007, qui définit des compétences à acquérir et des indicateurs de compétences afin de mesurer ces dernières.

Enfin, l'histoire de la profession d'infirmier spécialisé en psychiatrie²⁷ a, encore aujourd'hui, beaucoup de poids au sein de l'équipe d'accompagnement médico-social des services ESSOR. En effet, la totalité des infirmiers intervenant au sein de cette équipe ont été formés dans les hôpitaux psychiatriques et diplômés avant 1992. Ils revendiquent donc un savoir et un savoir-faire propres, élevés au rang de science infirmière et ont le sentiment que cela confère une plus grande légitimité à leurs avis et points de vue quant à la situation et aux besoins des usagers, notamment vis-à-vis des travailleurs sociaux de l'équipe pluridisciplinaire.

L'ensemble de ces éléments juridiques et organisationnels tendent donc à renforcer l'image de clivage existant entre ces deux catégories de professions, symptôme d'un cloisonnement traditionnel entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social.

Cependant, dans le domaine de l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique, les usagers circulent, du fait de leurs parcours de vie et de soins, entre différents modes de prise en charge. Ainsi, les personnes atteintes de troubles psychiques peuvent bénéficier d'un soutien familial avant qu'une phase aiguë de la maladie psychiatrique ne les oblige à une hospitalisation auprès d'un établissement

²⁶ Article D451-41 du CASF.

²⁷ Cf infra, pages 29 et 30 notamment.

spécialisé ; une fois la phase aigüe passée, elles pourront être orientées vers un établissement médico-social tel l'ESSOR leur permettant d'envisager une réinsertion socio-professionnelle en vue, à terme, d'acquies l'autonomie suffisante pour vivre, de façon indépendante, en « milieu ordinaire ».

Au contraire, d'autres personnes présentant des troubles du psychisme vivent en dehors des dispositifs de soins et de prise en charge médico-social adaptés, voire refusent farouchement ces systèmes. Il est alors très difficile de venir en aide à ces personnes car les formes d'aides et de prises en charge se superposent tel un millefeuilles, répondant à des logiques sanitaire ou médico-sociale qui leur sont propres. Comme l'exprime M. Jaeger²⁸, « le clivage des formes d'aide à autrui concerne les rapports entre le soin, l'accompagnement social, l'éducation spécialisée et l'éducation tout court. Partout, usagers et professionnels ont l'occasion de se heurter à des démarcations structurelles entre plusieurs lignes de prise en charge : des législations séparées, des dispositifs et des institutions particuliers, des catégories professionnelles avec des statuts et des identités distinctes. L'ensemble se présente comme une juxtaposition d'empilements et repose sur le postulat de profils de populations bien identifiables, avec des besoins spécifiques, sans lien ni comparaison possible les uns avec les autres. » Or, dans le champ de la psychiatrie, le parcours des usagers et des patients ne se limitent pas à l'examen de certains déterminants physiques, mentaux ou sociaux afin de définir quelle sera l'unique réponse adaptée aux troubles de la personne. « Dans certains cas, la diversité des réponses se justifie. Ainsi des flux de populations entre la psychiatrie et les établissements sociaux et médico-sociaux s'appuient sur des réalités cliniques : c'est à partir du moment où tel individu hospitalisé en psychiatrie se stabilise dans ses difficultés que son orientation vers le secteur médico-social peut se justifier. A l'inverse, quand une personne reconnue handicapée est débordée par l'angoisse, le passage peut s'imposer vers des structures psychiatriques.²⁹ » C'est pourquoi, la coexistence d'infirmiers et de travailleurs sociaux au sein d'équipes pluridisciplinaires se développe tant au sein des EPSM que des établissements médico-sociaux accueillant des personnes en situation de handicap psychique.

La fluctuation des besoins d'accompagnement des personnes atteintes de troubles psychiques tend, au fil du temps, à estomper les limites existant entre ces deux métiers. Cette situation est renforcée par la disparition d'une catégorie particulière d'infirmiers : les infirmiers de secteur psychiatrique.

Comme je l'ai évoqué précédemment³⁰, la construction du métier d'infirmier psychiatrique s'est faite en partie en réaction vis-à-vis d'une catégorie nouvelle d'intervenants : les

²⁸ JAEGER M, op.cit., chapitre 4

²⁹ JAEGER M, op.cit., chapitre 4

³⁰ Cf paragraphe 1.1.2. du présent mémoire.

assistantes de service social. Néanmoins, la création de ce corps d'infirmier est aussi liée à une scission historique entre les infirmiers diplômés d'Etat et les infirmiers d'asiles d'aliénés. En effet, un décret du 18 février 1938 dispose que la reconnaissance de la qualité d'infirmier est réservée aux seuls titulaires du diplôme d'Etat. Or, les infirmiers des nouveaux hôpitaux psychiatriques reçoivent une formation locale, dispensée à l'échelle du département au gré des établissements de santé mentale. Dès lors, deux catégories distinctes d'infirmiers sont constituées et vont évoluer parallèlement. En 1955, un arrêté du 28 juillet définit un programme de formation des infirmiers des hôpitaux psychiatriques communs à tous les sites de formation. Dans les années qui suivent et du fait de la sectorisation de la psychiatrie, les infirmiers psychiatriques deviennent « infirmiers de secteur psychiatrique ». Un certificat de moniteurs des écoles infirmières de secteur psychiatrique et de cadre infirmier de secteur psychiatrique sont créés dans les années 1970. Mais sous l'impulsion d'accords européens, un mouvement d'unification des formations infirmières apparaît. En 1992³¹, la fusion entre les diplômes d'infirmiers d'Etat et d'infirmier de secteur psychiatrique est réalisée, au détriment de la psychiatrie qui se voit allouer une place secondaire dans la nouvelle formation initiale des infirmiers. Le cadre des infirmiers de secteur psychiatrique est donc désormais en voie d'extinction.

Actuellement, les spécificités du métier d'infirmier en secteur psychiatrique s'estompent tant avec le métier d'infirmier diplômé d'Etat qu'avec le métier d'éducateur spécialisé. En effet, l'article R4311-2 du CSP indique que « les soins infirmiers (...) intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. (...) Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle de protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social (...) ». Ainsi, l'action des infirmiers doit désormais s'inscrire dans un projet de soins tenant compte des droits, des besoins, de l'environnement et de la personnalité même du patient. Ceci n'est pas sans rappeler la mission impartie aux travailleurs sociaux et, notamment, aux éducateurs spécialisés qui doivent « contribuer à créer les conditions pour que (les publics) avec lesquels ils travaillent soient considérés dans leurs droits, aient les moyens d'être acteurs de leur développement et soient soutenus dans le renforcement des liens sociaux et des solidarités de leur milieu de vie. »³²

³¹ Décret n°92-264 du 23 mars 1992.

³² Annexe 1 « Référentiel professionnel » de l'arrêté du 20 juin 2007 relatif au diplôme d'état d'éducateur spécialisé.

De plus, les réglementations applicables aux deux catégories de professionnels prévoient explicitement que ces dernières sont appelées à collaborer dans le cadre d'équipes pluridisciplinaires³³.

L'ensemble de ces considérations montre que, dans le champ de la psychiatrie en particulier, une très grande porosité existe entre les métiers paramédicaux et les métiers liés à l'accompagnement éducatif et social. Ce mouvement est accentué par la pratique même des professionnels, au sein des équipes pluridisciplinaires d'accompagnement médico-social. Tel est le cas, en particulier, au sein des services ESSOR : cette accentuation est telle qu'il est parfois délicat, tant pour les usagers que pour les professionnels n'exerçant pas au sein de l'équipe pluridisciplinaire d'accompagnement médico-social, de différencier les rôles et fonctions des infirmiers psychiatriques et des travailleurs sociaux. L'examen des écrits professionnels produits par les membres de l'équipe pluridisciplinaire vient corroborer ce point de vue. Ainsi, une éducatrice spécialisée écrit, à propos d'actions menées par ses soins auprès de divers usagers des services ESSOR : « Monsieur J... est apyrétique à 18h30. A donc pris son traitement. Tousse beaucoup et souhaite voir son médecin demain. » ; « Appel du Dr F... qui a vu Monsieur A... en consultation. Lui a prescrit une radio pulmonaire et une antibiothérapie sur 5 jours à faire par intra musculaire. L'infirmière viendra demain matin. Prochain rendez-vous jeudi à 17h pour voir l'évolution. Concernant ses vomissements, elle pense qu'il s'agit plutôt d'un problème de déglutition. Si cela persiste, elle l'orientera vers un gastroentérologue (...).».

Sur la même période et pour d'autres usagers, une infirmière effectue les observations suivantes : « Monsieur F..., suite à la demande de sa soeur, partira en week-end chez elle. Une demande d'argent a été effectuée ce jour pour l'achat de ses billets de trains, merci de débloquer les fonds pour vendredi matin, il ira les acheter vendredi soir. Ce week-end étant programmé dans la période estivale, j'ai préféré réserver ses billets le plus tôt possible. » ; « Nouvel appel ce matin auprès de la société d'HLM concernant le volet de Mr B..... Cette "affaire" dure depuis bientôt un an et même si l'on m'a de nouveau affirmé que la société faisait le maximum,(...) j'ai rappelé que Mr B.... s'est montré extrêmement patient jusque là, étant obligé de vivre dans sa pièce sans pouvoir fermer son volet (...)! Je lui ai demandé de faire un geste en guise de dédommagement sur le loyer ou les charges, mon interlocutrice semblait ne pas m'entendre pour finalement répondre que ce ne serait certainement pas possible. (...) ».

Ces quelques exemples illustrent le glissement de tâches mais aussi de positionnement qui existe au sein de l'équipe d'accompagnement médico-social : ainsi, les travailleurs sociaux deviennent spécialistes de la prise en charge et du suivi médical des usagers

³³ Cf annexe 1 « Référentiel professionnel » de l'arrêté du 20 juin 2007 relatif au diplôme d'état d'éducateur spécialisé et article R4311-1 du CSP.

quand les infirmiers développent des actions d'accompagnement à visée purement sociale que les éducateurs spécialisés et/ou l'assistante sociale du service devraient initier. Plus flagrant encore, il n'est pas rare d'entendre un travailleur handicapé solliciter auprès des éducateurs spécialisés la réalisation de l'injection retard liée à son traitement, tant il est admis par tous les travailleurs des services ESSOR que les éducateurs spécialisés et les infirmiers réalisent les mêmes tâches³⁴.

Il semble donc, au vu de l'évolution du contexte réglementaire dans lequel s'inscrivent leurs actions, de la fluctuation et de la spécificité des besoins des usagers qu'ils accompagnent, que les personnels composant l'équipe médico-sociale des services ESSOR aient perdu leurs repères professionnels au nom d'une pluridisciplinarité accrue. Cet état de fait est d'ailleurs conforté par l'organisation même du service d'accompagnement médico-social de l'ESSOR.

2.2.2 Un sentiment de perte de repères accentué par la constitution juridique et organisationnelle du service d'accompagnement médico-social de l'ESSOR.

Si le poids de l'Histoire influe sur les représentations professionnelles que les agents ont de leur rôle et de leurs missions, il en est de même des choix politiques et organisationnels qui ont présidé à la création et au fonctionnement des services ESSOR.

