



Mémoire de fin d'étude de la deuxième année de Master
Sous la direction de M. Guillaume JAUBERT

LE MANAGEMENT DES TRAVAILLEURS SOCIAUX EN ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTE MENTALE

Comment le cadre socio-éducatif donne-t-il une place au travail social dans le sanitaire ?

Date de soutenance : 18 octobre 2017

Composition des membres du jury :

Monsieur Stanislas WOCH

Président de jury
Responsable secteur sanitaire

Monsieur Guillaume JAUBERT

Maitre de conférences

Monsieur François CAPLIER

Directeur des Affaires Médicales, de la Qualité et des Relations
avec les Usagers
Etablissement Public de Santé Mentale de l'agglomération lilloise

Remerciements

Comme le veut la tradition, me voilà à remercier immensément et incommensurablement les personnes qui m'ont soutenue et suivie du début jusqu'à la fin de ma formation.

Merci aux collègues, professionnels et amis qui m'ont accompagnée durant ces deux années à la fois contraignantes et épanouissantes :

- François CAPLIER, Directeur de la DAMQRU et Secrétaire Général mais surtout instigateur de la créativité et de la bonne humeur
- Martine ®
- Anne-Sophie CASTRONOVO, reine de la qualité et du PowerPoint
- Maud PIONTEK et Maxime FOULON, accueillants communicants et experts en café
- Manon LAROZE, femme chocolat

Merci aux cadres socio-éducatifs qui ont bien voulu répondre à mes questionnaires :

- Didier MAHE, mon Cadre Bretono-Socio-Educatif préféré
- Hélène BRICE, collègue me suivant depuis maintenant des années
- Gino BECCARIA
- Barbara COEVOET

Merci aux formateurs qui m'ont accompagnée durant ces deux années :

- Guillaume JAUBERT, directeur de mémoire
- Stanislas WOCH, responsable du service de ma formation mais aussi incroyable communicant aux journées portes-ouvertes

Merci à tous ceux et celles qui m'ont supportée pendant deux ans, à rire, pleurer, hésiter et faire des choix.

Merci à Netflix ® qui a su égayer mes difficiles soirées d'écriture et de réflexion.

Sommaire

Remerciements.....	2
Préambule	1
Introduction	1
Partie I : La santé mentale ou comment s'articulent le soin et le travail social ?.....	3
1. Psychiatrie et travail social : deux domaines qui s'accordent.....	3
A. Histoire de la psychiatrie	3
B. La législation de la psychiatrie.....	5
2. Psychiatrie et travail social : des désaccords persistants.....	8
A. La loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire qui semble oublier la spécificité de la psychiatrie	9
B. Les Groupements Hospitaliers de Territoire, la problématique en psychiatrie.....	9
C. La Haute Autorité de Santé et la non prise en compte de la psychiatrie	10
3. Maintenir la place de la médecine sociale en psychiatrie.....	11
A. Être travailleur social en psychiatrie, un rôle spécifique	11
B. Mais aussi une place donnée	12
C. Un travail coordonné de coordination	14
4. Conclusion	14
Partie 2 : Le travail social en action dans les différents EPSM du GHT	15
1. Les dimensions officielles du travail	15
A. En quoi consiste le management ?.....	15
B. Le cadre légal.....	16
C. Les missions et compétences du Cadre Socio-Educatif.....	18
2. Les échanges avec les Cadres Socio-Educatif	21
A. La construction des questionnaires	21
B. L'administration du questionnaire	24
3. Analyse des résultats	24
A. De façon générales – description des établissements.....	25

B.	Les pratiques différentielles du management des travailleurs sociaux	26
C.	Les pratiques communes	31
4.	Conclusion	33
Partie 3 : cadrer le CSE pour mettre en valeur le travail social en psychiatrie		35
1.	Pourquoi harmoniser les pratiques ?.....	35
A.	Le management des savoirs pour favoriser la qualité des prestations	35
B.	La question de l'identité professionnelle pour construire une culture commune	36
C.	L'harmonisation des pratiques pour rendre cohérente la prise en charge sur un territoire	36
2.	Harmoniser les pratiques au plus près du CSE	37
A.	La fiche de poste, fondement et repère pour le CSE et pour l'établissement	37
B.	Un outil d'autoévaluation pour donner un repère aux CSE.....	41
3.	Harmoniser les pratiques sur le territoire donné	44
A.	Organiser le travail social au sein même des GHT	44
B.	Proposer des instruments conjoints et une mise en commun des pratiques	46
C.	Proposer une organisation nationale	47
Conclusion		49
Bibliographie		49
Annexes.....		I
1.	Annexe 1 – questionnaires administrés aux CSE du GHT de psychiatrie du Nord-Pas-De-Calais	II
A.	EPSM Lille Métropole	II
B.	EPSM de l'agglomération lilloise	V
C.	EPSM des Flandres.....	VII
D.	EPSM Val-de-Lys Artois	IX
2.	Annexe 2 : outil d'auto-évaluation à destination des Cadres Socio-Educatifs.....	XI

Table des figures et illustrations

Figure 1 : Les secteurs de psychiatrie adulte du Nord - Pas-De-Calais.....	6
Figure 2 : Le parcours des patients - mise en avant du travail social	13
Figure 3 : la place du cadre socio-éducatif en EPSM	20
Figure 4 : les EPSM du GHT psychiatrie Nord-Pas-De-Calais	25
Figure 5 : la participation du CSE aux instances stratégiques et/ou décisionnaires de l'établissement	28

Préambule

Va, chanson, à tire-d'aile
Au-devant d'elle, et dis lui
Bien que dans mon cour fidèle
Un rayon joyeux a lui,
Dissipant, lumière sainte,
Les ténèbres de l'amour
Méfiance, doute, crainte,
Et que voici le grand jour !
Longtemps craintive et muette,
Entendez-vous ? La gaîté,
Comme une vive alouette
Dans le ciel clair a chanté.
Va donc, chanson ingénue,
Et que, sans nul regret vain,
Elle soit la bienvenue
Celle qui revient enfin.

Paul Verlaine, La bonne chanson

Introduction

Ce travail a pour objectif de rendre compte du rôle et la fonction du travail social dans le champ de la psychiatrie hospitalière. Il prend appui sur un territoire de santé mentale cadré par les Groupements Hospitaliers de Territoire dans le Nord-Pas-De-Calais. Il doit servir « à la fois à révéler mes qualités d'observation et d'analyse et à démontrer mes capacités à communiquer »¹.

J'ai choisi de réaliser une étude relative au management des travailleurs sociaux en Etablissement Public de Santé Mentale (EPSM).

Les travailleurs sociaux sont considérés comme des “acteurs à part entière dans le champ de la santé mentale”². Néanmoins, le champ de la santé mentale fait partie avant tout du domaine de la santé.

Ce que je tente d'interroger ici, c'est alors la place du travail social dans l'organisation d'un Etablissement Public de Santé Mentale (EPSM). Cette place est paradoxale, car faisant partie du champ du médico-social et en même temps concourant de façon majeure à la prise en charge du patient.

Un orchestre se définit comme « Ensemble quelconque d'instruments³ » et, ajoute Emile LITTRE, « Il est une vérité incontestable, c'est qu'un orchestre n'est jamais parfaitement d'accord, [Fétis, Manuel des compos. III, 5] ⁴ ». Comment, en tant que spectateur peut-on entendre une musique mélodieuse et fluide si les parties ne s'entendent pas ?

L'organisation d'un établissement, quel qu'il soit, peut s'apparenter à celle d'un orchestre : c'est un ensemble d'éléments qui, même s'ils ne sont pas d'accord, donne une composition finale unique. Un orchestre ou un établissement fonctionne alors parce qu'il est harmonique, c'est-à-dire que ses différentes parties sont agencées, « de manière qu'elles concourent à une même fin ⁵ ».

Dans un établissement, le travail social peut sembler discordant, comme n'étant « pas d'accord » avec l'orchestre sanitaire. L'idée serait alors de donner au travail social dans un Etablissement Public de Santé Mentale (EPSM) une place singulière mais qui s'accorde

¹ Modalités de mémoire - Master Ingénierie de la Santé, Master Nutrition et Sciences des Aliments, Master Management Sectoriel – Modalités de rédaction, année 2016/2017.

² Direction générale de la santé, direction générale de l'action sociale, Souffrance et troubles psychiques : rôle et place du travailleur social, octobre 2005, SICOM 05102 Parimage, p.9 : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/travailleur_social.pdf

³ Définition du terme « orchestre », LITTRE E., Dictionnaire de la langue française.

⁴ Ibid

⁵ Définition du terme « harmonie », LITTRE E., Dictionnaire de la langue française.

avec le Tout que fait l'établissement. La personne la mieux placée pour cela, en EPSM, est le cadre socio-éducatif. Il se situe entre le directeur – chef d'orchestre de l'organisation – et les travailleurs sociaux, ces musiciens qui concourent à la même mélodie : le soin des patients souffrant de troubles psychiques.

Faisant le constat que le travail social est une part importante de la prise en charge, je me suis interrogée sur sa place en établissement public de santé mentale. La personne la plus à même d'organiser et de comprendre le travail social dans ces établissements est le cadre socio-éducatif. En les interrogeant, j'ai cherché à connaître leurs pratiques managériales afin de repérer les points communs et les pratiques différentielles afin de construire un état des lieux du management des travailleurs sociaux en EPSM. Cela m'a permis d'ouvrir mon écrit sur quelques perspectives.

Dans un premier temps, je reviendrai sur **la place du travail social en Etablissement Public de Santé Mentale (EPSM) (partie I)**. Nous verrons que, finalement, cette idée de travail social même si elle était exprimée autrement, existe depuis bien longtemps. Cela m'amènera à interroger **l'organisation du travail social en Etablissement Public de Santé Mentale aujourd'hui (partie II)**. Avec l'apparition des Groupements Hospitaliers de Territoire, le travail social doit être repensé pour à la fois participer à la mélodie d'un établissement, mais aussi à celle d'un territoire plus large. En observant la prise en charge du travail social dans les établissements, ainsi que la place des cadres socio-éducatifs, je trouverais peut-être des éléments facilitateurs mais aussi des obstacles à l'épanouissement du travail social en Etablissement Public de Santé Mentale. Ces observations seront alors l'occasion pour moi de proposer des **améliorations possibles (partie III)**, autant d'instruments dont pourront se servir les cadres socio-éducatifs pour faire entendre leur mélodie.

Partie I : La santé mentale ou comment s'articulent le soin et le travail social ?

1. Psychiatrie et travail social : deux domaines qui s'accordent

Dans un premier temps, il semble important de revenir sur l'histoire de la psychiatrie et sur ce qui a *composé* la psychiatrie, tant sur le plan de l'accompagnement et de la prise en charge, que sur le plan organisationnel et sociétal.

Ce cheminement met en avant le rapprochement naturel qui s'est effectué entre psychiatrie et travail social. Chronologiquement ces deux domaines se sont ajustés, cadencés par une législation structurante. Toutefois, des dissemblances subsistent, ce qui rend l'accompagnement des personnes et la place des professionnels troubles, créant des enjeux de management.