En effet, le «flou» entretenu au sein des identités professionnelles composant l'équipe médico-sociale est, d'une part, lié à la construction juridique et financière du service. Comme évoqué précédemment³⁵, la création de l'ensemble des services de l'ESSOR a reposé sur du personnel infirmier issu des services d'hospitalisation du CHL. Si la présence de cette catégorie de personnels est pourtant jugée indispensable par les financeurs (parmi lesquels le Conseil Général de la Vienne) du fait des besoins et du profil des populations accompagnées par l'ESSOR, ce n'est qu'en 2010 que cette présence sera reconnue tant juridiquement que budgétairement. Jusqu'à cette date, le « service d'accompagnement éducatif »³⁶, identifié aussi comme « service de soins de suite » par le Conseil Général de la Vienne, est financé par dotation globale pour assurer l'accompagnement médico-social des 181 travailleurs handicapés accueillis au sein des

³⁴ Pour un autre exemple de confusion des rôles au sein d'une structure identique à celle du SAMSAH ESSOR, cf l'article publié le 27 avril 2012, « *le temps de revivre – un SAMSAH 5 ans après sa création* », Actualités Sociales Hebdomadaires, n°2767, pp. 24-27 : « Au SAMSAH, dans le récit des uns et des autres, il n'est souvent question que d'« éducus », ce terme pouvant désigner aussi bien les éducateurs spécialisés que les monitrices éducatrices que les aides soignants ou les aides médico psychologiques, voire les infirmières. Cette particularité a décontenancé l'infirmière arrivée au SAMSAH en décembre 2011 : « j'ai d'abord eu l'impression que tout le monde faisait la même chose. (...) Il faut du temps pour s'apercevoir que chacun à son propre regard. » »

³⁵ Cf paragraphe 1.2.2 du présent mémoire

³⁶ Appellation attribuée par le Conseil Général de la Vienne au service d'accompagnement médico-social

services de l'ESSOR. Ces financements ne tiennent compte ni de la qualité des personnels intervenant auprès des usagers, ni des missions qui leur sont imparties notamment en ce qui concerne l'accompagnement des usagers vers plus d'autonomie dans la gestion et l'observance de leurs traitements médicaux en lien avec leurs pathologies psychiatriques. Ainsi, pendant près de 40 ans, la présence de personnels infirmiers au sein des services de l'ESSOR s'est faite au détriment de la présence de personnels éducatifs : l'absence de financement des soins assurés par le personnel paramédical a contraint l'établissement à utiliser les dotations reçues pour maintenir la présence infirmière, empêchant ainsi le recrutement de personnels éducatifs qualifiés permettant de mettre concrètement en place les projets éducatifs en lien avec les projets individualisés des usagers. Implicitement, l'organisation financière du « service d'accompagnement éducatif » a contraint les personnels infirmiers à assurer des tâches à la fois médicales (préparation et dispensation des traitements, réalisation d'entretiens avec les usagers en cas de tension psychologique détectée, accompagnements lors des hospitalisations des usagers...) et éducatives (mise en place d'ateliers gymnastique ou informatique, préparation des numéros et des costumes du spectacle de Noël qui implique les travailleurs handicapés de l'ESSOR...).

Suite à la promulgation de la loi du 11 février 2005, l'ESSOR a obtenu, en 2010, l'autorisation de créer 18 places de SAMSAH destiné au suivi de personnes en situation de handicap psychique. La création de ces places a permis de financer 4,5 Equivalents Temps Plein (ETP) d'infirmiers sur les 10 postes à ce jour occupés par cette catégorie de personnels.

Désormais, l'accompagnement médico-social des travailleurs handicapés de l'ESSOR s'effectue au titre de deux services distincts : le SAMSAH ESSOR et le « service d'accompagnement éducatif » (ou « service de soins de suite ») qui concerne 163 travailleurs handicapés vivant tant à leur domicile qu'au Foyer d'hébergement. Il est intéressant de noter ici que le Conseil Général ne reconnaît pas, à ce jour, la qualité de SAVS au « service d'accompagnement éducatif », estimant qu'un SAVS ne peut être accolé à un établissement médico-social préexistant. De ce fait, les deux appellations susvisées, qui intéressent ce service, continuent à entretenir la confusion des genres entre infirmiers (qui, du fait de leur culture sanitaire, sont très sensibles à la dénomination « service de soins de suite ») et travailleurs sociaux (qui intègrent plus facilement leurs rôles et leurs fonctions dans le cadre d'un « service d'accompagnement éducatif »).

D'autre part, l'organisation des ressources humaines dédiées à l'accompagnement médico-social des usagers de l'ESSOR pèse sur le fonctionnement de l'équipe pluridisciplinaire et sur la délimitation des rôles et fonctions de chacun au sein de cette dernière.

Ce service, basé dans les locaux du Foyer d'hébergement, assure le suivi éducatif et médico-social de 163 usagers au domicile de ces derniers, sur le site de l'ESAT et au sein du Foyer d'hébergement. L'organisation de ce service nécessite donc qu'un effectif minimal de personnels soit assuré quotidiennement afin d'assurer le fonctionnement continu du Foyer d'hébergement (24h sur 24, 7 jours sur 7) et les accompagnements qui se réalisent à l'extérieur de cette structure. De fait, cette organisation, axée sur le seul objectif d'assurer cet effectif minimum, ne tient absolument pas compte des compétences à mobiliser pour assurer un accompagnement idoine, correspondant au quotidien aux besoins des usagers. Dès lors, le fonctionnement et la gestion du Foyer d'hébergement mobilisent les personnels éducatifs et les personnels paramédicaux ; ainsi, la permanence d'accueil des usagers et la gestion de la permanence téléphonique du Foyer repose indifféremment sur l'une ou l'autre des catégories professionnelles composant l'équipe pluridisciplinaire. Si un infirmier est désigné pour effectuer cette permanence, il ne pourra pas procéder aux accompagnements médicaux auxquels les usagers les moins autonomes peuvent prétendre. De même, le personnel éducatif qui effectue la permanence au Foyer ne peut effectuer les accompagnements socio-éducatifs pertinents au domicile des usagers et nécessaires au développement ou au maintien de l'autonomie de ces derniers. Si la tenue de cette permanence est en principe définie, en amont, par les cadres du Foyer au vu du roulement des plannings, les aléas liés à la gestion courante d'une équipe (congés annuels, absence pour formation, arrêts maladie...) font qu'en pratique le professionnel qui assurera cette fonction est désigné la veille pour le lendemain voire le jour même, dans le cadre des réunions de transmissions quotidiennes. Ce type d'organisation met donc à mal la planification des actions à réaliser par chaque professionnel de l'équipe pluridisciplinaire, chacun d'entre eux pouvant, sans préavis, être amené à annuler des prises en charge planifiées par ses soins voire effectuer des accompagnements relevant des compétences d'un autre professionnel de l'équipe afin que l'effectif minimum de fonctionnement de l'équipe médico-social soit mathématiquement respecté.

Enfin, les conséquences néfastes de cette organisation, qui ne permet pas aux professionnels de mettre en place des accompagnements relevant de leur compétence propre au sein d'une équipe réellement pluridisciplinaire, sont aggravées par la mise en œuvre de plannings peu équitables entre les agents composant l'équipe, tant au sein d'une même catégorie professionnelle qu'entre catégories professionnelles différentes. Deux types de plannings ont cours au sein de l'équipe d'accompagnement médico-social des services ESSOR : le « 5 x 2 aménagé » correspondant à cinq jours de travail et deux jours de repos consécutifs et pouvant amener l'agent à effectuer des week-ends, en fonction des nécessités de service ; « le 4 x 2 aménagé » construit sur la base de quatre jours de travail et deux jours de repos consécutifs, conduisant régulièrement l'agent à travailler le week-end. Or, la coexistence de ces deux modalités de planning est

davantage liée à la satisfaction des demandes d'aménagement du temps de travail émanant des agents aux mêmes que de l'adaptation de l'organisation aux besoins et attentes des usagers. De plus, la mise en œuvre de ces plannings sur un roulement de 6 semaines implique des déséquilibres flagrants dans la composition quotidienne de l'équipe pluridisciplinaire. Ainsi, sur la semaine A on constate que les 6 infirmiers sont présents du lundi au vendredi de 6h45 à 17h et que les éducateurs effectuent leurs activités en horaire de soir (de 13h30 à 21h15). La semaine suivante, ces modalités sont inversées entre les deux catégories de personnels, les éducateurs étant présents en matinée et dans la journée alors que les infirmiers sont présents en soirée. Enfin, certaines journées donnent lieu à l'absence d'une catégorie de professionnels. Or, que ce soit en termes d'accompagnement paramédical ou éducatif, les besoins des usagers ne fluctuent pas en raison des plannings des personnels de l'équipe pluridisciplinaire : aussi, au vu des contraintes de planning, des personnels éducatifs assurent des actes infirmiers et des infirmiers effectuent des actes éducatifs.

Si le principe de la mise en œuvre des projets individuels des usagers des services ESSOR par le biais d'actions éducatives et médico-sociales portées par une équipe composée de professionnels aux profils complémentaires est accepté par l'ensemble des partenaires, il s'avère que cette pluridisciplinarité est une façade pour les professionnels et qu'elle peut parfois aboutir aux effets contraires à ceux recherchés vis-à-vis des usagers. Il convient donc d'envisager les axes d'amélioration qui permettront d'aboutir à une réelle complémentarité des professionnels, au bénéfice des usagers.

.

3 Préconisations pour un virage vers une pluridisciplinarité avérée, au service des usagers :

Afin que les actions menées par l'équipe d'accompagnement médico-social correspondent pleinement et efficacement aux besoins et aspirations des usagers, il apparaît indispensable que l'équipe soit à même de s'interroger sur la définition et le sens donnés à cet accompagnement, en lien avec les caractéristiques des usagers.

Il appartient au directeur d'établissement, face aux freins qui peuvent être identifiés tant au sein de l'équipe qu'à l'extérieur de l'établissement, d'impulser et d'animer cette réflexion afin que celle-ci aboutisse à une réelle pluridisciplinarité, source de transparence pour les professionnels comme pour les usagers.

3.1 La redéfinition d'un accompagnement médico-social en adéquation avec les besoins et caractéristiques des usagers

La pluridisciplinarité conçue et vécue par les membres de l'équipe d'accompagnement médico-sociale montre ses limites du fait de l'organisation du service et du poids des cultures professionnelles de chacun. Dans ce contexte, il convient de mobiliser l'ensemble des acteurs pour donner et partager un sens commun à la pluridisciplinarité bénéfique à tous, usagers et professionnels.

Face à cet objectif ambitieux, le directeur, maître d'œuvre de la cohésion de l'équipe, peut être confronté à divers obstacles tant internes qu'externes à l'institution.

3.1.1 La construction commune, par l'équipe, des bases indispensables à la prise en charge pluridisciplinaire du handicap psychique

L'addition de divers profils de professionnels au sein d'une équipe destinée à accompagner médicalement et socialement des personnes en situation de handicap psychique ne produit pas automatiquement une pluridisciplinarité opérante et efficace. Cette dernière, d'après la définition du Professeur Malchaire « *consiste en des actions en commun de plusieurs spécialistes de différentes disciplines, vers un même objectif.* »³⁷ Cette pluridisciplinarité peut s'organiser de deux façons différentes : soit les acteurs travaillent ensemble mais chacun conserve sa sphère de compétence, c'est ce qu'il appelle la juxtadisciplinarité, soit ils travaillent ensemble sur la base d'échanges d'outils de travail, de dialogues autour de connaissances, d'analyses ou de méthodes partagées,

³⁷ « Inter, multi, pluridisciplinarité au service du bien être au travail », Professeur J. Malchaire, Université catholique de Louvain, Journées interdisciplinaires de Lorient du 13 mai 2003

ce qu'il nomme l'interdisciplinarité. Dans tous les cas, quel que soit le mode de travail retenu, les actions engagées doivent tendre vers un même objectif (en l'espèce, l'accompagnement individualisé des usagers des services ESSOR).