A. Histoire de la psychiatrie

a. DE LA DEMONOLOGIE A L'ACCEPTATION DE LA MALADIE⁶

La psychiatrie a connu des difficultés à trouver sa place en occident. Le fait que des personnes atteintes d'une maladie organique ayant des conséquences psychiques a été difficile à entendre. Au XVème siècle les médecins parlaient de « *démonologie* », ne voyant chez les personnes en souffrance qu'une forme de sorcellerie. Il aura fallu une résistance pour intégrer l'idée que ces derniers souffraient de maladies psychiques. Cette pensée a évolué au fur et à mesure qu'a évolué l'idée d'une liberté individuelle. **C'est Johann Christian Reil, en 1803, qui le premier mit un mot sur le phénomène : « psychiatrie ».**

b. VERS UNE PRISE EN COMPTE DE LA PART SOCIALE DE LA MALADIE

Philippe PINEL (1745-1826), docteur en « médecine des fous », est considéré comme le découvreur de la psychiatrie moderne. C'est suite à ses études que les malades furent sortis des prisons pour intégrer l'asile. Cela illustre une avancée de la pensée, qui ouvrit la porte aux recherches médicales et qui redonna au patient sa place dans la société : les fous vont recevoir une aide adaptée à leurs besoins. **C'est le début de la prise en compte de la part sociale de la psychiatrie.**

En parallèle, la question sociétale vient jouer un rôle fondamental dans la prise en charge des troubles psychiques. En effet, outre le côté médical se construit également une volonté

⁶ Pour plus d'informations, consulter FOUCAULT M., Histoire de la folie à l'âge classique, Galimard.

de cadrer une population dérangement. Il faut faire la distinction entre trois types de médecine, comme le souligne Patrice PINELL dans son article *La Genèse du champ médical : le cas de la France (1795-1870)*⁷ :

- **La médecine clinique** comme « *la production de connaissances scientifiques sur la maladie. Il s'agit de définir des entités morbides, d'en décrire les lésions, de distinguer des formes cliniques et d'établir des classifications* ⁸ ». Nous sommes dans un aspect médical, avec une symptomatologie déterminée et un rapport aux soins important dans la prise en charge. C'est le soin qui prime ici.
- **La médecine légale** comme « *détermination de données médicales utiles à la police et à la justice en cas de crime* ⁹ ». Ici nous nous situons dans un cadre contraignant pour la population, à savoir la prise en compte des difficultés engendrées par les patients dangereux. C'est la protection de la société qui importe.
- **La médecine sociale** comme une « *approche « populationnelle » de la maladie (Lécuyer, 1986). Des chaires d'hygiène sont ouvertes dans chacune des trois écoles de santé, et des conseils d'hygiène et de salubrité mis en place à Paris, puis dans les principales villes de province* ¹⁰ ». C'est une médecine préventive, prenant en compte le contexte pour protéger les personnes dans leur environnement.

Ces trois médecines s'accordent alors autour de la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques.

C. LA PSYCHIATRIE AUJOURD'HUI

Aujourd'hui, la psychiatrie se définit comme une branche de la médecine ayant pour objet la « *vie de relation* ¹¹ » de l'homme. Elle prend en considération son intégration qui assure « *l'autonomie et l'adaptation de l'homme dans les conditions de son existence* ¹² ». **Nous sommes donc dans une prise en compte de l'ensemble de l'être : pas uniquement malade, mais aussi sujet évoluant dans un contexte toujours changeant.**

C'est l'approche populationnelle qui prend de l'ampleur et donc ce que j'ai identifié comme étant la médecine sociale. Au-delà de cette prise en charge, le cadre légal a également évolué afin de gérer les troubles psychiques et les patients qui y sont associés. La médecine

⁷ PINELL P., *La Genèse du champ médical (1795-1870)* in *Revue française de sociologie*, 2009, VI. 50, consultable sur le site du Cairn : <https://www.cairn.info/revue-francaise-de-sociologie-1-2009-2-page-315.htm#no45>

⁸ *Ibid*

⁹ *Ibid*

¹⁰ *Ibid*

¹¹ EY Henri, BERNARD P., BRISSET Ch., *Manuel de psychiatrie*, 6ème édition, Paris : Masson, 1989, p.66.

¹² *Ibid.*

clinique quant à elle reste fondamentale en psychiatrie pour le soin des troubles distingués. Les trois médecines repérées s'accordent donc harmonieusement dans la prise en charge des troubles psychiques. C'est la législation – associée à la médecine légale – qui vient cadrer les différentes prises en charge.

B. La législation de la psychiatrie

a. LA LOI SUR LES ALIENES QUI « HUMANISE » LA PSYCHIATRIE

La première grande loi encadrant le champ psychiatrique date du 30 juin 1838. C'est la « *loi sur les aliénés* ¹³ ». Elle permet une organisation de la prise en charge : avant 1838 toute personne pouvait se faire hospitaliser sur prétexte de folie. Cette loi dans le secteur psychiatrique permet l'institution de nouveaux établissements par département et de meilleures conditions d'internement. C'est avec elle que sont apparues les notions de « *placement volontaire* » et de « *placement d'office* ». Cette loi sera valide jusqu'en 1990. A travers ces perspectives, c'est aussi celle qui va permettre une gestion de la société et surtout une considération des patients créant :

« *Un espace hybride où médecine clinique et médecine sociale s'articulent, surtout après que la loi de 1838 a donné un statut juridique aux fous et institutionnalisés la médecine asilaire* »¹⁴

L'articulation entre travail social et médecine clinique associée aux troubles psychiques est pleinement institutionnalisée. **Il faut désormais prendre en charge le patient dans sa maladie mais aussi au regard de la société et du contexte qui l'entoure.** La médecine légale s'efface peu à peu, ne restant en place que pour les patients ayant des troubles pouvant mettre en péril leur personne ou leur entourage.

Les deux grandes lois qui régissent ensuite le système psychiatrique en France sont la loi sur la sectorisation en psychiatrie de 1960 et celle sur les modes d'admission de 2011.

b. LA SECTORISATION POUR OPTIMISER LE PARCOURS DE SOINS

La première réorganise le système psychiatrique : la France est divisée en secteurs correspondant à des zones géographiques. Ainsi par exemple le Nord-Pas-De-Calais est

¹³ <http://psychiatrie.crupa.asso.fr/7>

¹⁴ PINELL P., *La Genèse du champ médical (1795-1870)* in *Revue française de sociologie*, 2009, VI. 50, consultable sur le site du Cairn : <https://www.cairn.info/revue-francaise-de-sociologie-1-2009-2-page-315.htm#no45>

divisé en plusieurs secteurs dont les soins sont pris en charge par différents établissements suivant la zone géographique :



Figure 1 : Les secteurs de psychiatrie adulte du Nord - Pas-De-Calais

La sectorisation permet la proximité des soins pour le patient mais elle permet aussi la création de structures qui complètent les asiles psychiatriques : un patient peut voir son médecin psychiatre en Centre Médico-Psychologique (CMP) et suivre des activités thérapeutiques en Hôpital de Jour (HdJ). **La sectorisation optimise la prise en charge individualisée des personnes accueillies en psychiatrie.**

Cette organisation illustre la place « à part » de la psychiatrie. En effet, en Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO), le besoin d'une santé de proximité n'a pas été légiféré. La sectorisation facilite la prise en charge des patients qui ont des difficultés à se rendre sur leur lieu de soins (déli de la maladie, difficultés à se déplacer, etc.). Elle favorise les soins des personnes en souffrance psychique et met en avant le travail social à effectuer avec les patients. **Ce n'est plus le patient qui va vers la psychiatrie mais l'inverse** : les travailleurs sociaux vont eux aussi auprès des personnes.

La médecine clinique reste le fondement de la prise en charge en psychiatrie. Toutefois elle laisse une place à la médecine sociale dans la prise en charge des patients souffrants de

troubles psychiques, 80% d'entre eux étant pris en charge en ambulatoire aujourd'hui.

c. LES DROITS ET LA PROTECTION DES PERSONNES QUI S'AMPLIFIENT

La deuxième loi fondamentale pour la psychiatrie date du 5 juillet 2011¹⁵. Elle a modifié les formes de prise en charge des patients : l'hospitalisation sous contrainte et sur demande d'un tiers deviennent des Soins sur Demande du Représentant de l'Etat (SDRE) et Soins sur Demande de Tiers (SDT). Ces modes de prise en charge ont été redéfinis : la notion de liberté est plus présente avec l'obligation de faire intervenir le juge des libertés dans le cadre d'une hospitalisation sous contrainte. Cette loi a été appuyée par une nouvelle loi en 2013 qui encadre plus précisément l'hospitalisation sous contrainte (contrôle du juge des libertés, création de collège de psychiatrie, instauration de périodes d'observation, etc.). Ces deux lois permettent à la fois une contenance des patients problématiques et une ouverture à la vie sociale, le patient pouvant être en soins sous contrainte en étant sorti de l'établissement.

Enfin, l'impression d'une convergence entre médecine légale et médecine sociale refait surface : le cadre légal se pose pour une prise en charge des patients « errants » mais également pour une prise en charge plus « humanisée » en psychiatrie. Le travailleur social y trouve donc toute sa place.

d. LA PLACE DONNEE AU TRAVAIL SOCIAL EN PSYCHIATRIE

Ce n'est que récemment que le travailleur social a trouvé sa *fonction* dans le milieu hospitalier. Le décret de 1993¹⁶ porte une attention au personnel socio-éducatif dans le secteur sanitaire. C'est la naissance d'une prise en charge des patients dans leur globalité : les travailleurs sociaux (prenant en compte la maladie des personnes accueillies) participent à la prévention, l'éducation et à l'insertion des personnes souffrant de troubles psychiques¹⁷.

Le décret est abrogé en 2014 et remplacé par un autre portant sur le statut particulier du corps des assistants socio-éducatifs de la fonction publique hospitalière¹⁸. C'est un décret revalorisant les carrières des personnels de la filière socio-éducative en établissement public de santé. **Le travail social en Etablissement Public de Santé Mentale est de plus**

¹⁵ Loi n° 2011-803 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge

¹⁶ Le décret n° 93-652 du 26 mars 1993 :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006081873> .

¹⁷ Pour mieux comprendre la maladie et ses enjeux : THUILLIEZ J., La folie, histoire et dictionnaire, Robert Laffont, 1999.

¹⁸ Décret n 2014-101 du 4 février 2014 portant statut particulier du corps des assistants socio-éducatifs de la fonction publique hospitalière :

https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?sessionId=CA8DCF2DDFFA4EA6CE8930E070534E24.tpdila12v_3?cidTexte=JORFTEXT000028565963&dateTexte=20140206

en plus reconnu.

L'histoire et l'évolution de la psychiatrie font montre d'une trajectoire convergente : la prise en charge de la maladie psychique s'est tournée au fil du temps vers une prise en charge sociale. **Ainsi la médecine clinique et la médecine sociale s'harmonisent-elles sur la partition de la psychiatrie pour donner une prise en charge du patient adaptée.** Historiquement, les travailleurs sociaux se sont naturellement rapprochés de la prise en charge des troubles psychiques. La médecine sociale a alors permis d'instaurer le côté préventif aujourd'hui prégnant en psychiatrie : prévenir et cadrer la maladie psychique pour que le patient soit à la fois libre mais au plus près de son espace de soins.

De même que son histoire, la législation de la psychiatrie est elle aussi « parlante ». Au fil des lois et du temps, les malades psychiques sont pris en charge de façon plus organisée dans une société évoluant. **La législation vient rythmer la prise en charge en psychiatrie pour donner une tonalité plus juste à l'accompagnement des patients.** La médecine légale laisse plus de place à la médecine sociale dans ce domaine quand la médecine clinique reste le fondement de toute prise en charge médicale.

2. Psychiatrie et travail social : des désaccords persistants

Outre ces textes de loi le champ de la psychiatrie est aussi régi par les mesures globales, les deux plus importantes dernièrement étant la loi Hôpital-Patient-Santé-Territoire de 2009 et la loi de modernisation du système de santé en 2015. Ces deux lois ont permis une harmonisation du système de santé sur le territoire français. En même temps, elles assurent aux patients une prise en charge adaptée : adaptation au contexte sanitaire du territoire, coordination des acteurs de santé pour une optimisation du parcours patient.

En parallèle, la gestion des risques a évolué et la Haute Autorité de Santé (HAS) encadre les établissements sanitaires. Cependant la HAS prend plus en compte la médecine clinique et englobe la psychiatrie dans ce domaine. **De fait, la médecine sociale, plus prépondérante en psychiatrie, semble parfois omise dans les décisions publiques, envoyant un message contradictoire aux professionnels de psychiatrie.**

A. La loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire qui semble oublier la spécificité de la psychiatrie

Elle a profondément modifié l'organisation interne des hôpitaux et donc des EPSM. Les instances décisionnaires sont modifiées, ainsi que l'organisation. L'accent est mis sur la qualité et la sécurité des soins et les modalités d'organisation et de gestion des Ressources Humaines. La création des Agence Régionales de Santé est effective, elles vont permettre d'orienter la stratégie des établissements au regard de la situation du territoire de santé. Pour mieux organiser et coordonner la prise en charge des patients, de nouveaux outils de coopération sont mis à disposition des professionnels.

Néanmoins, malgré la délégation aux régions de la gestion du système de santé, **la place de la psychiatrie n'est pas nécessairement prise en compte**. Les territoires de santé repérés dans la loi sont géographiquement plus larges que les territoires de psychiatrie sur les secteurs. Ainsi à travers cette loi la médecine clinique prend-elle le dessus sur la médecine sociale. **Car finalement la spécificité sociale de la psychiatrie et de ses patients semble oubliée à travers une prise en charge globale du système de santé.**

B. Les Groupements Hospitaliers de Territoire, la problématique en psychiatrie

En 2015 est née la loi de modernisation de notre système de santé. L'objet fondamental de cette loi est le Groupement Hospitalier de Territoire. Il doit permettre une optimisation du parcours de soins par le biais de deux outils notamment : un projet médical partagé et une stratégie de groupe. L'idée essentielle de cette loi est que :

« *Chacun de nos concitoyen doit pouvoir accéder aux meilleur soins au meilleur moment et au meilleur endroit* ¹⁹ »

Les établissements de santé doivent conclure à une stratégie de groupe afin de mener une coopération permettant une prise en charge optimale des patients et cela doit se retrouver dans le projet médical partagé.

Nombreux sont les Etablissements Publics de Santé Mentale qui demandent une dérogation à la mise en place des GHT. En effet, l'organisation, le fonctionnement et les flux liés à la psychiatrie sont différents de ceux qui sont liés à la Médecine – Chirurgie – Obstétrique, ou devrais-je dire à une médecine beaucoup plus clinique. Cette non-prise en compte de la

¹⁹ GHT #coopération #projet médical partagé, flyer distribué par le Ministère des Affaires sociales et de la santé, disponible sur : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/flyer_ssa_2016_-_a4_-_ght.pdf

spécificité de la psychiatrie place le secteur à part dans son organisation.

Le Nord-Pas-De-Calais compte 4 Etablissements Publics de Santé Mentale :

- L'EPSM de l'agglomération lilloise
- L'EPSM de Lille-Métropole
- L'EPSM Val-de-Lys Artois de Saint Venant
- L'EPSM des Flandres de Bailleul

Ces quatre établissements ont demandé une dérogation à l'Agence Régionale de Santé du Nord-Pas-De-Calais afin de créer un GHT spécifique à la psychiatrie. Cette dérogation est autorisée en 2016 pour une mise en œuvre en 2017. Le GHT psychiatrie Nord-Pas-De-Calais est créé et les EPSM du Nord et du Pas-De-Calais doivent définir une stratégie de prise en charge territoriale et une fluidité du parcours patient sur les secteurs.

Les EPSM doivent s'organiser pour mettre en avant eux-mêmes la spécificité de leur domaine d'intervention et la part sociale du travail effectué en psychiatrie.

C. La Haute Autorité de Santé et la non prise en compte de la psychiatrie

La Haute Autorité de Santé (HAS) est « *une autorité publique indépendante qui contribue à la régulation du système de santé par la qualité* ²⁰ ». C'est l'instance incontournable des établissements de santé puisque la HAS peut demander à un établissement de modifier son organisation pour correspondre à celle qui devrait être en santé (par le biais d'obligation d'amélioration par exemple ²¹). La HAS se présente donc comme une autorité globale régissant le système de santé dans son ensemble. Toutefois un manque de prise en compte de la psychiatrie a pu être constaté lors de certaines visites :

« *Nous avons (...) été soumis au même régime que les autres établissements : (...) nous devons répondre à des questions sur les dons et prélèvements d'organes (...). Il est très intéressant d'être évalué et de chercher à améliorer le service public : encore faut-il que les critères correspondent ! Ceci démontre qu'il existe bel et bien une spécificité de la psychiatrie et de la santé mentale.* ²² »

²⁰ Présentation de la Haute Autorité de Santé sur son site internet : <https://www.has-sante.fr/portail/>

²¹ Voir les explications sur le site de la HAS concernant les résultats de certification : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_978697/fr/les-resultats-de-certification

²² M. HALOS J., Ancien président de l'Adesm (Association Des Etablissements participant au Service public de Santé Mentale), auditionné pour les comptes rendus de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale, disponibles sur le site du Sénat : <https://www.senat.fr/compte-rendu-commissions/20130923/mecss.html>

Cela peut troubler l'organisation des établissements, parfois amenés à mettre en avant des axes de travail qui ne sont pas prioritaires pour l'amélioration de la prise en charge.

L'aspect social de la psychiatrie est parfois oublié pour mettre en avant l'aspect clinique dans l'organisation du système de santé. Cela illustre le fait que la psychiatrie, par son aspect intermédiaire entre clinique et social, est une question à prendre en compte par le cadre qui lui est donné. D'une part la psychiatrie maintient son aspect particulier de ce que nous pouvons appeler médecine sociale, d'autre part, cette spécificité est oubliée dans les textes récents et fondamentaux qui régissent l'organisation du système de santé et donc de la médecine clinique.

De fait, cette place intermédiaire de la psychiatrie crée des enjeux pour les travailleurs sociaux et leur organisation.

3. Maintenir la place de la médecine sociale en psychiatrie

Le paradoxe de la psychiatrie amène le travailleur social et son manager à prendre une place particulière dans ce domaine d'intervention. Il sera alors intéressant de voir ce que font aujourd'hui les travailleurs sociaux comme accompagnement en psychiatrie en évoluant entre les deux médecines qui sont plus tôt repérées. Leur manager sera alors le premier violon qui organise la prise en charge sociale dans le milieu sanitaire.

Ainsi nous verrons ensemble que le travailleur social et son manager en psychiatrie sont peut-être ceux qui maintiennent ou font le lien entre la médecine sociale et la médecine clinique dans les domaines de la psychiatrie et de la santé mentale.

A. Être travailleur social²³ en psychiatrie, un rôle spécifique

Les travailleurs sociaux ont pour rôle de « [Contribuer] à la prévention et au traitement des problèmes sociaux dans le cadre d'actions individuelles ou collectives, en lien avec l'environnement social et institutionnel ²⁴. » Concrètement, leur métier se traduit par (si besoin) : un diagnostic social, un accompagnement administratif, un accompagnement éducatif au quotidien, un accompagnement vers la professionnalisation, une aide à l'insertion sociale (par le sport, la culture, les loisirs, etc.).

C'est la raison pour laquelle les travailleurs sociaux interviennent essentiellement en

²³ Le travailleur social est aussi appelé « assistant socio-éducatif », termes qui correspondent au Référentiel Interministériel des Métiers de l'Etat.

²⁴ Direction Générale de l'Administration et de la Fonction Publique, Les Métiers de l'Etat, 2006, Stud'imprim, disponible sur : http://www.fonction-publique.gouv.fr/files/files/publications/politiques_emploi_public/rime/Rime_2010.pdf

ambulatoire ²⁵ : dans les structures extrahospitalières ou au domicile du patient.

Ainsi ils gèrent les risques liés à la santé mentale afin d'appréhender une prise en charge psychiatrique. Ils interviennent en prévention ou en protection d'un risque : ils guident les patients dans leur vie sociale pour éviter ou accompagner les écueils. Ils ne participent pas au programme de soins, mais ils y contribuent en y apportant leurs réponses possibles afin que le patient voie l'aboutissement de son projet personnel.

Ainsi le travailleur social répond aux problématiques globales du patient, tout en ne contredisant pas les prescriptions ou diagnostics médicaux qui sont donnés.

B. Mais aussi une place donnée

Les travailleurs sociaux représentent 6% des professionnels ²⁶ qui interviennent dans la prise en charge des patients en santé mentale.

Le schéma suivant pointe la place prise par le travail social dans le parcours de soins du patient pris en charge en Etablissement Public de Santé Mentale :

²⁵ Etymologiquement : « qui n'a pas de siège fixe » (LITTRE E., définition du terme « ambulatoire », Dictionnaire de la langue française, 1873). L'hospitalisation en ambulatoire désigne ici un accompagnement des patient en dehors de l'hôpital par le biais des différentes structures accueillantes : Hôpitaux de Jour, Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel, Centre Médico-Psychologique.

²⁶ Source : INSEE, chiffres-clefs sur la prise en charge de la santé mentale en établissement de santé : indicateurs par thèmes, 2008, disponible sur : http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat155_partie4-2.pdf

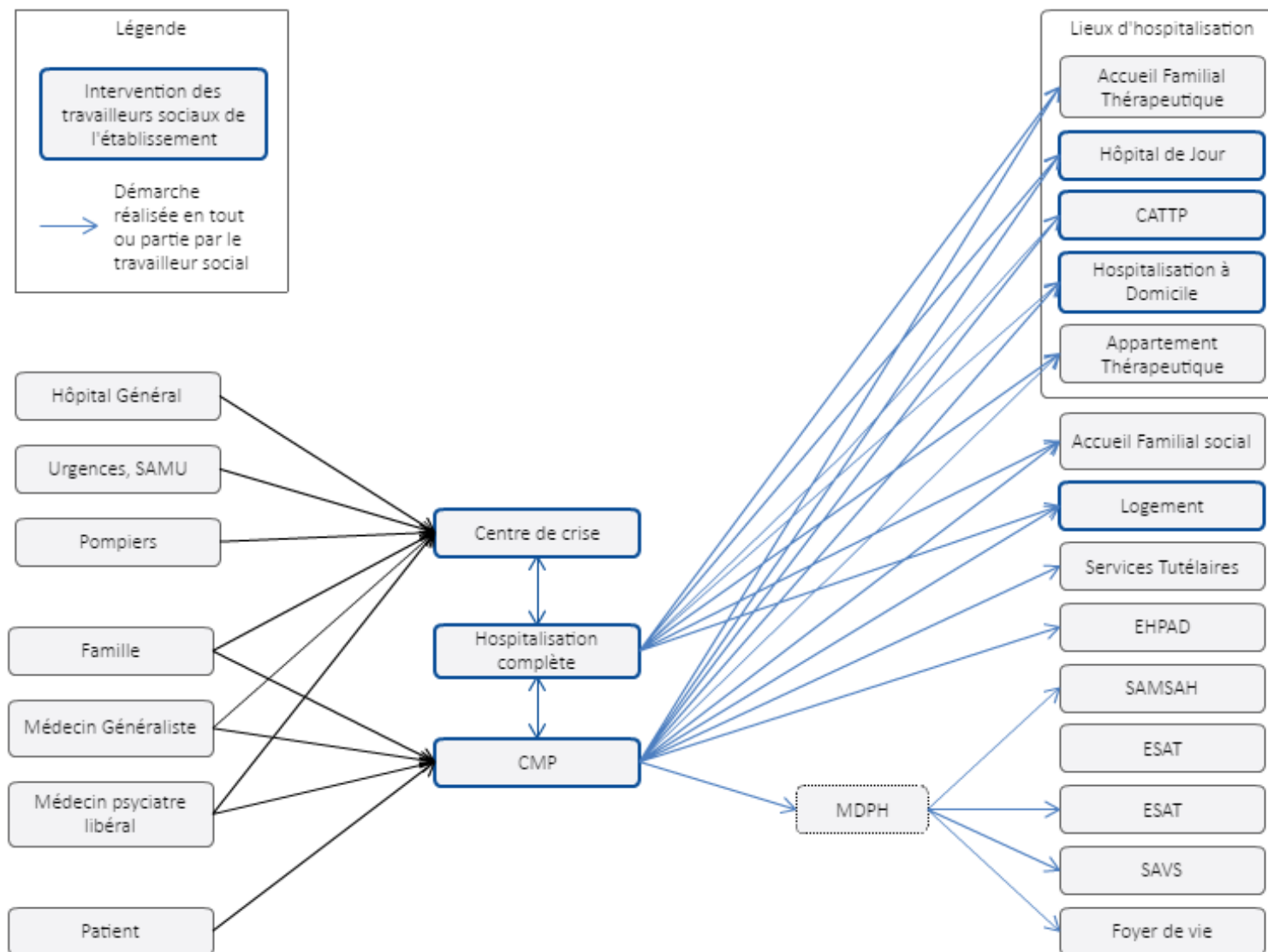


Figure 2 : Le parcours des patients - mise en avant du travail social 27

²⁷ Schéma inspiré du parcours de soins du patient présenté aux journées de la Buissières 2013 (Dr PERON S., Le Parcours de Soins du patient, juin 2013, disponible sur : http://www.cme-psy.org/sites/default/files/fichiers/s_peron_parours_de_soins_graphique.pdf) et adapté au sujet.