Cette définition de la pluridisciplinarité aboutie ne reflète pas les relations entretenues entre les différents acteurs qui composent l'équipe médico-sociale de l'ESSOR. Personnels paramédicaux et travailleurs sociaux revendiquent, chacun pour ce qui les concerne, une connaissance fine d'une partie des besoins des travailleurs handicapés et une maîtrise des outils d'accompagnement propre à leur cœur de métier, ce qui leur confère un sentiment de légitimité au titre de leur positionnement auprès des usagers de l'ESSOR. Cette légitimité ne saurait être complétée, concurrencée, discutée ou remise en cause par l'intervention d'un tiers n'appartenant pas au même domaine de compétences professionnelles. Dans ces conditions, la pluridisciplinarité est réduite à la seule coexistence de diverses compétences au sein d'une même équipe, chaque membre de l'équipe se sentant apte à répondre, du fait de ses compétences professionnelles individuelles, à l'ensemble des problématiques attachées à l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique. Pour illustrer ces propos, je prendrai l'exemple d'une réunion de transmission d'équipe pendant laquelle est abordée la situation d'un usager qui, lors d'un week-end au Foyer d'hébergement, a « décompensé ». Cette situation nécessitait qu'un entretien de « crise » soit organisé avec cette personne afin d'identifier les causes de cette « décompensation » et les suites à donner à cette dernière. Or, seul un éducateur spécialisé était présent au sein du service afin de réaliser cet entretien. Suite à cette intervention, un débat s'est engagé au sein de l'équipe afin de savoir si un tel entretien pouvait être conduit par un personnel éducatif. En effet, les personnels paramédicaux revendiquaient l'exclusivité de ce type d'acte car leur formation d'infirmiers de secteur psychiatrique les a rôtés à cette prise en charge alors que les éducateurs spécialisés mettaient en avant les outils propres à leur formation de travailleur social qui leur permettent d'entrer en contact avec toute personne présentant des difficultés relationnelles importantes, pour quelque raison que ce soit. Ce débat traduit les difficultés concrètes que l'ensemble des membres de l'équipe d'accompagnement médico-social éprouve pour considérer l'altérité professionnelle comme une source de complémentarité tendant à la définition de la réponse adaptée aux besoins de l'usager.

Ainsi, comme l'exprime Eva Le Bihan, « les professionnels d'une équipe de soins et d'accompagnement vont rencontrer nombre de difficultés avant de former une équipe stable et solidaire. La pluridisciplinarité est confrontée en permanence au réel des

situations thérapeutiques, compliquées, complexes et mouvantes ». ³⁸ En sa qualité de garant de la prise en charge des usagers placés sous sa responsabilité, il appartient au directeur d'impulser et faire vivre une dynamique d'équipe permettant à l'ensemble des membres de celle-ci d'identifier les objectifs communs à atteindre en termes d'accompagnement médico-social au vu du profil des usagers accueillis, de reconnaître les contraintes, limites et atouts liés au fonctionnement de l'équipe actuelle, de proposer toute suggestion ou action permettant de tendre à une pluridisciplinarité réelle.

En effet, « lorsqu'un ou plusieurs membres d'une équipe pluridisciplinaire éprouvent des difficultés à définir le cadre de leurs compétences, l'équilibre de l'ensemble du système institutionnel est menacé ». ³⁹ Gardien de la cohésion de l'action de l'équipe médico-sociale, le directeur doit évaluer, en toute objectivité, les dysfonctionnements constatés dans la prise en charge proposée aux usagers de l'établissement afin d'initier une réflexion partagée et commune sur le rôle et la place de chacun au sein de l'équipe pluridisciplinaire. A cet effet, et en collaboration étroite avec l'encadrement intermédiaire existant le cas échéant, un travail préalable de réflexion et de fixation des valeurs qui sous-tendent l'intervention de l'équipe médico-sociale auprès des usagers pourrait utilement mobiliser les membres de cette dernière afin de reconnaître ce qui rapproche ces professionnels d'horizons différents plutôt que ce qui les divise.

La définition d'une telle « charte des valeurs communes » constituerait un socle de références institutionnelles donnant sens à l'action tant des personnels infirmiers que des personnels éducatifs et transcendant ainsi les différences de culture professionnelle qui cristallisent des incompréhensions entre acteurs et, à terme, des dysfonctionnements dans les accompagnements proposés aux usagers. Afin que cet outil philosophique trouve des implications concrètes dans les actions menées par les professionnels, il appartient aux membres de l'équipe de direction et, en dernier ressort, au directeur de rappeler aux agents le pourquoi de leur action en se référant à cet instrument qui, dans les situations de tension ou de litiges entre professionnels aux cercles de compétences différents, permettra de fédérer ses derniers autour d'objectifs communs en lien avec l'intérêt des usagers.

Cette recherche de la cohérence dans les actions menées au plus près des usagers, en favorisant l'échange et le dialogue entre les différentes composantes professionnelles existant au sein de l'établissement, est l'une des missions phares imparties au directeur

³⁸ LE BIHAN E., 2012, « Avec et pour les patients, des équipes pluridisciplinaires se mobilisent... » in Revue « *Cliniques* » *paroles de praticiens en institution – Les enjeux de la pluridisciplinarité*, 2012 n°3, Toulouse, érès, pp 59-83

³⁹ GIBOWSKI C., 2012, « Vécu institutionnel en EHPAD : une place pour chacun, chacun à sa place » in Revue « *Cliniques* » *paroles de praticiens en institution – Les enjeux de la pluridisciplinarité*, 2012 n°3, Toulouse, érès, pp 85-95.

d'établissement médico-social. Cependant, cette démarche se heurte à différentes limites, tant internes qu'externes à l'institution qu'il convient d'objectiver afin d'envisager les leviers pouvant être mobilisés afin de répondre à ces contingences.

3.1.2 Les limites rencontrées et les moyens de les surmonter

Si le directeur se doit de veiller à la pertinence des accompagnements proposés aux usagers de l'établissement dont il est responsable, il est souvent confronté, dans le cadre de cette mission, à un grand nombre de freins, de différentes natures, qu'il convient de définir afin de déterminer les moyens permettant de les lever ou, à défaut, d'en diminuer les impacts. Ces obstacles sont tantôt inhérents à l'organisation même du service, tantôt liés aux contingences pesant sur toute institution humaine.

En effet, peuvent être tout d'abord identifiés des freins organisationnels : toute institution se construit sur la base d'un ordonnancement et d'une hiérarchie déterminés qui réclament, notamment, le respect des sphères de compétences de chacun, la mise en place de temps de rencontre spécifiques à chaque problématique et impliquant un auditoire dédié, un contenu de travail clairement défini et des objectifs propres à chaque professionnel. Dans ce schéma, la pluridisciplinarité ne va donc pas de soi car tous les agents ne peuvent participer à l'ensemble des échanges car ils sont, de par leurs fonctions, destinés à agir dans une sphère de compétences qui leur est propre. Or, un tel séquençage des actions peut à la longue engendrer, au sein d'une équipe qui souhaite une réelle pluridisciplinarité, des sentiments de dilution des accompagnements et de mobilisation de temps et d'énergie qui ne sont pas directement mis à profit auprès des usagers.

A ce contexte et, parfois, du fait de cet environnement organisationnel au sein duquel les membres d'une même équipe perdent les repères qui jusqu'à lors les fédéraient autour d'une mission commune, s'ajoute un positionnement ambivalent des agents. En effet, beaucoup identifiaient les difficultés posées par les rigidités de l'organisation et les conséquences néfastes de celles-ci sur les actions mises en œuvre auprès des usagers mais craignaient aussi l'ensemble des changements qui étaient induits par un positionnement clair de chacun au sein d'une équipe d'accompagnement médico-social basée sur une vraie pluridisciplinarité des agents. En effet, dans le cadre des services ESSOR, il est intéressant de noter que chacun des membres de l'équipe médico-sociale décriait une perte de ses repères professionnels du fait des dysfonctionnements liés aux déséquilibres des plannings et au glissement de tâches entre infirmiers et personnels éducatifs. Néanmoins, chacun appréhendait de devoir partager son savoir et ses compétences avec ses collègues et, ce, pour différents motifs : sentiment de maîtrise complète du processus d'accompagnement mis en œuvre auprès d'un usager qui inhibe

toute velléité à solliciter un appui ou une expertise auprès d'un autre membre de l'équipe ; crainte d'une remise en cause de ses compétences professionnelles par un autre membre de l'équipe qui pourrait avoir une autre vision de l'action à mettre en place ; relations personnelles tendues entre agents de la même équipe. Dans ce contexte, le « flou » induit par l'organisation et le fonctionnement de l'équipe d'accompagnement médico-social conférait un sentiment de sécurité, voire d'impunité, à l'ensemble des agents qui, sous couvert d'une pseudo pluridisciplinarité, effectuaient, comme bon leur semblait et sans réelle concertation avec les autres membres de l'équipe, les accompagnements qu'ils souhaitaient auprès des usagers.

De plus, la pluridisciplinarité peut se heurter à des obstacles d'ordre éthique : ainsi, comment créer de l'unité quand les uns peuvent être récipiendaires d'informations à caractère secret (telles que des informations à caractère médical) qu'ils ne pourront partager avec les autres ? En effet, si la loi n°2002-303 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, instaure le secret partagé au sein des établissements de santé pour que les informations délivrées par un patient à un agent de l'équipe soient reconnues transmises à toute l'équipe, il s'avère que ce principe n'est pas toujours respecté au sein des équipes qui se veulent pluridisciplinaires.

Ainsi, au sein des services ESSOR, un médecin psychiatre reçoit les usagers qui en ressentent le besoin chaque jeudi. Cette visite est préparée par deux infirmières de l'équipe médico-sociale qui synthétisent la situation personnelle et médicale (traitement en cours, récentes hospitalisations, résumés des bilans sanguins...) des usagers ayant pris rendez-vous au vu des observations contenues dans le dossier personnel informatisé de chacun. De plus, ces infirmières assistent à l'échange qui intervient entre le médecin et l'utilisateur, partageant ainsi toutes les informations liées à la situation médicale de ce dernier. Or ces informations, qui ont un impact certain sur les actions menées auprès de ces mêmes usagers par les personnels éducatifs, ne sont pas systématiquement partagées avec ceux-ci.

Inversement, dans le cadre de l'hospitalisation au sein du CHL de l'utilisateur dont elle assure la référence, une éducatrice spécialisée a reçu, de la part de l'équipe soignante du CHL, un grand nombre d'informations à caractère médical sur l'état de santé et sur la nature du traitement dispensé à cette personne. Dans le cadre d'un échange avec cette éducatrice, j'ai pu constater que cette dernière, qui souhaitait des précisions quant à ces informations afin d'en comprendre toutes les implications, n'avait pas envisagé de solliciter l'expertise de ses collègues infirmiers à ce propos, mettant en avant le caractère secret des informations qu'elle avait obtenues.

Outre ces difficultés d'ordre interne à l'institution, la mise en œuvre d'une équipe pluridisciplinaire se heurte à des facteurs exogènes qui peuvent être liés à des contingences financières et de ressources humaines. Force est de constater que, sous l'effet des différentes crises financières qui affectent la France et face à la raréfaction des ressources publiques, les directeurs d'établissements sociaux et médico-sociaux voient leurs actions s'inscrire dans un environnement budgétaire contraint qui les obligent à développer des trésors de stratégies et de reconstitution des équipes afin de répondre à deux injonctions souvent paradoxales : offrir le meilleur accompagnement aux usagers en optimisant le coût de ce dernier. Dès lors, les actions managériales nécessaires à la définition et à la constitution d'une équipe d'accompagnement médico-social pluridisciplinaire ne peuvent être entreprises par le directeur d'établissement qu'après que ce dernier aura analysé finement les problématiques de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) propres à l'institution et aura présenté, avec conviction, aux instances de financement les impacts de cette GPEC sur l'organisation et la qualité des services rendus aux usagers de l'établissement. Ainsi, dans le cas des services ESSOR, la baisse tendancielle du nombre d'infirmiers spécialisés en psychiatrie et l'absence de reconnaissance des spécificités professionnelles des personnels éducatifs auprès d'un public d'adultes en situation de handicap psychique ont conduit le directeur à présenter auprès des organismes de financement les impacts néfastes, à court et moyen terme, de ces deux facteurs sur la pertinence des accompagnements proposés aux usagers de l'établissement. Ces différents points d'échange ont permis, d'une part, d'obtenir la création d'un SAMSAH permettant de sanctuariser la présence et le financement de 4,5 ETP d'infirmiers auprès des usagers des services ESSOR les plus dépendants et, d'autre part d'envisager, au titre des prochains budgets et au gré des départs en retraite prévisibles au sein de l'équipe médico-sociale, une redéfinition des profils professionnels nécessaires à un accompagnement optimisé des usagers. Dès lors, la recherche d'une pluridisciplinarité avérée au sein de l'établissement est un acte managérial fort qui nécessite de la part du directeur un positionnement clair tant vis-à-vis des équipes impliquées que vis-à-vis des partenaires institutionnels et financiers, dans un souci de transparence et de pédagogie pour convaincre, plus que pour persuader, des bienfaits d'une pluridisciplinarité rationalisée au vu des besoins des usagers.