Les travailleurs sociaux interviennent essentiellement après une première approche et tout au long du parcours du patient, de son arrivée jusqu'à après sa sortie.

C. Un travail coordonné de coordination

En 2002, le Ministère de l'emploi et de la solidarité soulignait l'importance croissante que prenait et que devait prendre le travail social en psychiatrie en concluant sur le :

« Nécessaire développement de partenariat et de réseaux locaux entre les différents professionnels sanitaires spécialisés, les acteurs de soins primaires et les intervenants des champs éducatif, social et médico-social, pour améliorer la prise en charge des personnes en souffrance psychique.²⁸ »

Finalement, le travailleur social réalise un travail important de coordination entre tous les acteurs de la prise en charge, et notamment avec les acteurs de la médecine clinique. En effet, le travailleur social est expert dans la relation d'aide et d'accompagnement, mais non formé à la prise en charge médicale des patients.

Il est alors au cœur de la problématique soulevée entre médecine sociale et médecine clinique. Il doit maintenir un lien entre les deux en accompagnant le patient vers la société, tout en maintenant son lien privilégié avec le soin. Le travail social trouve tout son sens.

4. Conclusion

La médecine clinique et la médecine sociale en santé mentale se sont toujours accordées ensemble. Leur mélodie s'articule pour donner à la prise en charge du patient tout son sens. Toutefois, elles peuvent paraître dissonantes : la médecine sociale est parfois oubliée dans la législation quand la médecine clinique l'assourdit dans l'organisation. Ce sont les travailleurs sociaux qui semblent donner la gamme à la partition de la prise en charge pour donner un ensemble juste dans l'accompagnement du patient.

Cependant, s'il maintient le lien entre médecine clinique et médecine sociale, le travailleur social apparaît passif dans cette dynamique – presque comme s'il la subissait. Il est intéressant de se rapprocher du manager des travailleurs sociaux en EPSM, le Cadre Socio-Educatif, puisque c'est lui qui dirige et harmonise le lien entre ces deux médecines.

²⁸ <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/024000452.pdf>

Partie 2 : Le travail social en action dans les différents EPSM du GHT

Afin de réaliser une enquête qui soit pertinente je me suis basée sur le livre de Christelle Avril, Marie Cartier et Delphine Serre, Enquêter sur le travail ²⁹. Il m'a fallu **dans un premier lieu repérer le cadre donné au travail du Cadre Socio-Educatif (CSE)** ³⁰, c'est-à-dire les « *dimensions officielles du travail (...) [qui] recouvrent notamment les prescriptions, c'est-à-dire les consignes émanant de la hiérarchie en direction des travailleurs* ». Ces consignes se retrouvent dans les fiches de poste et dans le projet d'établissement. Ces recherches me permettront de contextualiser l'intervention du (CSE) au sein de son établissement et de cerner les missions liées à son intervention.

Par la suite, il me fallait **observer la mise en œuvre de leur travail**. Pour cela, j'ai interrogé les quatre cadres socio-éducatifs du GHT de psychiatrie du Nord-Pas-De-Calais sur la façon concrète dont ils agissent pour prendre et donner la place au travail social dans leur établissement. Ces échanges avec eux me permettront de saisir la façon dont ils établissent une place au travail social dans l'établissement mais aussi de percevoir les points communs et les différences dans leur mode d'action.

En procédant de cette façon, je pourrai alors envisager les perspectives possibles, à la fois dans le cadre d'un établissement donné, mais aussi dans le cadre du GHT naissant en psychiatrie dans le Nord-Pas-De-Calais.

1. Les dimensions officielles du travail

Il faut repartir sur une globalité (qu'est-ce que le management ?) pour pouvoir ensuite faire le point sur le rôle spécifique du CSE en psychiatrie. Nous verrons alors que c'est le CSE qui tient et maintient la médecine sociale au sein de la médecine clinique en psychiatrie.

A. En quoi consiste le management ?

Le management est l'action de manager, terme qui vient de l'anglais *to manage* signifiant

²⁹ AVRIL C., CARTIER M., SERRE D., Enquêter sur le travail, Edition La Découverte, Collection Repères, Paris 2010.

³⁰ Je ne fais pas la distinction entre Cadre Socio-Educatif (CSE) et Cadre Supérieur Socio-éducatif (CSSE) pour des questions de compréhension globale. Bien que le CSSE ait plus de responsabilités, des horaires de travail plus fournis et quelques missions spécifiques, dans le cadre de mes recherches je me suis basée sur les missions globales auxquelles les deux doivent répondre : organiser le service et la stratégie du travail social dans l'EPSM dont il dépend.

« gérer ». Il peut être défini comme :

« *Le pilotage global de l'organisation à travers un ensemble de politiques de production (...) cohérentes entre elles et qui convergent dans le sens du projet stratégique et se traduisent dans la culture organisationnelle* ³¹ ».

Le management des travailleurs sociaux sera considéré ici comme la façon de conduire les travailleurs sociaux dans le tout qu'est un Etablissement Public de Santé Mentale et de créer des liens entre tous les éléments qui cadrent leur travail. Il va donc consister à situer le travail social dans l'établissement par le biais d'outils, d'instances et de représentations.

De façon générale, le manager a des compétences qui se distinguent selon quatre catégories d'après l'ouvrage de Stephen ROBBINS et David DECENZO ³² :

Catégories	Définition des compétences selon ROBBINS et DECENZO
Conceptuelles	Capacité mentale à coordonner l'ensemble des intérêts et activités de l'organisation
Interpersonnelles	Capacités à travailler en équipe, comprendre autrui, servir de mentor et motiver, tant au niveau individuel que collectif
Techniques	Capacité à employer des outils, des procédures et des techniques propres
Politiques	Capacité à s'assurer une base de pouvoir et à établir les contacts opportuns

Deux dimensions surgissent ici :

- **La dimension individuelle du manager** : sa capacité à *être* et à se construire une place dont il a besoin pour réaliser ses missions
- **La dimension globale du manager** : sa capacité à interagir avec l'environnement pour adapter ses pratiques au contexte

Ces compétences doivent alors s'harmoniser avec les missions et fonctions du Cadre Socio-Educatif en établissement public de santé.

B. Le cadre légal

La fonction de CSE est définie par le décret du 11 mai 2007 portant statut particulier du

³¹ BAYLE E., 2007. Essai de définition du management des organisations sportives : objet, champ, niveaux d'analyse et spécificité des pratiques managériales, Edition De Boeck Supérieur, p.59.

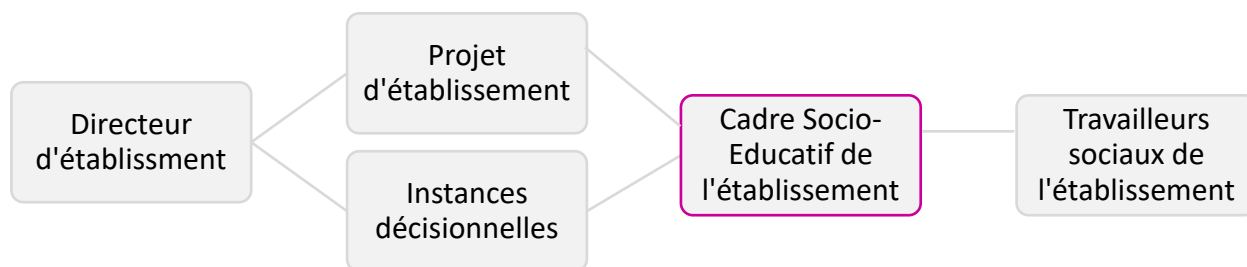
³² ROBBINS S., DECENZO D., Management – L'essentiel des concepts et des pratiques, 6^{ème} édition, Pearson Education, Paris, 2008, p. 38.

corps des cadres socio-éducatifs de la fonction publique hospitalière :

« [Ils] exercent des fonctions correspondant à leur qualification et consistant à encadrer des agents du grade inférieur ou les personnels éducatifs et sociaux en fonction dans un établissement, ou à diriger une ou plusieurs unités d'un établissement.

Sous l'autorité du directeur d'établissement, ils sont responsables de l'organisation et du fonctionnement du service social et du service éducatif de l'établissement.³³ »

Le CSE est donc l'interface entre le directeur de l'établissement et les travailleurs sociaux. Son action est définie par la loi mais aussi par la stratégie décidée au sein de l'établissement à travers le projet d'établissement et les instances décisionnaires et organisationnelles (Direction Générale, directoire, conseil de surveillance, Commission Médicale d'Etablissement [CME]).



Le décret n° 93-651 aborde quant à lui le statut particulier des cadres socio-éducatifs de la fonction publique hospitalière :

« Ils participent à l'élaboration du projet d'établissement, ainsi que des projets sociaux et éducatifs. Ils participent à la définition des orientations relatives à la collaboration avec les familles et les institutions. Ils présentent chaque année au directeur de l'établissement un rapport d'activité du service. »³⁴

³³ Décret n°2007-839 du 11 mai 2007 portant statut particulier du corps des cadres socio-éducatifs de la fonction publique hospitalière, disponible sur :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000793380&dateTexte=>

³⁴ Décret n°93-651 du 26 mars 1993 portant statut particulier des cadres socio-éducatifs de la fonction publique hospitalière, lisible sur LegiFrance :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000361283>

Au-delà des missions d'encadrement et d'organisation, les CSE ont alors aussi une mission plus globale au sein de la fonction publique hospitalière : participer à l'élaboration et à la stratégie de la politique d'établissement. Ils assistent donc le Directeur Général dans ses missions. Leurs fonctions se déclinent en conséquence sur deux niveaux :

- **De façon particulière, voire individuelle** : encadrer les travailleurs sociaux
- **De façon plus globale** : être garant de l'organisation et du fonctionnement du service social et éducatif de l'établissement

C. Les missions et compétences du Cadre Socio-Educatif

Outre les compétences liées au management, ces deux niveaux se retrouvent dans le référentiel métier du Cadre Socio-Educatif et se déclinent selon la fiche métier de « *Responsable des services socio-éducatifs* » de la Fonction Publique Hospitalière ³⁵. Les activités du Cadre Socio-Educatif y sont décrites de façon globale : définition et mise en œuvre de la politique, organisation et suivi, gestion des moyen et des ressources...

C'est la fiche de poste des CSE qui va régir leurs fonctions de façon individuelle au sein des établissements. Elle définit les rôles et les responsabilités du cadre socio-éducatif dans l'établissement. Dans celle-ci sont mentionnées les missions des cadres, les liens hiérarchiques, les prérequis (formations, expérience, etc.) et les objectifs du poste ³⁶.

On retrouve dans ces fiches une partie « technique » à savoir la formation requise ainsi que les corps de métiers qui sont rattachés au service socio-éducatif ainsi qu'au cadre socio-éducatif. Les missions se retrouvent dans chacune des fiches de poste, formulées différemment mais avec un sens commun :

- Assurer l'organisation du service
- Repérer les problématiques sociales et proposer un plan d'actions
- Participer à l'élaboration du projet d'établissement
- Etc.

Les missions ou objectifs sont le reflet des différents textes de loi mentionnés plus haut. Deux des fiches de poste mentionnent les instances auxquelles le CSE doit participer, les outils mis à disposition pour réaliser son action quand les autres sont globales.

Les éléments qui diffèrent dans les fiches de poste sont surtout des éléments que je

³⁵ Fiches métier de la Fonction Publique Hospitalière, Responsable des services socio-éducatifs, consultable sur : http://www.chu-nimes.fr/rep_metiers/10C10.pdf

³⁶ Les CSE m'ayant demandé de ne pas diffuser leur fiche de poste, je propose ici une observation et une analyse globale et neutre des documents qui m'ont été fournis.

classerais dans des « valeurs » (« *donner crédit, puissance, occasion de paraître à son avantage* »³⁷). Toutes fiches de postes confondues, ces éléments sont globaux et relativement subjectifs :

- Ils se retrouvent dans les objectifs :
 - Favoriser la créativité du personnel
 - Valoriser le travail social au sein de l'établissement
- Mais aussi dans les qualités professionnelles :
 - Valeurs éthiques
 - Empathie
 - Loyauté

Outre les indications légales et les missions du manager, le cadre socio-éducatif semble devoir avoir des qualités personnelles et relationnelles importantes. Cela n'apparaît pas dans chacune des fiches de poste mais est perceptible de façon globale à la lecture de ces dernières. Ces éléments diffèrent selon les établissements.

Enfin, la stratégie de l'établissement dépend alors aussi de la personnalité du cadre socio-éducatif qui tient ce poste.

Le Cadre Socio-Educatif se situe lui aussi entre différents champs : entre le sanitaire et le médico-social, entre la stratégie de l'établissement et l'opérationnel. Le schéma suivant permet de situer le cadre socio-éducatif en EPSM :

³⁷ Définition du mot « valoir », dictionnaire Littré : <https://www.littre.org/definition/valoir>

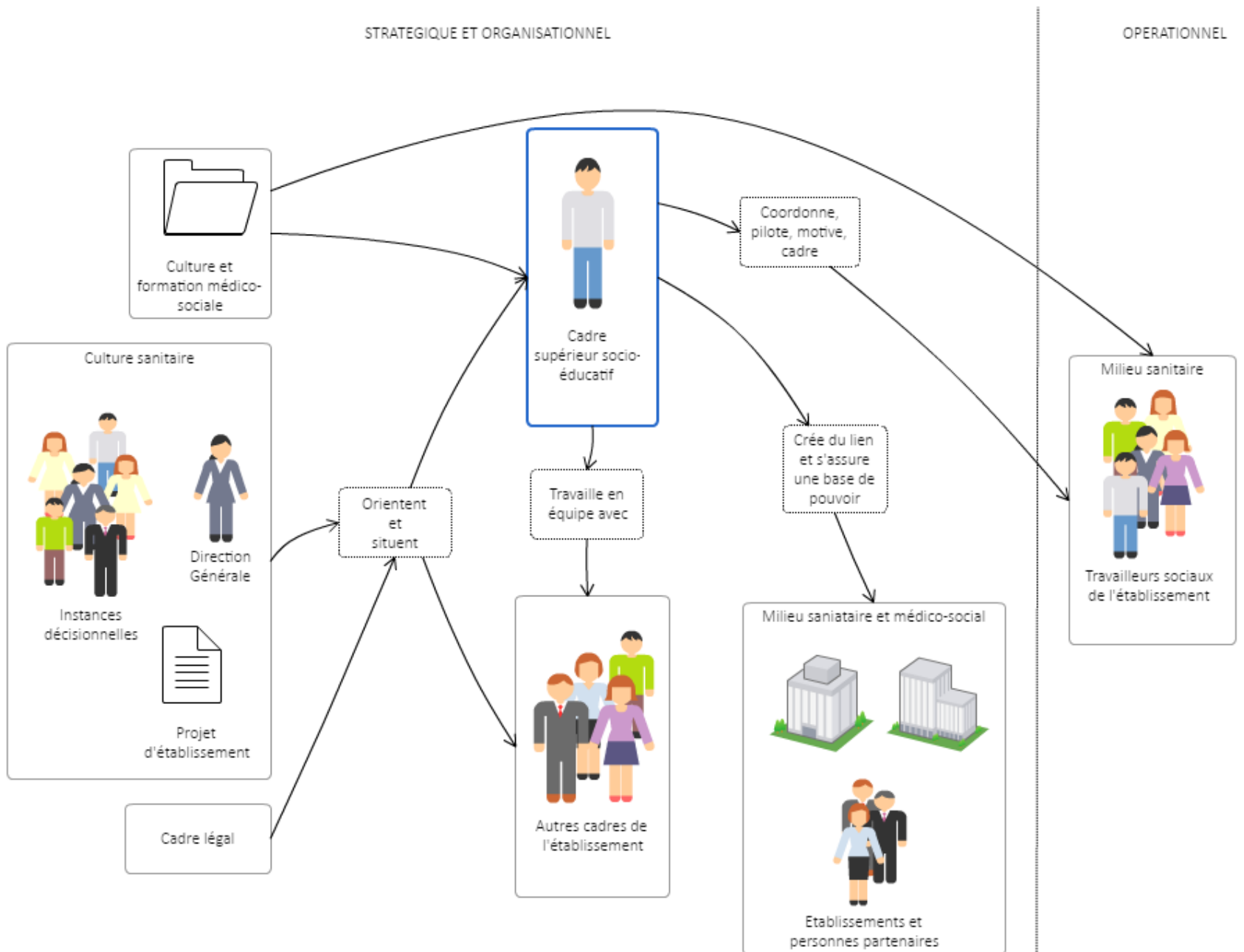


Figure 3 : la place du cadre socio-éducatif en EPSM

Le Cadre Socio-Educatif est au centre du paradoxe entre médecine clinique et médecine sociale. **Il doit organiser le travail social dans l'établissement afin que la médecine sociale garde sa place dans le milieu sanitaire. Pour cela, il participe à la stratégie tout en maintenant l'importance de la médecine clinique.**

Les missions et objectifs qui lui sont donnés sont aussi de cet ordre : des missions de manager mais aussi des missions plus spécifiques à sa personnalité.

Ce qui caractérise selon moi le plus la fonction du CSE en EPSM est la **disparité existante entre les missions données aux différents CSE**. En effet, au-delà du cadre légal, le CSE a des missions dépendantes de l'établissement dans lequel il se trouve. Mais peut-être les pratiques professionnelles sont-elles harmonisées *de fait* sans nécessairement le besoin de les acter dans des supports officiels.

Il sera alors intéressant d'observer comment le Cadre Socio-Educatif développe concrètement sa stratégie sur différents plans : dans un milieu étranger au médico-social, au cœur de l'institution, dans la stratégie d'établissement. Finalement, c'est la question de la place du CSE qui est en jeu : la place qui lui est donnée, la place qu'il prend, la place qu'il peut prendre.

2. Les échanges avec les Cadres Socio-Educatif

Ces points seront mis en avant par une analyse plus approfondie. J'ai choisi d'interroger les Cadres (supérieurs) Socio-Educatif des quatre EPSM du GHT psychiatrie Nord-Pas-De-Calais. Cela me permettra de **faire un état des lieux des pratiques des différents cadres et ainsi je pourrai analyser leurs réponses de façon à repérer les points communs existants et les différences dans leurs pratiques managériales.**

A. La construction des questionnaires

J'ai choisi de construire mon questionnaire selon différentes parties afin qu'il puisse répondre aux différentes thématiques que je me suis posées plus haut.

Certaines questions y sont quantitatives, afin de mesurer la place du travail social dans l'établissement (il s'agit des premières questions de contextualisation). Ces questions me permettront de mesurer la place que prend le travail social dans l'établissement, et donc le périmètre d'actions du CSE. Elles me permettront aussi d'adapter l'analyse des résultats du questionnaire selon les réponses données.

Les autres questions sont quantitatives, avec deux types de questions :

- Les questions fermées, qui consisteront à affiner mes recherches en y amenant des éléments concrets
- Les questions ouvertes, qui me permettront de lire à travers les réponses la façon dont le CSE s'approprié son poste dans l'établissement

J'ai cherché à réaliser un questionnaire « en entonnoir », c'est-à-dire à « séquencer les questions de manière à commencer par aborder le sujet en général et à poser au fur et à mesure (...) des questions plus précises et/ou plus impliquantes »³⁸. Cette orientation du questionnaire aide l'interlocuteur à se sentir en sécurité en début de questionnaire pour mieux se livrer à la fin. **Ainsi j'ai posé les questions plus objectives en début de questionnaire puis les questions plus engageantes en fin de questionnaire.**

Le questionnaire est divisé en différentes parties pour que mon interlocuteur ne se perde pas dans les questions, et puisse les recontextualiser au besoin :

- Une partie de questions générales
- Une partie sur le management des travailleurs sociaux dans l'établissement
- Une partie sur la place du CSE dans l'établissement
- Une partie sur l'harmonisation des pratiques au sein du GHT
- Une partie sur la pratique du management

³⁸ Définition de l'approche en entonnoir sur le site e-marketing : <http://www.e-marketing.fr/Definitions-Glossaire/Entonnoir-approche-en--241682.htm#zHIAc8Sv7itVPCL0.97>

Questions générales

Nom de l'établissement :

Nombre de cadre socio-éducatif :

Nombre de travailleurs sociaux en 2015 :

Nombre de travailleurs sociaux en 2016 :

Quelle est votre formation ?

Où se situe votre bureau dans l'établissement (dans un bâtiment administratif, dans le bâtiment de la direction, etc.) ?

Quelle est la fonction de votre supérieur hiérarchique ?

Le management des travailleurs sociaux

Y a-t-il des réunions englobant la totalité des travailleurs sociaux de l'établissement ?

Si oui, à quelle fréquence ont lieu ces réunions ?

A quelle fréquence rencontrez-vous les travailleurs sociaux sur le terrain (par semaine) ?

A quelle fréquence rencontrez-vous les travailleurs sociaux dans le cadre d'entretiens individuels ?

La place du CSE dans votre établissement

A quelles instances participez-vous ?

Disposez-vous, en tant que CSE, d'un temps spécifique dédié durant les instances ?

Rencontrez-vous régulièrement les chefs de pôles et cadres de santé ?

Qui sont vos partenaires privilégiés à l'interne ?

Qui sont vos partenaires privilégiés à l'externe ?

Disposez-vous d'autres outils ou temps spécifique dédié au travail social dans l'EPSM ?

Harmonisation des pratiques

Existe-t-il des rencontres inter-EPSM entre les CSE ?

Quelles perspectives envisageriez-vous dans le GHT psychiatrie du Nord-Pas-De-Calais ?

La pratique de votre management

Utilisez-vous des outils pour améliorer vos pratiques ? Si oui, lesquels ?

Quelles difficultés rencontrez-vous dans l'exercice de vos activités ?

Y a-t-il des éléments qui facilitent l'exercice de vos activités ?

B. L'administration du questionnaire

Les questionnaires ont été administrés soit en personne soit par téléphone. Cela afin de pouvoir éclaircir certaines questions si besoins, ou pour mon interlocuteur d'apporter quelques précisions s'ils en ressentait l'envie ou la nécessité. Avant chaque administration de questionnaire, j'ai tenu à me présenter ainsi qu'à contextualiser mon interrogation.