Afin de remédier à l'ensemble des difficultés ici recensées et susciter, de la part des agents composant l'équipe pluridisciplinaire, le désir de travailler ensemble et partager leurs compétences en vue de proposer un accompagnement répondant pleinement aux attentes de chaque usager, un certain nombre d'outils de communication managériale, de contractualisation et de gestion des ressources humaines peuvent être mobilisés par le directeur d'établissement.

Afin de lutter contre la principale difficulté qui réside dans la méconnaissance du savoir et des compétences du professionnel « autre » qui, bien que membre de l'équipe, n'exerce pas dans la même sphère de compétences, il appartient au directeur d'ouvrir l'établissement et, par là même, les agents qui y exercent, sur leur environnement extérieur. Dans cette optique, les services ESSOR sont reconnus localement par l'IRTS et par l'Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) comme un terrain de stage de professionnalisation pour tout élève travailleur social et infirmier désireux d'appréhender les problématiques liées à la maladie et au handicap psychiques. Cependant, si les élèves travailleurs sociaux se voient désigner un maître de stage travailleur social et si les élèves infirmiers sont encadrés par les infirmiers œuvrant au sein de l'équipe médico-sociale, ces moments de stage au sein de services ESSOR sont aussi des occasions privilégiées pour les uns de se confronter et d'interroger, au quotidien, la pratique et le positionnement des autres. Ainsi, un élève travailleur social peut être amené à partager les actions conduites par un infirmier afin de comprendre les spécificités de cette profession au regard de sa future posture éducative, au sein d'une équipe. La réciproque est aussi vraie pour les élèves infirmiers qui pourront intervenir sous le couvert des personnels éducatifs afin de s'ouvrir aux techniques éducatives. Ces échanges, dans le cadre de la formation de futurs professionnels, sont bénéfiques tant pour les élèves que pour les agents qui les accueillent ; en effet, ces derniers sont amenés à questionner leur place au sein de l'équipe sous le prisme de leurs connaissances et de leurs pratiques en qualité de professionnel dont la sphère de compétences est limitée par celle des autres.

Dans cette même volonté d'ouverture aux autres, le directeur peut utiliser des outils conventionnels afin de développer les partenariats et les échanges avec les organismes, établissements et autres acteurs intervenant dans le même secteur d'activité. Le cas des services ESSOR semble se prêter assez mal à la mise en œuvre de cette technique conventionnelle dans la mesure où les professionnels des services ESSOR bénéficient de l'appui et de l'expertise des équipes du CHL. Néanmoins ce type de convention pourrait être conclu entre l'ESSOR et d'autres partenaires afin que l'ESSOR puisse apporter, par le biais des professionnels composant l'équipe médico-sociale, son expertise dans le domaine de la supervision du handicap psychique, ou, comme l'indique le Docteur G. Massé⁴⁰, de l'initiation à la psychologie et à la souffrance mentale. Ainsi, ce type de partenariat pourrait donner lieu à des échanges de professionnels et à la mise en œuvre de consultations croisées afin que personnels paramédicaux et éducatifs construisent en commun des bilans et plans d'accompagnement englobant l'ensemble des problématiques soulevées par le suivi d'un même usager en situation de handicap psychique. Ainsi que l'explique le Directeur des Soins du CHL, « la pluridisciplinarité doit

⁴⁰MASSE G., 26 octobre 2000, « Il est temps que psychiatrie et social additionnent leurs savoirs », *Le lien social*, n°549

aboutir à un enrichissement des compétences par des apports de professions nouvelles, à un œil neuf sur une pratique professionnelle donnée. »⁴¹

Enfin, il appartient au directeur de susciter, auprès de chaque professionnel, l'envie de travailler en réelle pluridisciplinarité. Pour ce faire, la mise en œuvre d'une démarche participative invitant les agents concernés à définir les objectifs communs d'une équipe pluridisciplinaire, le rôle et la place de chacun au sein de cette dernière et la définition des modalités organisationnelles qui favoriseront le bon fonctionnement de cette équipe apparaît comme le principal levier sur lequel le directeur peut s'appuyer. Ce levier est d'autant plus indispensable si le directeur ne peut s'appuyer sur une équipe de cadres intermédiaires en relation directe avec l'équipe concernée, soit du fait de l'inexistence de cet échelon d'encadrement, soit du fait que cet encadrement n'est pas reconnu comme légitime vis-à-vis des agents intéressés.

En effet, comme l'explique C. Gibowski ⁴², « il faut un chef d'orchestre qui garantisse une place pour chacun, des limites, des missions précises ». Idéalement, ce rôle doit être tenu, au jour le jour, par les cadres de proximité qui sont en lien étroit avec le quotidien professionnel de l'équipe. Ainsi le directeur se situe en position d'arbitre rappelant, quand ils sont bafoués, les objectifs et les principes institutionnels qui président à la place et au rôle de chaque intervenant au sein de l'établissement et auprès des usagers.

Mais quand l'encadrement intermédiaire est inexistant ou défaillant, le directeur doit, pour générer et faire vivre la pluridisciplinarité au sein de son établissement, endosser le rôle de maître d'ouvrage et de maître d'œuvre : il est maître d'ouvrage en arrêtant les objectifs d'accompagnement qui fondent l'action pluridisciplinaire des personnels de l'établissement auprès des usagers ; il est maître d'œuvre en veillant à ce que l'ensemble de ces personnels puissent déterminer et construire les modalités de fonctionnement de cette équipe pluridisciplinaire dans les limites définies par le maître d'ouvrage.

Tel est le cas au sein des services ESSOR. Pour diverses raisons, l'encadrement de l'équipe d'accompagnement médico-social était mis en difficulté vis-à-vis de cette équipe et avait, de ce fait, beaucoup de difficultés pour initier une démarche de réorganisation de l'équipe pour plus de pluridisciplinarité en son sein. Il appartenait donc à la direction de faire de cet objectif de réorganisation une nécessité absolue tout en donnant à l'équipe concernée l'opportunité de fixer les moyens d'aboutir à cette fin. Dans le cas de l'ESSOR, deux groupes de travail ont été constitués sur ma proposition par le directeur afin de réfléchir sur la prise en charge pluridisciplinaire du handicap psychique. Le premier groupe de travail, axé sur le rôle et les attributions des infirmiers au sein de l'ensemble

⁴¹ Entretien avec Monsieur Tarrade, directeur des soins du CHL, du 7 juin 2012 (cf annexe n°1)

⁴² GIBOWSKI C.,op.cit.

des structures de l'ESSOR, comprenait, outre les représentants de la direction, trois infirmiers et une éducatrice spécialisée. En parallèle, un second groupe de travail, composé « en miroir » de trois personnels éducatifs et d'un infirmier, était chargé de définir le rôle et les fonctions des travailleurs sociaux auprès des usagers de l'ESSOR. Les conclusions de ces groupes de travail étaient diffusées via intranet auprès de l'ensemble des agents composant l'équipe d'accompagnement médico-social, chacun d'eux ayant toute latitude pour transmettre leurs observations, questions ou remarques auprès des membres du groupe de travail concerné.

Ces modalités de composition et de fonctionnement ont permis d'aboutir, au sein des deux groupes de travail, à des conclusions identiques sur la nécessité de travailler en pluridisciplinarité sur la base de deux fonctions cependant bien définies (une fonction infirmière et une fonction éducative) coopérant pour un objectif commun : l'autonomie et l'épanouissement des personnes en situation de handicap psychique.

La pluridisciplinarité, dans ces conditions, devient un outil de cohésion de l'équipe d'accompagnement médico-sociale, source de transparence tant pour les professionnels que pour les usagers de l'établissement.

3.2 La pluridisciplinarité, source de transparence pour les professionnels et les usagers

Si l'objectif principal du directeur d'établissement social et médico-social est de garantir à chaque usager une réponse adaptée aux besoins d'accompagnement qu'il exprime, cet objectif ne saurait être atteint si les différents acteurs qui concourent à l'élaboration et à la mise en œuvre de ces accompagnements ne savent pas quels sont leur rôle et fonctions au sein de l'organisation. Ainsi, le travail en équipe pluridisciplinaire ne peut exister et réussir que si les professionnels identifient clairement les missions qui leur sont dévolues au sein du groupe.

3.2.1 Des professionnels aux missions clairement explicitées...

Afin que les professionnels de l'accompagnement médico-social puissent pleinement travailler en équipe pluridisciplinaire, il incombe au directeur de veiller à ce que chaque membre de l'équipe soit à même de se positionner sur deux problématiques complémentaires.

Tout d'abord, chaque membre de l'équipe pluridisciplinaire doit être à même de s'identifier à une profession bien précise. En effet, de la reconnaissance de cette identité professionnelle découlera la définition du champ d'action de chacun au sein de l'équipe,

au vu de ses compétences et de son expérience professionnelle liées aux spécificités de l'accompagnement des usagers de l'établissement.

Comme vu précédemment au titre du présent mémoire⁴³, les personnels composant l'équipe d'accompagnement médico-social des services ESSOR avaient, du fait des contingences liées à l'organisation et à la constitution juridique et financière de cette équipe, le sentiment d'être interchangeables auprès des usagers et ne savaient plus reconnaître la plus-value que leur formation et parcours professionnels antérieurs apportaient aux travailleurs handicapés, usagers de l'établissement. Ce sentiment était très prégnant parmi les infirmiers composant l'équipe, ceux-ci se considérant au quotidien plus proches du métier d'éducateur spécialisé que du métier d'infirmier. Cet état d'esprit était principalement lié au fait que l'ensemble des infirmiers des services ESSOR sont tous diplômés en qualité d'infirmiers de secteur psychiatrique et se sentent très proches des techniques éducatives du fait d'une pratique professionnelle développée en dehors du contexte hospitalier classique.⁴⁴ Face à ce constat, la direction a, avant la constitution des groupes de travail relatifs aux rôles et fonctions infirmières et éducatives au sein des services ESSOR, demandé à l'ensemble des infirmiers de se positionner clairement soit en tant qu'infirmier soit en tant qu'éducateur spécialisé. Ce questionnement quelque peu provocant, qui a prime abord à générer de vives réactions parmi les personnels concernés, a néanmoins permis d'initier les prémices d'une réflexion sur leur place au sein de l'équipe d'accompagnement médico-social. Plus encore, cette démarche a conduit les travailleurs sociaux à réfléchir et échanger sur les apports techniques et humains qu'ils procurent aux usagers des services ESSOR. Ainsi la mise en place d'une démarche participative des agents quant aux modalités du travail pluridisciplinaire alliant personnels paramédicaux et travailleurs sociaux s'en est trouvée facilitée. Enfin, cette démarche, initiée par la direction, a permis à chacun d'exprimer son point de vue sur sa place et à la place des autres dans l'équipe. Cette expression n'avait pu être révélée auparavant car un certain nombre d'agents craignaient que leurs avis soient mal perçus par le groupe et que, de ce fait, ils se trouvent mis à l'écart de ce dernier. De fait, ces agents se complaisaient dans le « flou » entretenu par l'organisation de l'équipe et se sentaient déresponsabilisés des dysfonctionnements occasionnés par ce dernier. Ainsi, l'équipe médico-sociale de l'ESSOR était confrontée au phénomène suivant : « la tendance, lorsqu'on n'implique pas les professionnels délibérément et obstinément dans leur mission, à se replier dans des postures déresponsabilisées, incapables de réflexion

⁴³ Cf partie 2.2.2. « Un sentiment de perte de repères accentué par la constitution juridique et organisationnelle du service d'accompagnement médico-social de l'ESSOR » p.32 et suivantes

⁴⁴ Sur la vision des infirmiers sur les finalités du travail d'infirmiers en secteur psychiatrique, voire les résultats de l'enquête réalisée par les étudiants en sciences et techniques option hygiène mentale de l'Université de Paris XII Créteil en 1991. Les résultats de cette enquête montrent, en particulier, que 34% des infirmiers en secteur psychiatrique interrogés estiment que leur travail se rapproche de celui de l'éducateur spécialisé (contre 9% qui s'identifient aux infirmiers de médecine générale).

ou d'initiative, soumis aux plus charismatiques des professionnels autour d'eux, et exigeant sans cesse de leur entourage une validation affective qui a eu à voir avec la reconnaissance professionnelle effective.⁴⁵ ». Or, il appartient au directeur, au regard du profil des usagers de l'ESSOR qui, rapidement, peuvent être déstabilisés dans leurs relations avec l'équipe médico-sociale si celle-ci connaît des tensions en son sein, de veiller à ce que les acteurs de la prise en charge agissent avec professionnalisme et non sous le coup de l'affect. A cet effet, le directeur doit convaincre les intervenants du bienfondé d'une pluridisciplinarité avérée qui, quoique résultant tout d'abord d'un processus individuel, « se construit dans l'institution au travers d'un questionnement collectif vivant, suivant le fil rouge d'un projet qui devient le point de ralliement d'une organisation (réellement) pluridisciplinaire. »⁴⁶

Outre la reconnaissance de sa propre place professionnelle sur le grand échiquier de la pluridisciplinarité, chaque membre de l'équipe doit aussi avoir connaissance et conscience des missions, impératifs et objectifs qui pèsent sur les autres professionnels composant l'équipe.

Cette nécessité répond à plusieurs exigences. Ainsi, comme le veut l'adage populaire, « la liberté des uns s'arrête où commence celle des autres ». Cette affirmation vaut tant dans la sphère privée que dans le domaine professionnel où chaque acteur se doit de connaître et reconnaître ses capacités et ses limites afin de travailler, en collaboration avec les membres de l'équipe disposant du savoir et du savoir-faire nécessaires, à l'accompagnement répondant au plus près aux attentes et besoins de l'utilisateur. Ainsi que l'explique M. Jaeger⁴⁷ « le travail (pluridisciplinaire) suppose que les différents professionnels de chacune des filières se connaissent, apprennent à travailler ensemble, coordonnent leur action autour de projets communs. »

Le décloisonnement tant souhaité par les pouvoirs publics pour une meilleure prise en charge des usagers devrait donc débuter dès la formation des futurs professionnels qui auront à collaborer ensemble au sein des établissements, afin que cette collaboration et les réseaux constitués lors de cette période de formation trouvent tout naturellement leur application au sein des structures sanitaires et médico-sociales concernées par l'accompagnement de personnes en situation de handicap psychique. En effet, alors qu'infirmiers et éducateurs spécialisés suivent des cursus de formation de trois ans basés, dans les deux cas, sur un principe d'alternance entre cours théoriques et exercices

⁴⁵ CASAGRANDE A., 2012 « un espace tiers au croisement des professions : l'élaboration d'une charte éthique en institution » in Revue « *Cliniques* » *paroles de praticiens en institution – Les enjeux de la pluridisciplinarité*, 2012 n°3, Toulouse, érès, pp.47-57.

⁴⁶ Revue « *Cliniques* » *paroles de praticiens en institution – Les enjeux de la pluridisciplinarité*, 2012 n°3, Toulouse, érès, Introduction, pp13.15.

⁴⁷ JAEGER M., op.cit., chapitre 8

pratiques au titre de stages de moyenne et longue durées, ces deux filières relèvent de deux instituts de formation distincts et proposent des modules de formation bien séparés, alors même que ces futurs professionnels auront à travailler, par la suite, auprès des mêmes publics. Certaines initiatives permettent, au titre de la formation continue et de la mobilité professionnelle, aux infirmiers qui souhaitent devenir éducateurs spécialisés de bénéficier d'une réduction d'un tiers de la formation théorique (s'ils ont le diplôme d'infirmier) et de deux tiers (s'ils ont le diplôme de cadre). L'inverse n'est cependant pas possible, la profession d'infirmier étant une profession réglementée. Une réflexion devrait donc être menée sur une réforme du cursus, notamment du cursus de formation initiale des personnels paramédicaux et des travailleurs sociaux, dans la mesure où un grand nombre de problématiques, notamment dans le cadre de la reconnaissance, de la prise en charge et des conséquences des pathologies psychiques, pourraient donner lieu à des enseignements et une validation des acquis communs.

La reconnaissance, par les agents, des compétences et des limites d'intervention de chacun au sein de l'équipe pluridisciplinaire, induit l'obligation de se questionner sur la nécessité de « passer la main » face à une situation problématique requérant la mobilisation de compétences spécifiques au sein du groupe. La pluridisciplinarité doit donc permettre aux professionnels d'adapter leurs actions aux besoins d'accompagnement des usagers placés sous leur responsabilité, cette adaptation pouvant conduire à l'intervention d'un autre acteur de l'équipe, plus compétent que soi à un instant donné. Il convient donc de laisser la « priorité à la relation la plus utilisable, la plus dynamisable à un moment donné de l'histoire de la prise en charge. Celui qui a le meilleur contact quel que soit son statut assure le déplacement, l'accompagnement... »⁴⁸ Ainsi, dans le cadre des réflexions des groupes de travail constitués par les services ESSOR avec les infirmiers et les travailleurs sociaux de l'équipe médico-sociale, il est apparu indispensable de prévoir la désignation d'experts infirmiers qui, dans toute situation de crise vécue par un travailleur handicapé psychique suivi par un référent éducateur spécialisé, pourraient être sollicités à tout moment par ledit référent afin d'analyser et co-construire un accompagnement adapté à la situation de l'utilisateur, quitte à ce que cet accompagnement soit réalisé pendant une période donnée par l'expert et non par le référent. Il est intéressant de noter que la désignation d'experts « éducatifs » auprès des personnels paramédicaux a été proposée et retenue par les membres de l'équipe médico-sociale, reconnaissant ainsi une expertise effective des travailleurs sociaux dans l'approche du handicap psychique.

⁴⁸ CHARTIER J.P., 2012 « de la pluridisciplinarité à la transdisciplinarité » in Revue « *Cliniques* » *paroles de praticiens en institution – Les enjeux de la pluridisciplinarité*, 2012 n°3, Toulouse, érès, pp.97-114.

Ainsi, la clarification des rôles, attributions et places de chaque professionnel au sein de l'équipe pluridisciplinaire doit tendre à un but essentiel : proposer le meilleur accompagnement des usagers de l'établissement.

3.2.2 ...pour un meilleur accompagnement des usagers

Les efforts organisationnels menés par la direction en vue de favoriser le développement d'accompagnements pluridisciplinaires doivent permettre aux usagers de trouver à tout moment une écoute et une réponse adaptées à leurs besoins. Il convient donc, pour les professionnels, de construire, autour des apports cliniques et éducatifs que chacun peut proposer, les réseaux internes et externes qui permettront d'atteindre cet objectif primordial.

En interne, il conviendrait de renforcer les échanges et le travail entre les référents dédiés à l'utilisateur. Comme évoqué au titre du paragraphe 2.1.1. *supra*, chaque usager des services ESSOR est accompagné, au titre de son projet socio- professionnel et de son projet de vie sociale, par deux référents qui portent, ensemble, à de trop rares occasions, le développement et la mise en œuvre d'actions nécessitées par le projet de vie de l'utilisateur. En effet, les principales rencontres entre référents d'un même usager ont essentiellement lieu préalablement à la réunion portant sur le bilan annuel de la mise en œuvre du projet d'accompagnement personnalisé du travailleur handicapé visé et sur la définition des axes prioritaires du futur projet. En dehors de ce temps fort, les échanges entre référents restent plutôt rares et s'intensifient en cas de difficultés ou de « crises » vécues par l'utilisateur. Afin de prévenir au maximum l'apparition de ces difficultés et « crises » qui déstabilisent profondément les personnes souffrant de pathologies psychiques et peuvent mettre à mal le fragile équilibre que celles-ci avaient construit au sein de l'ESSOR, le développement d'échanges entre acteurs horizons différents intervenant auprès du même usager apparaît comme un levier essentiel. Chaque professionnel, du fait de son approche et de son regard sur la situation qui lui sont propres, peut ainsi détecter des difficultés qu'un collègue, intervenant dans une autre sphère de compétences auprès du même usager, n'aurait pas observées. Ces échanges mettraient en lumière les compétences propres de chaque acteur au titre d'un accompagnement pluridisciplinaire avéré. Cette piste de réflexion a été proposée, débattue et retenue par les groupes de travail mis en place au sein des services ESSOR pour favoriser le développement de la pluridisciplinarité entre personnels paramédicaux et travailleurs sociaux. Le principe en a été étendu aux relations existant entre l'équipe d'accompagnement médico-social et les encadrants d'ateliers de l'ESAT. Ainsi, les infirmiers de l'équipe médico-sociale ont proposé d'effectuer, à raison de 5 demi-journées par semaine, une expertise du climat de travail régnant au sein de chaque atelier, l'état d'esprit des travailleurs handicapés et l'association de plusieurs pathologies psychiques

au sein d'un petit groupe de travail influençant l'ambiance de travail dans laquelle le référent d'atelier doit faire évoluer le groupe. Le développement de ces échanges permettra à terme au référent d'atelier, avec l'appui des personnels paramédicaux, de mieux comprendre et donc accompagner, les troubles associés aux pathologies psychiques qui handicapent les travailleurs dont il assure d'encadrement.

En outre, l'efficacité de ces démarches visant à une étroite collaboration entre les différents acteurs nécessite impérativement le développement d'une communication interne efficace et transparente. La traçabilité des actions à mettre en place et entreprises auprès des usagers doit être assurée afin que les acteurs eux-mêmes, mais aussi leurs collègues, puissent en être informés dans le respect du secret médical et professionnel, et, le cas échéant, tenir compte de ces éléments dans leurs propres actions. La culture de l'écrit doit donc être la clé de voute de cette démarche et il appartient au directeur de veiller à ce que les professionnels effectuent littéralement leurs observations et leurs préconisations quant à la prise en charge des usagers qu'ils accompagnent. Pour ce faire, au sein des services ESSOR, un outil intranet perfectionné et simple d'utilisation permet à l'ensemble des agents de recenser par écrit les éléments de prise en charge au sein du dossier personnel informatisé de chaque travailleur handicapé. Ces informations sont transmises à l'ensemble des membres de l'équipe d'accompagnement médico-social et au référent d'atelier assurant le suivi socio-professionnel de l'utilisateur concerné.

Pour parfaire cet outil, un effort de rationalisation des rendez-vous et des échanges entre usagers et professionnels de l'accompagnement médico-social est en cours de réflexion. Un temps de secrétariat sera mis à disposition auprès de l'équipe d'accompagnement médico-social afin de planifier et organiser les rendez-vous liés aux prises en charge médicales, éducatives, sociales des usagers de l'ESSOR. Cette planification sera effectuée sur la base des informations fournies par les professionnels concernés, pour que soient mobilisées les compétences répondant aux attentes et besoins de l'utilisateur : nécessité ou non de la présence des référents du travailleur handicapé concerné, présence impérative d'un infirmier pour l'accompagnement d'un usager lors d'une consultation médicale spécialisée ou relevant d'une technicité particulière, implication de l'assistante sociale pour la préparation d'un dossier retraite...Une telle organisation permettra à l'ensemble des acteurs intéressés d'être simultanément informés des conditions ayant présidé à la mise en place d'un accompagnement, des objectifs et des modalités de réalisation de ce dernier, dans un souci de collaboration étroite et fructueuse pour l'utilisateur.

Elle permettra, en outre, de « sécuriser » les usagers eux-mêmes qui, à l'heure actuelle, se plaignent de ne pouvoir bénéficier de temps d'échange planifiés et suffisants avec

leurs référents et/ou les professionnels compétents qui pourraient, en l'absence des référents, répondre à leurs angoisses et à leurs demandes de soutien et d'écoute.