Exemple de présentation

Dans le cadre de la rédaction d'un travail de fin d'études (mémoire), je souhaite aborder la question du management des travailleurs sociaux en Etablissement Public de Santé Mentale. En effet, le management de travailleurs sociaux dans un milieu qui n'est pas fondamentalement le leur (sanitaire) pose la question de la place du travail social dans l'établissement : comment le travail social est-il mis en valeur dans l'établissement ? Quelle place lui est donnée au sein de l'organisation ? Quel rôle joue alors le cadre socio-éducatif ?

De formation d'Educatrice Spécialisée, j'ai exercé mes fonctions en psychiatrie générale à l'EPSM de Lille Métropole puis en CHRS spécifique à la psychiatrie avec la Sauvegarde du Nord. J'ai repris mes études il y a deux ans à l'Institut Lillois d'Ingénierie de la Santé (Lille 2) en Master dit de « Management sectoriel » (management des entreprises sanitaires et médico-sociales) et ai effectué un stage d'un an à l'EPSM de l'agglomération lilloise. Ces expériences m'ont permis d'observer le travail social en psychiatrie avec un regard plus objectif. La question du management des travailleurs sociaux en EPSM s'est alors naturellement inscrite dans le cadre de l'élaboration de mon mémoire.

J'ai effectué cela pour deux raisons :

- Par respect pour mon interlocuteur qui va devoir donner des informations précises voire personnelles à une personne qui lui est inconnue
- Pour engager une confiance dans l'échange et légitimer mon enquête auprès des personnes interrogées.

3. Analyse des résultats

Les réponses au questionnaire ³⁹ me permettent d'avoir une vision plus précise du management des travailleurs sociaux en EPSM. Elle me permet également de voir la

³⁹ Questionnaire et réponses disponible en annexe 1

créativité des CSE dans leur management qui comporte beaucoup de contraintes. Les CSE appliquent des méthodes de management qui se ressemblent ou qui parfois diffèrent.

A. De façon générales – description des établissements

Les établissements sont différents : la répartition des secteurs de psychiatrie n'est pas la même, le nombre de secteurs et de structures médico-sociales varie en fonction de la région et de la population et le nombre de travailleurs sociaux diffère.

Le tableau suivant illustre ces disparités dans la prise en charge de la psychiatrie dans les régions Nord-Pas-De-Calais.

Etablissement	Nombre de secteurs pris en charge et de structures médico-sociales	Nombre de travailleurs sociaux actuellement	Nombre de cadres socio-éducatifs
EPISM Lille Métropole (Armentières) 	8 secteurs de psychiatrie adulte 1 secteur de psychiatrie infanto-juvénile 2 MAS	71	1 CSSE 1 CSE faisant fonction 1 CSE détaché
EPISM de l'agglomération lilloise (Saint André Lez Lille) 	8 secteurs de psychiatrie adultes 4 enfants secteurs de psychiatrie infanto-juvénile 1 MAS	67	1 CSSE
EPISM des Flandres (Bailleul) 	6 secteurs de psychiatrie adulte 1 secteur de psychiatrie infanto-juvénile 1 EHPAD 1 MAS / FAM	38	1 CSSE 1 CSE
EPISM Val-De-Lys-Artois (Saint Venant) 	7 secteurs de psychiatrie adulte 2 secteurs de psychiatrie infanto-juvéniles 1 ITEP	25	1 CSE 1 CSE à l'ITEP

Figure 4 : les EPISM du GHT psychiatrie Nord-Pas-De-Calais

Au-delà de ces précisions techniques, des différenciations fondamentales sont également à répertorier avant d'aborder les questions posées :

- Il est à noter que, malgré une distinction des établissements, l'EPSM des Flandres et l'EPSM Lille Métropole bénéficient d'une direction commune
- Le CSE de l'EPSM Val de Lys Artois a moins d'un an de pratique professionnelle et auparavant il n'y avait pas de CSE dans l'établissement. C'est une création de poste et une création de place dans l'établissement qui s'est faite récemment.

Ces disparités ainsi que ces particularités entraînent nécessairement des différences d'organisation et de management. Pourtant, malgré tout, les CSE conservent tous une base de travail commune, parfois même sans le savoir.

B. Les pratiques différentielles du management des travailleurs sociaux

Les CSE ont des pratiques différentielles, ce qui singularise l'organisation des travailleurs sociaux dans chaque établissement. **Cela peut s'expliquer par l'organisation et la stratégie en elles-mêmes ou encore par la personnalité du CSE** qui rend sa posture différente de celle des autres.

a. UNE QUESTION DE CHIFFRES

Les pratiques différentielles sont nombreuses, cela est lié entre autres selon moi au nombre de travailleurs sociaux des établissements. Deux établissements comptent 60 à 80 travailleurs sociaux, quand les deux autres en comptent une vingtaine. Les pratiques de management vont être nécessairement différentes : le nombre de CSE est variable.

- A l'EPSM Lille métropole, qui compte le plus grand nombre de travailleurs sociaux, 3 CSE sont présents (dont un faisant-fonction pour l'instant). L'un des CSE est détaché pour répondre à la demande régionale : il exerce un mi-temps pour gérer le réseau santé solidarité⁴⁰ et un mi-temps pour le Conseil Local de Santé Mentale⁴¹, il ne participe donc pas au management ni à l'organisation du travail social dans l'établissement. Il n'en reste pas moins que deux CSE sont présents dans l'établissement pour gérer et organiser le travail social.

⁴⁰ Description du réseau sur le site <http://www.sante-solidarite.org/> : « Le réseau santé solidarité (...) s'adresse à des personnes sans domicile fixe et/ou en situation de précarité ayant des difficultés de recours et de continuité de soins. Il coordonne leur prise en charge médico-psycho-sociale et détermine le parcours de soins le mieux adapté ».

⁴¹ « Qu'est-ce qu'un CLSM ? » sur le site <http://clsm-ccoms.org/quest-ce-quun-clsm/definition-du-clsm/> : « Le Conseil Local de Santé Mentale est une plateforme de concertation et de coordination d'un territoire défini par ses acteurs, présidée par un élu local, co-animée par la psychiatrie publique, intégrant les usagers et les aidants. Il a pour objectif de définir et mettre en œuvre des politiques locales et des actions permettant l'amélioration de la santé mentale des populations concernées. »

- A l'EPSM de l'agglomération lilloise, un seul CSE est présent, toutefois ce n'est pas lui qui prend en charge le CLSM ni le réseau santé-solidarité puisque trois personnes sont également missionnées pour cela par l'établissement. Il n'en reste pas moins qu'un seul CSE prend en charge le management du travail social.
- A l'EPSM des Flandres où, même si le nombre de travailleurs sociaux est inférieur, l'organisation est la même qu'à Lille Métropole : deux CSE pour tout l'établissement. Cela peut s'expliquer par la direction commune des deux établissements mais aussi par le fait que personne d'autre ne coordonne le CLSM.
- Enfin, à l'EPSM du Val De Lys, un seul CSE organise le travail social de l'établissement (un deuxième CSE est missionné dans le management de l'ITEP de l'établissement mais ne participe pas au projet social de l'EPSM). Le fait qu'il soit seul peut être expliqué par le fait qu'il n'y a pas de réseau ni de CLSM à gérer dans la région, mais aussi et surtout par le fait que le nombre de travailleurs sociaux dans l'établissement est faible.

Le nombre de CSE varie donc en fonction de l'établissement et ainsi les charges de travail sont différentes ou réparties autrement. Ces différences impliquent une gestion spécifique : les différences ne serait-ce que de ressources humaines impliquent alors une différence de management.

La place du CSE et l'importance du travail en partenariat et en réseau pour développer le travail social est prise en compte dans l'organisation des EPSM repérés. Chacun n'a pas un périmètre de travail identique, néanmoins une place est attribuée au CSE. L'arrivée d'un CSE récemment à l'EPSM Val-De-Lys Artois est la preuve d'une **prise de conscience institutionnelle de l'importance d'organiser le travail social dans l'EPSM.**

b. UN FONCTIONNEMENT PROPRE A CHAQUE ETABLISSEMENT

L'établissement a aussi un rôle à jouer dans la place du CSE à l'EPSM. Cela peut passer par les instances de l'établissement auxquelles le CSE peut ou ne peut pas participer.

Alors qu'à l'EPSM Lille Métropole et à l'EPSM de l'agglomération lilloise le CSE est impliqué dans une dizaine d'instances, dans les deux autres EPSM (Val de Lys Artois et des Flandres) le CSE ne participera qu'à une ou deux instances de façon générale.




Etablissement	Nombre de CSE	Instances
EPSM des Flandres (Bailleul) 	1 CSSE 1 CSE	Commission Des Usagers
EPSM Val-De-Lys-Artois (Saint Venant) 	1 CSE 1 CSE à l'ITEP	Conseil de pôle
EPSM Lille Métropole (Armentières) 	1 CSSE 1 CSE faisant fonction 1 CSE détaché pour la région	Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechniques COFIL soins de santé, des CLSM, COFIL projet social, COFIL commission agrément AFT, COFIL MDPH, COFIL commission de formation CRUQPC COFIL de Pôles 1 jeudi tous les 15 jours : outils spécifiques aux travailleurs sociaux
EPSM de l'agglomération lilloise (Saint André Lez Lille) 	1 CSSE	CME Commission culturelle CAPL conseil de discipline CTE Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechniques Commission de formation Référents qualité Cellule violence CREX sur demande CDU

Figure 5 : la participation du CSE aux instances stratégiques et/ou décisionnaires de l'établissement

- La nature des instances est parlante : le CSE de l'EPSM de Lille Métropole participe aux instances qui concernent tous les salariés : formation, infirmiers, Copil de Pôles. Il participe aux temps dédiés à la mission et aux objectifs des partis représentés. Toutefois, il ne participe pas aux instances stratégiques : le CTE et la CME ne font pas partie des instances auxquelles il est invité permanent. De même, la gestion des risques est exclue des instances auxquelles il participe.
- A l'EPSM de l'agglomération lilloise, le CSE participe aux instances stratégiques : CME et CTE ; mais aussi aux instances qui balayent à la fois l'établissement dans son ensemble mais aussi l'ensemble des salariés : commission culturelle, CSMIRT, Commission de formation ; il est également inclus dans les cellules liées à la qualité et la gestion des risques. Il semblerait que, de par ses invitations, le CSE ait une place reconnue dans son établissement de façon transversale.

La place du CSE est reconnue dans les deux plus gros EPSM du Nord-Pas-De-Calais. Ils

participent aux instances et aux différents temps de travail transversaux. Le CSE de l'EPSM de l'agglomération lilloise a quant à lui la possibilité de participer à deux grandes instances stratégique, de quoi lui permettre d'orienter les missions de son service au regard de la stratégie de l'établissement.

La CDU est aussi un élément fondateur de la stratégie de l'établissement, elle réunit les représentants des usagers, participe entre autres à l'élaboration du projet d'établissement mais aussi à la gestion des risques. De plus, elle est ce qui représente au mieux, dans l'établissement, la parole des patients. Celui-ci étant au cœur des projets aujourd'hui dans les EPSM, la place du CSE est primordiale pour asseoir à la fois le travail social dans l'établissement, mais aussi défendre et promouvoir les droits des usagers qui sont au cœur de la culture du médico-social.

- Trois des CSE sur les quatre y participent (Lille Métropole, agglomération lilloise et Flandres), et la CDU est même, pour un de nos CSE la seule instance à laquelle il participe. C'est une instance transversale qui permet au CSE de maintenir un lien avec les professionnels des autres catégories, mais aussi d'asseoir la place du travail social auprès des patients.
- Enfin, le CSE de l'EPSM Val de Lys Artois participe uniquement aux conseils de pôle. Stratégiquement, cette place est elle aussi symbolique : elle va lui permettre de créer ou maintenir un lien avec le sanitaire mais aussi d'être plus près du terrain. Toutefois, il ne participe pas aux instances stratégiques et décisionnaires de l'établissement.

La place donnée aux CSE dans l'institution est ici moins définie : certains participent aux instances, d'autres beaucoup moins. Certains font pleinement partie de la stratégie de l'établissement quand d'autres ne le sont pas.

Sur la partition de l'établissement, chacun des CSE semble avoir ses propres mesures. Chacun s'en accommode assurément mais cela exprime bien la problématique de la place qui est donnée au CSE en établissement : chaque EPSM interprète la place du CSE comme il l'entend.

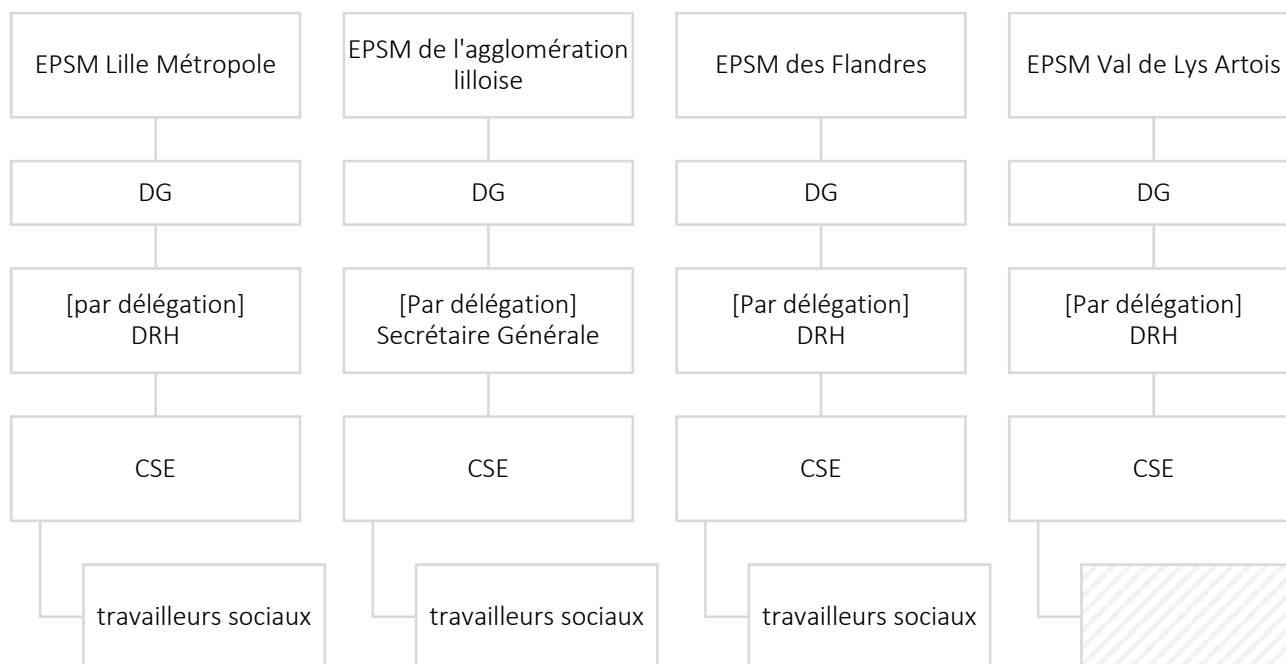
C. UNE HIERARCHIE SPECIFIQUE

La place hiérarchique du service est elle aussi différente selon les établissements.

- Trois des CSE sur les quatre ont pour supérieur hiérarchique le Directeur Général et par délégation la DRH. Néanmoins un des cadres socio-éducatifs a comme supérieur hiérarchique par délégation le Directeur des Affaires Médicale, de la Qualité et des Relations avec les Usagers (DAMQRU). La considération du CSE n'est pas

nécessairement la même : il dispose d'un directeur proche du terrain et des usagers pour accompagner dans l'organisation des travailleurs sociaux, mais aussi du DRH pour gérer les ressources relatives à la filière socio-éducative.

- Enfin, à l'EPSM Val de Lys Artois, le CSE n'est pas considéré comme hiérarchiquement supérieur aux travailleurs sociaux : ce n'est pas lui, par exemple, qui réalise les entretiens annuels d'évaluation. De fait, ce n'est pas lui qui fixe les objectifs de ses salariés et ainsi participe à la réalisation des objectifs de la filière. Sa marge de manœuvre est donc « amputée » comparé aux autres établissements.



Bien que le directeur général soit, de par la loi, le supérieur hiérarchique officiel des CSE, la délégation actée illustre de façon symbolique la considération du service. En effet, le DRH pourra superviser et manager le CSE sur la gestion des Ressources Humaines dans le service socio-éducatif. Le Directeur de la DAMQRU quant à lui pourra apporter plus de soutien sur l'organisation et l'orientation du service socio-éducatif. Néanmoins, cette « double hiérarchie » peut porter à confusion. De même, le fait qu'un CSE ne soit pas le supérieur hiérarchique des travailleurs sociaux peut, comme le souligne le CSE concerné dans le questionnaire, engendrer un manque de considération du service socio-éducatif.

La hiérarchie n'est, elle non plus, pas commune dans chacun des EPSM. Même si chacun des CSE affirme avoir le soutien de la DRH, une hiérarchie différente est synonyme de marge de manœuvre différente. De même, le fait qu'un des CSE ne soit pas considéré comme hiérarchiquement supérieur aux travailleurs sociaux peut rendre difficiles les tâches managériales qui lui sont confiées. **C'est alors, selon les circonstances, au CSE de s'adapter et d'adopter une posture qui lui permette de ne pas se sentir « oublié ».**

La variation du nombre de CSE par établissement est justifiable par le nombre de travailleurs sociaux ou de secteurs. Toutefois, les partitions qui sont confiées aux CSE varient ce qui implique une organisation du service différente. L'institution en elle-même fait aussi parler de la place qu'elle donne au CSE. **La prise en compte du travail social n'est pas illustrée de la même manière dans chacun des établissements, voire elle peut paraître sourde.** Ces disparités ne sont pas problématiques en elles-mêmes pour le fonctionnement du service social dans l'établissement.

Toutefois, malgré ces contraintes, les CSE ont aussi des points communs dans leur travail, ce qui permet de donner du sens à leurs actions et de mieux comprendre la place que prend ou que doit prendre le CSE dans son établissement.

C. Les pratiques communes

a. UNE CULTURE ET UNE IMPLICATION COMMUNE

Beaucoup d'éléments se retrouvent en commun dans les réponses apportées ce qui confirme une base existante dans le management des travailleurs sociaux. Par exemple, la formation des CSE n'est pas toujours la même, néanmoins un parcours commun se dégage avec une formation qualifiante à la fin. Chaque Cadre Socio-éducatif a auparavant été travailleur social sur le terrain (Educateur spécialisé, Educateur Technique Spécialisé, Assistante Sociale). **Si ce n'est une formation commune, la culture du travail social est commune aux différents cadres socio-éducatifs rencontrés.**

L'implication sur le terrain des CSE est réelle : certains rencontrent les professionnels sur le terrain tous les jours, d'autres plusieurs fois par semaine. Chacun arrive à être présent auprès des travailleurs sociaux. Les rencontres annuelles se font régulièrement et de nombreux échanges formels ou informels sont mis en œuvre. De même avec les chefs de pôle ou cadres de santé : les rencontres ne sont pas formalisées mais se font de façon régulières autour de sujets concrets. Il ressort des questionnaires un ressenti d'implication des CSE autour des projets qui organisent l'établissement, et par là le travail social.

b. UNE PLACE QUI SE PREND

Finalement, l'implication et la culture sont communes chez les CSE du GHT repéré. Même si la démarche ou le parcours ne sont pas les mêmes, **l'envie de prendre une place et de la maintenir est bien présente.** Toutefois les CSE ont parfois le besoin de maintenir leur place dans l'organisation.

- La distance des professionnels de terrain d'avec leur(s) cadre(s) est elle aussi soulignée. Il faut alors pour les CSE la capacité à prendre la place auprès des

équipes quand il le faut. Cette difficulté est mentionnée, notamment par le biais du temps effectué en transport : la distance facilite peu le travail du CSE. Néanmoins, pour chacun des CSE, cette problématique n'en est pas réellement une : ils parviennent tous à être présent (voire « *sur le dos* ⁴²») des travailleurs sociaux.

- La double hiérarchie des travailleurs sociaux sur le terrain : cadre de santé et CSE sont tous deux missionnés pour manager les travailleurs sociaux ce qui peut parfois porter à confusion ou créer des tensions. C'est à la fois au travailleur social à savoir se positionner, mais aussi à son CSE de défendre son salarié : l'idée qui transparait est que les CSE se posent en « défenseurs » des travailleurs sociaux comme le souligne l'un d'entre eux ⁴³.

Les difficultés rencontrées engendrent alors des compétences qui ne sont pas spécifiées dans les éléments officiels du travail : défenseur des professionnels, conducteur à ses heures perdues, figurant en instance, le CSE se donne des missions qui vont au-delà des missions de management et qui permettent au service de voir et d'être vu. **C'est plus une question de posture qu'une question de poste qui est en jeu.**

C. LA POSTURE DU CADRE, UN ELEMENT ESSENTIEL

De même, au-delà des dimensions officielles du travail, le sentiment de reconnaissance est présent dans les réflexions des CSE. Même si tous ne se sentent pas exclu des décisions institutionnelles ou même de prise en charge, chacun reconnaît que la place du CSE et ainsi des travailleurs sociaux est toujours à faire. Ainsi, leurs actions vont répondre à cette nécessité et leur management va également s'en faire ressentir.

Dans chacun des questionnaires, **la question de la considération du CSE et du service socio-éducatif est abordée :**

- Service non-hiérarchique
- Non-reconnaissance de la part des cadres soignants
- Manque d'information sur les projets en cours

Qu'elle soit vécue comme une fatalité ou comme un défi à surpasser, la place du service socio-éducatif qu'ils valorisent se retrouve au cœur de la problématique.

Les réponses apportées par les CSE à cette « non-reconnaissance » se retrouvent dans les éléments facilitateurs de leur travail et dans les outils, notamment pour un des CSE. Finalement, pour pallier à cette difficulté, les CSE vont surtout se saisir des éléments forts

⁴² Hélène Brice, CSSE à l'EPSM de Lille Métropole

⁴³ Didier MAHE, CSSE à l'EPSM de l'agglomération lilloise

du service socio-éducatif :

- Une culture sociale qui fait que la communication est très fluide : les professionnels et le cadre se comprennent très vite
- Une protection vis-à-vis de l'isolement potentiel
- Le soutien de la DRH
- Un service qui fait ses preuves : le patient est pris en charge, le travailleur social termine le travail en faisant l'interface avec l'extérieur (il « transforme l'essai ⁴⁴ »)

Au-delà de ces éléments forts, les outils utilisés sont peu nombreux. Néanmoins, des éléments fondamentaux ressortent :

- Veille professionnelle et formation continue sont les moteurs pour améliorer et faciliter les pratiques des CSE
- La communication : le CSE doit être là où il n'est pas attendu et valoriser le travail social réalisé dans l'établissement.

Malgré les difficultés ressenties, les CSE sont en mesure de se saisir des forces du service pour le mettre en valeur. C'est à la fois le travail des travailleurs sociaux qui est souligné, mais aussi la capacité du CSE à communiquer sur son service et à le mettre en valeur. **Le travail social est alors reconnu dans l'établissement si le CSE fait valoir aussi sa posture professionnelle.**

4. Conclusion

Des différences organisationnelles subsistent dans chaque établissement, le CSE doit composer avec ce qui lui est donné sans repère extérieur pour situer ses missions. **La posture et la personnalité du CSE sont ce qui fait du service social ce qu'il est dans un établissement,** plus que l'organisation en elle-même et la situation du service (« *Mettez un manipulateur sur le poste de CSE, il détruit l'organisation de l'établissement* ⁴⁵ »).