Enfin, comme le mentionne J.P Chartier⁴⁹, « l'intervention simultanée de plusieurs professionnels s'impose (avec les personnes souffrant de troubles psychiques importants). (...) Elle devrait permettre de prendre en compte la réalité matérielle et sociale (de la personne) (...), de maintenir, malgré la labilité de ses attachements et de ses rejets, la continuité d'une relation positive indispensable de son évolution, de diluer salutairement entre plusieurs intervenants le transfert massif, qui, avec ces sujets, n'est pas un accident mais une constante du traitement. »

La mise en œuvre de cette pluridisciplinarité rationalisée permettrait, enfin, d'associer plus en amont les familles, les représentants légaux des usagers ainsi que tous les professionnels extérieurs à l'établissement qui ont à connaître du projet de vie des personnes prises en charge au sein dudit établissement, afin de les intégrer et de les informer des démarches instituées avec l'utilisateur pour mener à bien ce projet de vie. L'action de l'établissement, plus transparente aux yeux de son environnement extérieur, s'en trouve facilitée, pour le plus grand bénéfice de l'utilisateur placé au centre du dispositif d'accompagnement pluridisciplinaire.

⁴⁹ Ibidem

Conclusion : le directeur d'établissement, promoteur et gardien d'une pluridisciplinarité avérée en évolution constante

La complexité des profils des personnes souffrant de pathologies psychiques et la diversité des handicaps sociaux, éducatifs et médicaux que ces maladies induisent nécessitent un accompagnement personnalisé adapté, construit sur une pluridisciplinarité avérée au sein même de l'établissement médico-social qui accueille ces personnes.

La recherche de cette pluridisciplinarité et sa bonne mise en œuvre au sein des équipes relèvent des missions du directeur d'établissement. Mais elles ne sauraient se décréter unilatéralement par ce dernier. En effet, la pluridisciplinarité ne peut se concevoir que sur le terreau d'identités professionnelles claires et reconnues en tant que telles, avec leurs objets, leurs spécificités et leurs contraintes.

Elle suppose en outre, pour assurer une prise en charge optimale des besoins des usagers, une implication de tous les jours des professionnels dans la transmission de leurs savoirs et dans le développement de partenariats internes et externes à l'institution.

Le travail à plusieurs ouvre à la richesse mais aussi à la difficulté de la collaboration et de la confrontation à d'autres points de vue, notamment dans le champ du handicap psychique qui recouvre de multiples facettes et renvoie, chacun, à ses propres conceptions et ses croyances sur le sujet. Mais, comme le souligne M. Jaeger⁵⁰, « la difficulté majeure n'est pas dans la transmission de savoirs constitués ; elle est dans l'apprentissage de la capacité d'une part à travailler en commun, d'autre part à passer la main quand il le faut, en fonction des mandats qui sont confiés aux uns et aux autres et du sens que cela peut avoir pour les personnes aidées. »

⁵⁰ JAEGER M, op.cit., chapitre 8

Bibliographie

- **Textes législatifs et réglementaires :**

Code de l'action sociale et des familles

Code de la santé publique

- **Ouvrages et revues:**

Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM), 2009, *Les attentes de la personne et le projet individualisé (recommandations de bonnes pratiques professionnelles)*, Nancy, 46 p. Disponible sur le site internet www.anesm.sante.gouv.fr

FUSTIER P., 2004, *Le travail d'équipe en institution – Clinique de l'institution médico-sociale et psychiatrique*, Paris : Dunod, 213 p.

JAEGER M., 2006, *L'articulation du sanitaire et du social – Travail social et psychiatrie*, 2^e édition, Paris : Dunod, 162 p.

HOCHMANN J., 2011, *Histoire de la psychiatrie*, 2^e édition, Paris, Presses Universitaires de France, Collection Que sais-je ?, 127 p.

KANNAS S., Revues « *Pluriels* » la lettre de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale, Paris

Revue « *Cliniques* » paroles de praticiens en institution – Les enjeux de la pluridisciplinarité, 2012 n°3, Toulouse, érès, 213 p.

- **Articles :**

BOUDAIS-MANNONE C., décembre 2004/janvier 2005, « Le décloisonnement des dispositifs sanitaires, du médico-social et du social, quelle place, quel rôle pour la psychiatrie ? », *Pluriels*, n°48-49, pp 6-7.

BRIDIER F., décembre 2004/janvier 2005, « Réfléchir aux transformations des professions », *Pluriels*, n°48-49, p.12

JAEGER M., septembre 1999, « les résistances respectives du secteur sanitaire et du secteur médico-social », *Technologie Santé – actes des 26^e journées TNH*, n°38, pp. 51-56.

JAEGER M., août 2002, « Sanitaire, social et médico-social : des évolutions en miroir », *Pratiques en santé mentale*, n°3, pp. 35-38

HOUVER J., décembre 2004/janvier 2005, « L'évolution des fonctions dans la prise en charge de la santé mentale », *Pluriels*, n°48-49, p.10.

KANNAS S. (directeur de la publication), mai 2010 / juin 2010, « La réforme des études en soins infirmiers », *Pluriels*, n°82-83, 12 p et 8 p.

MASSE G., KANNAS S., mai-juin 2002, « Santé mentale : des partenariats et des actions à promouvoir », *La Santé de l'homme*, n°359, pp. 23-26

MASSE G., 26 octobre 2000, « Il est temps que psychiatrie et social additionnent leurs savoirs », *Le lien social*, n°549

MERMOZ M., 27 avril 2012, « le temps de revivre – un SAMSAH 5 ans après sa création », *Actualités Sociales Hebdomadaires*, n°2757, pp. 24-27.

- **Rapports :**

CHARZAT M., mars 2002, « Pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques et les moyens d'améliorer leur vie et celle de leurs proches », *La documentation française*, 138 p.

COUR DES COMPTES, décembre 2011, L'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan « psychiatrie et santé mentale », *Cour des Comptes*, 202 p., disponible sur Internet : www.ccomptes.fr

- **Sites Internet :**

CAIRE M., *Histoire de la psychiatrie en France*, [visité le 21 juillet 2012], disponible sur internet : <http://psychiatrie.histoire.free.fr/index.html>

Centre hospitalier Henri Laborit, [visité le 23 juillet 2012], disponible sur internet : <http://www.ch-poitiers.fr/>

Liste des annexes

Annexe n°1 – Grille d'entretien avec Monsieur Tarrade, Directeur des Soins du Centre Hospitalier Laborit (*entretien réalisé le 7 juin 2012*)

Annexe n°2 – Propositions pour la constitution et l'organisation d'une équipe infirmière transversale pour les services ESSOR du Centre Hospitalier Laborit (*extraits des conclusions du groupe de travail*)

Annexe n°3 – Propositions pour la constitution et l'organisation d'une équipe d'accompagnement éducatif destinée aux services ESSOR (*extraits des conclusions du groupe de travail*)

ANNEXE N°1

Grille d'entretien avec Monsieur Tarrade, Directeur des Soins du CHL

Réalisé le 7 juin 2012 de 10h à 12h.

Thèmes de l'entretien:

- le travail en équipe pluridisciplinaire dans le domaine des soins psychiatriques
- les métiers d'infirmier et de travailleur social dans les établissements de soins psychiatriques
- les relations entre ces métiers

QUESTIONS	REPOSES
<p>1/ Présentation générale de l'interlocuteur</p> <p>Pourriez vous présenter votre parcours professionnel en quelques grandes étapes? Merci de préciser depuis combien de temps vous exercez des fonctions professionnelles dans le domaine de la psychiatrie.</p>	<p>A dû travailler jeune, dès obtention du baccalauréat. A débuté sa carrière professionnelle en qualité d'ouvrier dans la tannerie mais les conditions de travail étaient très difficiles et cette carrière, dans le milieu de l'industrie, ne lui plaisait guère.</p> <p>A rapidement souhaité entamer une formation professionnelle, quelle qu'elle soit, dès lors qu'elle était rémunérée. Or, à cette époque, dans les années 1970, la formation d'infirmier en secteur psychiatrique était rétribuée. A réussi le concours d'entrée à l'école d'infirmier et, après 3 ans de formation, a été recruté par le Docteur Périvier alors président de la CME du CHL et intervenant sur le site de Châlons où se situe l'ESAT.</p> <p>Monsieur Tarrade entretenait d'excellentes relations avec le Docteur Périvier car il ne craignait pas ce personnage au caractère autoritaire. C'est d'ailleurs au contact de ce médecin que Monsieur Tarrade a développé son goût pour le domaine des soins psychiatriques.</p> <p>En 1980: réussite du concours d'entrée à l'école des cadres de santé. C'est la 1ere année où ce concours est ouvert aux infirmiers de secteur psychiatrique.</p> <p>En 1981: est nommé cadre de santé aux urgences psychiatriques.</p> <p>En 1996: est nommé cadre supérieur de santé au sein de la fédération des hôpitaux de jour, tout nouvellement créée.</p> <p>En 2000: prépare le concours d'infirmier général.</p> <p>En 2002-2003: passe et réussit le concours</p> <p>En 2003-2004: suit la formation de "Directeur des Soins" à l'EHESP. Depuis, lors, exerce les fonctions de Directeur des Soins au CHL.</p>
<p>Outre le CHL, avez-vous exercé dans d'autres établissements à vocation psychiatriques? Si oui, lesquels?</p>	<p>Hormis les stages réalisés au sein de l'hôpital psychiatrique de Limoges et au CH du Blanc dans le cadre de la formation de directeur des Soins, Monsieur Tarrade a effectué toute sa carrière de professionnel de santé au sein du CHL. "Cela a un caractère rassurant pour le corps médical qui a grandi avec moi".</p>

<p>Avant de devenir cadre de santé puis directeur des soins, étiez vous IDE ou infirmier de secteur psychiatrique?</p>	<p>Infirmier de secteur psychiatrique.</p>
<p>2/ Présentation de la Direction des Soins du CHL</p> <p>Pouvez vous m'indiquer les grandes étapes ayant conduit à la création de la direction des soins et son rôle?</p>	<p>Au CHL, la direction des soins a longtemps été perçue comme un écran entre le Directeur général et les médecins, en parallèle de la DRH. Elle était donc considérée comme un "poil à gratter" interférant tant dans les activités administratives gérées par la DRH et dans les relations entre les médecins et la DG.</p> <p>De plus, un conflit de personnalités entre l'infirmière générale et le président de la CME ne favorisait pas la création d'un climat serein.</p>
<p>3/ Le métier d'infirmier dans le domaine de la psychiatrie</p> <p>Quelles ont été les étapes de la construction du métier d'infirmier psychiatrique?</p>	<p>Au préalable, existaient des surveillants de malades mentaux au sein des asiles. Avec le temps, le métier d'infirmier psy s'est structuré autour de la notion de réinsertion psychosociale (mouvement initié dans les années 50). Le CHL a été précurseur en la matière car il a créé dès le début des années 70 le premier service de post cure, avec la mise en place d'un vrai suivi à l'issue de l'hospitalisation.</p> <p>En parallèle, se sont constituées des écoles d'infirmiers psy qui attirent peu, notamment parmi les hommes. Dans les années 70, la formation commence à être rémunérée. De ce fait, le métier recrute de plus en plus, notamment des hommes ayant souvent débuté une carrière dans des métiers souvent techniques. De plus, la formation tient plus à l'apprentissage qu'à l'enseignement académique.</p> <p>Ces infirmiers développent des activités ergothérapeutiques qui contribueront à terme de créer le futur CAT ESSOR.</p>
<p>Quelles sont les missions exercées par un infirmier dans le domaine de la psychiatrie?</p>	<p>cf décret de compétence sur les missions des infirmiers dans le CSP</p>

<p>Depuis la disparition du diplôme d'infirmier en secteur psychiatrique en 1992, pouvez vous me décrire le parcours de formation que suit un élève infirmier qui se destine à exercer dans le domaine de la Psychiatrie?</p>	<p>Avant 1992, le diplôme d'infirmier psy est un diplôme délivré au niveau régional. A compter de 1992, ce diplôme est supprimé: les infirmiers désirant travaillé dans le secteur de la psychiatrie suivent un cursus identique à celui des infirmiers "généraux".</p>
<p>A votre avis, quelles sont les conséquences de la refonte de la formation des infirmiers de secteur psychiatrique? Est-ce positif et/ou négatif?</p>	<p>Effets positifs: - les infirmiers psy sont mieux formés aux soins généraux ce qui a contribué à augmenter la sécurité des soins, notamment auprès de patients nécessitant des soins lourds.</p> <p>Effets négatifs: - sur les trois années de formation d'infirmier, seul un stage de 10 semaines est obligatoirement effectué dans le secteur de la psychiatrie. -les psychiatres participent de moins en moins à la formation des infirmiers et au partage de leur savoir clinique. Ils organisent rarement des visites au sein des services, des réunions cliniques....</p>
<p>Quelle est l'évolution de la part des infirmiers dans les effectifs du CHL?</p>	<p>Dans son domaine d'activités, le CHL est attractif car:</p> <ul style="list-style-type: none"> - cette ville attire les jeunes - le CHL est géographiquement proche du CHU, ce qui contribue à créer des passerelles entre les deux établissements. - la psychiatrie est un secteur d'activité qui requiert peu de technicité; c'est un domaine d'activité prisé pour qui veut établir des rencontres avec les patients". - le climat social est plutôt bon au sein de l'établissement. <p>Cependant, le CHL a de plus en plus de difficultés à recruter des infirmiers. De ce fait, de plus en plus de postes paramédicaux sont transformés en postes d'éducateurs spécialisés. Depuis 2006, et face à cette réalité de terrain, il a fallu "réfléchir à un accompagnement psy autrement". Les premiers éducateurs spécialisés (ES) ont été recrutés en pédo psychiatrie.</p>

<p>L'on entend souvent parler de la "pénurie infirmière": selon vous, est ce une réalité? Est-ce le cas en psychiatrie? Comment expliquez vous cette évolution?</p>	<p>Pénurie d'infirmiers ressentie au CHL. Dès l'entrée en école d'infirmiers, on constate une perte d'effectifs entre la première et la troisième année de formation. En outre, l'exercice de la fonction infirmière en établissement de santé s'effectue sur un temps très court (environ 7 à 8 ans en moyenne). De plus, les jeunes générations d'infirmiers veulent un métier suffisamment rémunéré permettant d'avoir une entière liberté dans la gestion de son temps de travail et de son emploi du temps. "L'individualisme est très souvent détecté chez les jeunes professionnels qui ne se reconnaissent pas dans es valeurs de solidarité, de continuité du service." Ceci est d'autant plus vrai que l'intérim se développe dans le secteur infirmier, les professionnels remplissant des missions ponctuelles au gré de leur volonté de travailler.</p>
<p>D'après vous, les infirmiers constituent ils une "corporation" forte au sein du CHL?</p>	<p>Oui. Les infirmiers sont toujours réticents à la transformation des postes d'infirmier en postes d'ES car cela est perçu comme une remise en cause de la valeur du travail à effectuer, initialement confié à un infirmier. Il existe toujours un corporatisme infirmier très fort du fait: - de l'image positive que ce métier a auprès du grand public - de l'organisation de ce métier autour d'un ordre - de la reconnaissance légale et réglementaire dont bénéficie ce métier. Chez les ES, il existe moins cette volonté de reconnaissance collective. De plus, les ES souffrent beaucoup de l'image de "soixante huitards", d'électrons libres.</p>
<p>4/ Le métier d'ES</p> <p>D'après vous, en quelle année (ou quelle décennie) les ES ont-ils commencé à apparaître parmi les effectifs du CHL?</p>	<p>milieu des années 2000.</p>

Quelle est l'évolution de la part des ES dans les effectifs du CHL?	Sont environ une dizaine au sein du CHL à ce jour.
Comment expliquez vous cette évolution?	Depuis 1992, le niveau des infirmiers et des ES dans le domaine de la psychiatrie est quasi équivalent. Des glissements sont donc possibles, sur des fonctions copartagées par les deux métiers. Néanmoins, si les deux métiers semblent "fongibles" cela n'est pas le cas, notamment dans le secteur sanitaire. Exemple de la MAS de Vouillé: - les infirmiers sont responsables du suivi médical des résidents, de la préparation des traitements, des accompagnements et visites "spécialisés" (travail somatique principalement) - les ES interviennent sur les versants éducatifs et liés aux soins corporels.
5/ Pluridisciplinarité et travail en équipe: la pratique au CHL	
Quelle est votre définition de la pluridisciplinarité?	"Enrichissement par apports de professions nouvelles, œil neuf sur une pratique professionnelle".
A votre avis, quelles sont les conditions indispensables pour que des professionnels de cultures pro différentes puissent travailler ensemble pour offrir la meilleure prise en charge de leurs patients et usagers?	La pluridisciplinarité impose de connaître l'autre, de savoir quelle est son identité professionnelle (formation, champs de compétences, droit à agir...) Au CHL, les cadres qui ont recruté des travailleurs sociaux avaient cette volonté de s'ouvrir aux autres. "Le travail pluridisciplinaire ne se développe que si l'on n'oppose jamais un métier par rapport à un autre".
D'après vous, y a-t-il une différence forte de culture professionnelle entre les ES et les infirmiers? Si oui, quels exemples? À quel niveau ces différences s'expriment elles?	oui. Cela tient notamment au mode et lieu de formation de chacun de ces professionnels. Ainsi, les IFSI forment les infirmiers au seul travail en hôpital alors que les ES bénéficient d'une formation plus généraliste, leur permettant de travailler dans des secteurs et des établissements très variés. Cette différence se concrétise jusque dans la procédure de recrutement de ces pros au sein du CHL. Ainsi, les infirmiers sont recrutés par la DSI et les ES sont recrutés par la DRH.

- **ANNEXE n°2 : Propositions pour la constitution et l'organisation d'une équipe infirmière transversale pour les services ESSOR du Centre Hospitalier Laborit (extraits des conclusions du groupe de travail)**

INTRODUCTION

Services médico-sociaux rattachés au Centre Hospitalier Laborit, les services ESSOR se sont constitués, dès leur création en 1970, autour de personnels infirmiers spécialisés en psychiatrie.

Sous l'effet combiné de plusieurs facteurs (disparition du diplôme d'infirmier en psychiatrie, difficultés de recrutements d'infirmiers dans ce secteur d'activité, départs à la retraite d'infirmiers des services ESSOR non remplacés), le nombre d'infirmiers travaillant tant au sein de l'ESAT qu'au sein de l'équipe d'accompagnement médico-social a décliné fortement.

A ce jour, 7 infirmiers de jour et 2 infirmiers de nuit exercent leurs fonctions au sein du SAMSAH et de service d'accompagnement éducatif ESSOR, tous deux principalement basés au Foyer des Sablons.

De plus, d'ici à 2013, un seul infirmier, assurant des fonctions de référent d'atelier, demeurera présent sur le site de l'ESAT.

Au regard de l'évolution des effectifs infirmiers au sein de services ESSOR et compte tenu des besoins d'accompagnement requis par les usagers desdits services, la Direction de l'ESSOR a, le 17 février 2012, décidé de constituer un groupe de travail afin :

- d'identifier le rôle et les missions des personnels infirmiers au sein des services ESSOR,
- de quantifier les charges de travail qui en découlent,
- d'étudier l'organisation fonctionnelle de ce « pool infirmier »,

afin que soit constituée, à terme, une équipe transversale infirmière, englobant les activités de l'actuel SAMSAH, appelée à intervenir tant au sein de l'ESAT et au foyer d'hébergement qu'au domicile même des usagers.

Après appel à candidatures pour le 23 février 2012, un groupe de travail a été établi comme suit :

* Représentants des personnels infirmiers :

- Madame O.....
- Madame O.....
- Monsieur B.....

* Représentant des personnels éducatifs :

- Madame G.....

*les cadres du foyer des Sablons,

* le directeur des services ESSOR ou son représentant.

Le groupe de travail s'est réuni les 16 mars, 30 mars, 12 avril, 11 mai et 8 juin 2012 et a effectué les propositions présentées au sein du présent document.

(...)

II/ Missions de la future équipe infirmière transversale

L'objectif des services ESSOR est de pérenniser la présence d'infirmiers afin de proposer, mettre en œuvre et évaluer les accompagnements requis par les personnes en situation de handicap psychique ressortant des services ESSOR, du fait des spécificités des pathologies et des manifestations liées à ce type de handicap.

Dès lors, il est apparu indispensable de détailler les différentes actions qui seraient confiées à cette équipe infirmière transversale, tant sur le site de l'ESAT, qu'au foyer d'hébergement et au domicile des travailleurs handicapés de l'ESSOR.

Missions et actions de l'équipe transversale infirmière sur le site de l'ESAT.

Le présent document recense les missions et actions entrant dans le champ de compétences de l'équipe infirmière transversale sur le site de l'ESAT.

Il s'agit notamment de développer des axes de partenariats forts entre les référents d'ateliers et cette équipe infirmière afin d'élaborer des actions de prises en charge individuelles et /ou collectives au sein même des ateliers.

Missions et actions de l'équipe transversale infirmière au foyer d'hébergement

Le présent document présente les missions et actions de l'équipe infirmière transversale au sein du foyer d'hébergement.

Il convient de noter qu'à minima un infirmier de l'équipe sera présent, du lundi au vendredi, afin d'effectuer les accompagnements infirmiers relevant de son ressort auprès des résidents du foyer, aux heures où ceux-ci sont le plus fréquemment présents au sein de l'établissement.

Missions et actions de l'équipe transversale infirmière au domicile des usagers ou à l'extérieur de l'ESAT et/ou du foyer d'hébergement :

Le présent document précise les missions et actions effectuées par l'équipe infirmière transversale à destination des usagers de l'établissement mais en dehors des établissements et services relevant des services ESSOR.

Ces actions intéressent notamment les accompagnements et suivis infirmiers dans le cadre :

-d'hospitalisations, tant dans des établissements de soins généraux qu'auprès d'établissements spécialisés en psychiatrie ;

-de rendez-vous auprès de médecins généralistes et spécialistes,

-de sorties à visée thérapeutique

-de l'évaluation des demandes d'intégration au sein des services ESSOR.

(....)

Horaires	Postes de l'équipe	Qualification de l'agent	Missions principales du poste
8h50-12h30 / 13h15-17h15	Poste 1	Infirmier	Permanence infirmière SAMSAH : <ul style="list-style-type: none"> - Préparation, gestion et suivi de la visite du médecin psychiatre - Coordination de l'équipe infirmière transversale en lien avec le secrétariat médical et les cadres de l'établissement - Suivi du groupe de référence (notamment l'élaboration, le suivi et l'évaluation du projet individuel des usagers relevant du groupe de référence) - Participation aux réunions institutionnelles (réunions de synthèse, réunions de service)
8h50-12h30 / 13h15-17h15	Poste 2	Infirmier	Permanence infirmière à l'ESAT : <ul style="list-style-type: none"> - Entretiens programmés et/ou à la demande des travailleurs de l'ESAT - Coordination de l'accompagnement socio éducatif et socio professionnel, en lien avec les référents d'atelier - Suivi du groupe de référence (notamment l'élaboration, le suivi et l'évaluation du projet individuel des usagers relevant du groupe de référence)

8h50-12h30 / 13h15-17h15	Poste 3	Infirmier	Accompagnements infirmiers extérieurs : <ul style="list-style-type: none"> - Prise en charge des RDV médicaux des TH restant au foyer ou sur temps de travail ESAT - suivi des TH hospitalisés - suivi du groupe de référence (notamment l'élaboration, le suivi et l'évaluation du projet individuel des usagers relevant du groupe de référence) - Participation aux réunions institutionnelles (réunions de synthèse, réunions de service)
12h30 - 20h10	Poste 4	Infirmier	Accompagnements infirmiers extérieurs : <ul style="list-style-type: none"> - Prise en charge des RDV médicaux des TH planifiés en soirée - suivi du groupe de référence (réunion projet, bilan, entretien) - Participation aux réunions institutionnelles (notamment l'élaboration, le suivi et l'évaluation du projet individuel des usagers relevant du groupe de référence) - accompagnements de TH à l'extérieur dans le cadre d'activités à visée thérapeutique
12h30 - 20h10	Poste 5	Infirmier	Poste polyvalent ESAT / Foyer / SAMSAH <ul style="list-style-type: none"> - évaluation, en collaboration avec les référents d'atelier, de la prise en charge des TH au sein des ateliers - Prise en charge des RDV médicaux des TH planifiés en soirée, suivi des hospitalisations - VAD SAMSAH - suivi du groupe de référence (notamment l'élaboration, le suivi et l'évaluation du projet individuel des usagers relevant du groupe de référence)
13h35 - 21h15	Poste 6	Infirmier	Permanence SAMSAH / Foyer <ul style="list-style-type: none"> - Prise en charge des RDV médicaux des TH planifiés en soirée - VAD SAMSAH programmées - réalisation des injections au foyer - préparation des traitements - activités à visée thérapeutique au foyer - suivi du groupe de référence (notamment l'élaboration, le suivi et l'évaluation du projet individuel des usagers relevant du groupe de référence)

ANNEXE n°3 : Propositions pour la constitution et l'organisation d'une équipe d'accompagnement éducatif destinée aux services ESSOR (extraits des conclusions du groupe de travail)

INTRODUCTION

Services médico-sociaux rattachés au Centre Hospitalier Laborit, les services ESSOR se sont constitués, dès leur création en 1970, autour de personnels infirmiers spécialisés en psychiatrie.

Sous l'effet combiné de plusieurs facteurs (disparition du diplôme d'infirmier en psychiatrie, difficultés de recrutements d'infirmiers dans ce secteur d'activité, départs à la retraite d'infirmiers des services ESSOR non remplacés), le nombre d'infirmiers travaillant tant au sein de l'ESAT qu'au sein de l'équipe d'accompagnement médico-social a décru fortement.

Au regard de l'évolution des effectifs infirmiers au sein de services ESSOR et compte tenu des besoins d'accompagnement requis par les usagers desdits services (cf infra chapitre 1), la Direction de l'ESSOR a, le 17 février 2012, décidé de constituer un groupe de travail afin que soit constituée, à terme, une équipe transversale infirmière, englobant les activités de l'actuel SAMSAH, appelée à intervenir tant au sein de l'ESAT et au foyer d'hébergement qu'au domicile même des usagers.

Cependant, compte tenu de l'organisation actuelle de l'équipe d'accompagnement médico-social, organisation qui repose sur une forte identité de fonctions entre les personnels infirmiers et éducatifs composant l'équipe, il est apparu indispensable de constituer un groupe de travail pour que soient définis :

- le rôle et les missions des personnels éducatifs au sein des services ESSOR
- les charges de travail qui en découlent,
- l'organisation fonctionnelle de cette équipe d'accompagnement éducatif.

Après appel à candidatures pour le 23 février 2012, un groupe de travail a été établi comme suit :

* Représentant des personnels éducatifs :

- Madame B.....
- Madame G.....
- Madame O.....

* Représentants des personnels infirmiers :

- Madame A.....

*les cadres du foyer des Sablons,

* le directeur des services ESSOR ou son représentant.

Le groupe de travail s'est réuni les 23 mars, 4 avril, 18 avril, 9 mai et 30 mai 2012 et a effectué les propositions présentées au sein du présent document.

(...)

II/ Missions de l'équipe d'accompagnement éducatif

Outre l'objectif de pérenniser la présence d'infirmiers afin que soient prises en compte les spécificités des pathologies et des manifestations liées au handicap psychique, les services ESSOR, en qualité d'établissement médico-social, ont pour mission de réaliser le projet de vie de personnes handicapées par un accompagnement adapté permettant de maintenir ou restaurer des liens sociaux et d'accéder aux services offerts par la collectivité.

Dans cette optique, il est apparu indispensable de détailler les différentes actions qui seraient confiées à une équipe d'accompagnement éducatif, tant sur le site de l'ESAT, qu'au foyer d'hébergement et au domicile des travailleurs handicapés de l'ESSOR.

Missions et actions de l'équipe d'accompagnement au foyer d'hébergement

Le présent document présente les missions et actions de l'équipe d'accompagnement éducatif au sein du foyer d'hébergement.

A l'heure actuelle, une permanence est assurée de 6h45 à 21h15 au foyer d'hébergement, tant par du personnel infirmier que par du personnel éducatif, en fonction des contingences du planning.

La constitution d'une équipe d'accompagnement éducatif distincte de l'équipe infirmière transversale permettra à l'équipe éducative d'assurer, au titre de ses missions et du planning qui en découle, cette permanence au sein du foyer. Néanmoins, l'équipe infirmière transversale continuera d'intervenir auprès des résidents du foyer, conformément aux propositions d'intervention listées au sein du document intitulé « Propositions pour la constitution et l'organisation d'une équipe infirmière transversale pour les services ESSOR du Centre Hospitalier Laborit ».

Missions et actions de l'équipe d'accompagnement éducatif au domicile des usagers ou à l'extérieur de l'ESAT et/ou du foyer d'hébergement (service d'accompagnement à la vie sociale SAVS)

Le présent document précise les missions et actions effectuées par l'équipe d'accompagnement éducatif à destination des usagers de l'établissement au titre du SAVS.

Ces actions intéressent notamment les accompagnements et suivis éducatifs dans le cadre :

- d'apprentissages divers nécessités pour l'accès aux services offerts par la collectivité (utilisation des services de transport, accès aux services culturels, associatifs, sportifs...)
- d'apprentissages liés à la gestion de la vie quotidienne (achats alimentaires et vestimentaires, accompagnement pour les actes de gestion administrative...)
- d'apprentissages éducatifs en lien avec des RDV médicaux qui concernent des usagers assez autonomes sur le plan médical mais nécessitant un étayage éducatif sur ce plan.

Missions et actions de l'équipe d'accompagnement éducatif sur le site de l'ESAT, au titre du SAVS

Le présent document recense les missions et actions entrant dans le champ de compétences de l'équipe d'accompagnement éducatif sur le site de l'ESAT.

Il s'agit notamment d'assurer une permanence éducative et sociale accessible à tous les usagers de l'établissement, sur le site de l'ESAT, pour apporter une réponse complète et adaptée à leurs besoins. (...)

Horaires	Postes de l'équipe	Qualification de l'agent	Missions principales du poste
6h45-14h25 du lundi au vendredi	Poste 1	Educateur spécialisé CESF	Permanence éducative au foyer :Ecoute, entretien de soutien pour les résidents restant au foyer <ul style="list-style-type: none"> - Activités au foyer - Suivi du groupe de référence (notamment l'élaboration, le suivi et l'évaluation du projet individuel des usagers relevant du groupe de référence) - Participation aux réunions institutionnelles (réunions de synthèse, réunions de service)
6h45-14h25 Du lundi au	Poste 2	Educateur spécialisé	Poste « mixte » foyer / ESAT : <ul style="list-style-type: none"> - Accompagnement du lever des résidents (y compris la distribution des traitements)

vendredi		CESF	<ul style="list-style-type: none"> - Entretiens programmés et/ou à la demande des travailleurs de l'ESAT - Suivi du groupe de référence (notamment l'élaboration, le suivi et l'évaluation du projet individuel des usagers relevant du groupe de référence) Participation aux réunions institutionnelles (réunions de synthèse, réunions de service)
13h35 – 21h15 Du lundi au vendredi	Poste 3	Educateur spécialisé CESF	<p>Permanence éducative au foyer :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ecoute, entretien de soutien pour les résidents restant au foyer - Distribution des traitements du soir - Activités au foyer - Suivi du groupe de référence (notamment l'élaboration, le suivi et l'évaluation du projet individuel des usagers relevant du groupe de référence) - Participation aux réunions institutionnelles (réunions de synthèse, réunions de service)
13h35 – 21h15 Du lundi au vendredi	Poste 4	Educateur spécialisé CESF	<p>Poste « mixte » ESAT / Foyer / SAVS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Permanence éducative à l'ESAT l'après midi - Prise en charge des RDV des TH planifiés en soirée - VAD - Activités au foyer selon programmation - suivi du groupe de référence (réunion projet, bilan, entretien) - Participation aux réunions institutionnelles (notamment l'élaboration, le suivi et l'évaluation du projet individuel des usagers relevant du groupe de référence) - accompagnements de TH à l'extérieur dans le cadre d'activités à visée thérapeutique
6h45-14h25 Le samedi et le dimanche	Postes 5 et 6	Educateur spécialisé CESF	<p>Permanence éducative au foyer :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Accompagnement du lever des résidents (y compris distribution des traitements) - Ecoute, entretien de soutien pour les résidents restant au foyer - Activités au foyer - Suivi du groupe de référence (notamment l'élaboration, le suivi et l'évaluation du projet individuel des usagers relevant du groupe de référence)
13h35 – 21h15 Le samedi et le dimanche	Postes 7 et 8	Educateur spécialisé CESF	<p>Permanence éducative au foyer :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Accompagnement du lever des résidents (y compris distribution des traitements) - Ecoute, entretien de soutien pour les résidents restant au foyer - Activités au foyer - Suivi du groupe de référence (notamment l'élaboration, le suivi et l'évaluation du projet individuel des usagers relevant du groupe de référence)
8h50/12h30 – 13h15 / 17h15	Poste 9	Educateur spécialisé	<p>Accompagnements SAVS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Accompagnement des usagers de l'ESSOR nécessitant un étayage éducatif

Du lundi au vendredi		CESF	<p>important dans le cadre de leurs RDV extérieurs</p> <ul style="list-style-type: none"> - VAD - Suivi du groupe de référence (notamment l'élaboration, le suivi et l'évaluation du projet individuel des usagers relevant du groupe de référence - Participation aux réunions institutionnelles (notamment l'élaboration, le suivi et l'évaluation du projet individuel des usagers relevant du groupe de référence)
13h35 – 21h15 Du lundi au vendredi	Poste 10	<p>Educateur spécialisé</p> <p>CESF</p>	<p>Accompagnements SAVS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Accompagnement des usagers de l'ESSOR nécessitant un étayage éducatif important dans le cadre de leurs RDV extérieurs - VAD - Suivi du groupe de référence (notamment l'élaboration, le suivi et l'évaluation du projet individuel des usagers relevant du groupe de référence - Accompagnements d'activités à l'extérieur des services ESSOR - Participation aux réunions institutionnelles (notamment l'élaboration, le suivi et l'évaluation du projet individuel des usagers relevant du groupe de référence)

SASSUS

Nathalie

Décembre 2012

**Directeur d'établissements sanitaires, sociaux
et médico-sociaux**

Promotion 2011-2012

**Travailleurs sociaux et personnels paramédicaux : le travail
d'équipe en psychiatrie à l'épreuve de la pluridisciplinarité**

Résumé :

Créés il y a 40 ans par l'établissement public de santé mentale du département de la Vienne, les services ESSOR du Centre Hospitalier Laborit (CHL) ont développé autour d'un ESAT de 181 places une plate-forme de services visant à l'accompagnement médico-social de personnes en situation de handicap psychique.

Reconnus sur le territoire départemental pour leur savoir-faire en matière d'accompagnement des « handicapés psychiques, ces services se sont développés autour de personnels infirmiers et médicaux exerçant au sein du CHL.

Mais avec l'apparition de nouvelles compétences professionnelles au sein des services ESSOR, la traditionnelle présence infirmière est aujourd'hui bousculée. L'accompagnement médico-social ne se limite désormais plus à la seule prise en charge de la santé psychique des usagers et les services ESSOR doivent prendre un virage éducatif marqué pour répondre, de manière efficace et complète, aux multiples facettes des besoins de ceux-ci.

Face à ce défi, la mise en place d'une équipe d'accompagnement médico-social pluridisciplinaire apparaît comme une réponse adaptée, tant aux yeux des pouvoirs publics que des personnels appelés à collaborer pour la réussite de cette entreprise.

Néanmoins, cette volonté de pluridisciplinarité se heurte à des conceptions et des pratiques différentes voire concurrentes, profondément ancrées chez les personnels paramédicaux et les travailleurs sociaux composant l'équipe.

Il appartient alors au directeur de l'établissement de faire preuve de pédagogie, de créativité et de stratégie pour faire de la pluridisciplinarité le socle commun d'un accompagnement médico-social s'accordant pleinement aux besoins des usagers.

Mots clés :

Handicap psychique – psychiatrie – pluridisciplinarité – infirmiers – travailleurs sociaux

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.