Les thématiques fortes repérées sont surtout l'isolement du CSE et la situation intermédiaire entre le sanitaire et le médico-social, cette bataille constante à mener pour faire entendre le travail social en EPSM. A l'échelle d'un établissement, elles ne restent que des obstacles à franchir, mais au sein d'un GHT il va peut-être falloir trouver une partition commune afin d'accorder les violons de chacun des CSE mais aussi de chacun des EPSM.

⁴⁴ *Ibid*

⁴⁵ Hélène BRICE, CSSE à l'EPSM de Lille Métropole.

Finally, the disparities identified here risk of raising the issue of social work in EPSM within the wider framework of the GHT. What is missing for CSE in general, **perhaps it is a harmonization of practices**, which would allow:

- To address the difficulties encountered
- To avoid the risk of non-recognition of the service (since today, it depends essentially on the personality of the CSE)
- To give CSE points of reference to be able to improve their practices and be in the continuous improvement of quality process
- To give a place and to legitimize the social service within a more global organization: the GHT.

Partie 3 : cadrer le CSE pour mettre en valeur le travail social en psychiatrie

Cette partie est consacrée à des propositions d'actions qui selon moi permettraient d'améliorer les conditions d'exercice des cadres socio-éducatif et d'améliorer la place que va prendre le service socio-éducatif dans son établissement, dans le GHT, mais aussi de façon plus générale dans le système psychiatrique de santé.

Dans un premier temps, il semble intéressant de me focaliser sur le CSE lui-même. Selon moi, ce sont des éléments individuels qui pourront avoir une répercussion plus globale. Ensuite je propose des actions à mettre en œuvre au sein d'un Groupement Hospitalier de Territoire. Plus les services sociaux seront organisés ensemble, plus ils auront un impact sur la stratégie et la politique du groupement. Enfin il était intéressant de prendre conscience globalement du manque d'information donnée aux services socio-éducatifs de façon générale. Ainsi je propose des éléments d'évaluation des pratiques et des plans d'actions qui permettront d'avoir des indicateurs et donc un suivi du service socio-éducatif dans les établissements de santé.

1. Pourquoi harmoniser les pratiques ?

A. Le management des savoirs pour favoriser la qualité des prestations

Le management des savoirs⁴⁶ est une notion intéressante pour aborder l'organisation d'une entreprise ou d'un établissement. En effet, les savoirs peuvent être résumés à ce qui ne se matérialise pas. Il s'agit d'une notion qui englobe les aspects abstraits du travail :

- Les savoirs explicites : l'information, les compétences, l'apprentissage
- Les savoirs implicites : les compétences qui s'acquièrent plutôt avec la pratique et l'expérience

L'idée de cette notion est surtout que de ces savoirs, s'ils sont partagés, vont naître des outils qui permettront d'améliorer la qualité des pratiques : qualité de vie au travail, qualité des prestations, qualité de l'organisation.

« *Le management des savoirs est un processus à travers lequel les*

⁴⁶ Voir MBENGUE A., « Management des savoirs » in Revue française de gestion, 2004, vol. 30, n° 149, p. 13-31.

organisations tentent de faire fructifier leurs ressources immatérielles. La plupart du temps, cela nécessite de partager des savoirs entre employés, services, filiales, et même différentes organisations (concurrents, fournisseurs, clients, institutions...) dans le but d'établir les meilleures pratiques⁴⁷ »

Cette notion me semblait intéressante dans le cadre de ces recherches car les savoirs ici ne sont pas ou peu partagés. Chacun des CSE semble pratiquer « en roue libre », ce qui ne porte pas défaut à l'établissement mais empêche une amélioration des pratiques.

Harmoniser les pratiques, trouver une partition commune, échanger sur ses savoirs, permettrait de favoriser la qualité des pratiques professionnelles.

B. *La question de l'identité professionnelle pour construire une culture commune*

A cette notion s'ajoute selon moi celle d'identité professionnelle. Le terme d'identité est un terme qui a une origine inattendue : c'est « *la qualité qui fait qu'une chose est la même qu'une autre* ⁴⁸ ». Mais dans le même article, l'identité est également définie comme la « *conscience qu'une personne a d'elle-même*⁴⁹ ». Dans la notion d'identité, il y a donc la notion d'appartenance à un groupe, mais aussi la notion de reconnaissance individuelle.

Pour mettre en avant son identité professionnelle, il faut alors avoir des repères de groupe pour pouvoir s'en distinguer.

Cette idée semble intéressante dans un cadre dont l'évolution est constante : les CSE devraient pouvoir se repérer à un groupe pour pouvoir mieux se distinguer (se distinguer de par le contexte environnemental, se distinguer de par leur personnalité). De plus, se repérer à un groupe permettrait de répondre à la question de l'isolement professionnel repéré dans les questionnaires.

C. *L'harmonisation des pratiques pour rendre cohérente la prise en charge sur un territoire*

Comme nous l'avons vu plus haut, les échanges et la création d'un travail de groupe permettent d'une part une amélioration des pratiques, d'autre part une identité professionnelle qui favorise les mieux-être au travail.

Plus concrètement, l'harmonisation des pratiques donne des repères plus concrets qui

⁴⁷ *Ibid*

⁴⁸ Définition du mot « Identité », LITTRE E., Dictionnaire de la Langue française.

⁴⁹ *Ibid*

peuvent améliorer :

- La Qualité de vie au travail :
 - Favoriser le bien-être
 - Repérer plus facilement les besoins de formation professionnelle
 - Faire évoluer plus facilement les pairs
- L'harmonisation des outils de travail :
 - Favoriser l'harmonisation des équipements
 - Favoriser l'harmonisation des outils
 - Favoriser l'harmonisation des processus
 - Faire des économies matérielles
 - Rendre plus facilement auditable

Les propositions que je fais ci-dessous répondent alors à cette harmonisation des pratiques. **L'idée est de penser les cadres socio-éducatifs comme appartenant à un groupe et à une communauté sans brider leur liberté individuelle**, celle qui fait que leur identité professionnelle reste intacte.

2. Harmoniser les pratiques au plus près du CSE

Il est intéressant de se baser sur les spécificités du CSE dans l'établissement : ce sont ces spécificités qui lui permettront de se faire entendre dans l'organisation et pourquoi pas de faire porter la parole du travail social au-delà des murs de l'établissement.

Dans un premier temps, je m'intéresserai à la fiche de poste, qui est le cadre proche du cadre socio-éducatif et qui nécessite peut-être de faire apparaître des éléments spécifiques. Ensuite, il me semblait intéressant de produire un document permettant au cadre socio-éducatif de se repérer dans ses pratiques et ainsi de pouvoir avoir une base de travail l'aidant à s'orienter dans ses fonctions.

A. La fiche de poste, fondement et repère pour le CSE et pour l'établissement

Les fiche de poste des cadres socio-éducatifs sont toutes différentes, et pour cause comme nous l'avons vu, chacun des établissements a sa propre façon de fonctionner. Toutefois, certains éléments semblent essentiels au poste de cadre socio-éducatif et n'apparaissent pas dans chacune des fiches de poste.

La posture du cadre socio-éducatif n'est pas toujours exprimée, et sa participation à la stratégie de l'établissement n'est pas clairement définie.

Ces deux points semblent fondamentaux :

- **La posture permettra de définir la place que peut prendre le cadre socio-éducatif dans l'établissement**
- **La participation en instance illustrera sa participation à la stratégie de l'établissement**

Ci-dessous, je propose **non pas une fiche de poste déterminante mais les éléments qui selon moi devraient apparaître** dans celle-ci afin que la personne puisse connaître ses missions mais aussi son périmètre d'intervention.

FICHE DE POSTE – CADRE SOCIO-EDUCATIF

Rattachement hiérarchique

Sous l'autorité du directeur d'établissement, les cadres socio-éducatifs sont responsables de l'organisation et du fonctionnement du service social et du service éducatif de l'établissement. (Décret n°2007-839 du 11 mai 2007 portant statut particulier du corps des cadres socio-éducatifs de la fonction publique hospitalière – article 4)⁵⁰.

Missions générales ⁵¹

- Ils participent à l'élaboration du projet de l'unité ou de l'établissement ainsi que des projets sociaux et éducatifs.
- Ils participent à la définition des orientations relatives à la collaboration avec les familles et les institutions.
- Ils présentent chaque année au directeur de l'établissement le rapport d'activité du service socio-éducatif de l'unité ou de l'établissement.

Formation, prérequis

- CAFERUIS (Certificat d'aptitude aux fonctions d'encadrement et de responsable d'unité
- d'intervention sociale)
- Formation Cadre de l'Intervention Sociale
- Certificat d'aptitude aux fonctions d'encadrement et Responsable d'Unité d'Intervention Sociale
- Diplôme Supérieur en Travail Social
- Master Sciences de l'Education et Société
- Obtention du concours de Cadre Socio-Educatif et de Cadre Supérieur Socio-Educatif

Objectifs

Le cadre socio-éducatif est chargé de l'encadrement hiérarchique et technique de l'ensemble des personnels socio-éducatifs de l'établissement. Les professionnels socio-

⁵⁰ Décret n°2007-839 du 11 mai 2007 portant statut particulier du corps des cadres socio-éducatifs de la fonction publique hospitalière, à lire sur le site de Legifrance :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000793380>

⁵¹ *Ibid*

éducatifs concernés sont :

- Les assistants de service social
- Les éducateurs spécialisés
- Les éducateurs Techniques spécialisés
- Les Moniteurs Educateurs
- Les moniteurs d'atelier
- Les éducateurs de jeunes enfants
- Les animateurs des différentes catégories de la fonction publique hospitalière

Les missions

- Assurer l'organisation, le fonctionnement, le projet stratégique de la filière dans le respect du projet d'établissement
- Elaborer, mettre en œuvre et piloter le projet de la filière socio-éducative
- Participer au recrutement et au plan de formation des professionnels de la filière
- Accompagner les professionnels dans leurs pratiques (soutien, aide, motivation)
- Définir les valeurs communes du service
- Développer le travail social et le valoriser au sein de l'établissement

Capacité

- Communication
- Initiatives
- Prise de position
- Organisation

Participation aux instances

- Commission Des Usagers
- Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechniques
- Commission Médicale d'Etablissement

Outils de travail

- Système d'information de l'établissement
- Intranet

B. Un outil d'autoévaluation pour donner un repère aux CSE

Il me semblait intéressant, au regard des échanges et des réponses obtenues, de construire un outil permettant aux différents cadres socio-éducatifs de se repérer dans leurs pratiques.

L'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) des établissements de santé et médico-sociaux ne propose pas d'outil ou de publication sur le thème du travail social en établissement de santé. Elle a produit un outil d'auto-évaluation des pratiques destiné aux cadres de santé. Il me semblait intéressant, comme nous l'avons déjà fait en cours, de modifier cet outil afin de l'adapter au poste de CSE.

Ci-dessous je présente donc un outil destiné aux cadres socio-éducatifs du secteur sanitaire⁵². Il prend la forme d'un questionnaire. Son intérêt est la remise en question des pratiques par l'utilisateur lui-même, ce qui lui permet d'élaborer un jugement, une autocritique sur ses pratiques. Le cadre socio-éducatif peut alors comparer ses compétences avec les objectifs à atteindre. L'outil lui permet de repérer ou mettre en exergue certaines lacunes à approfondir.

Il est simple à compléter : il se présente sous la forme d'un questionnaire réalisé sur Excel et offre la possibilité au cadre socio-éducatif de s'autoévaluer sur différents thèmes :

- 1 - Stratégie d'organisation du service
- 2 - Organisation du service
- 3 - Management et conduite du changement
- 4 - Gestion des ressources humaines
- 5 - Encadrement d'équipe
- 6 - Pilotage de l'activité dans le cadre d'une démarche de progrès
- 7 - Sécurité des patients
- 8 - Santé et sécurité au travail
- 9 - Communication et négociation
- 10 - Communication et négociation
- 11 - Organisation et animation de partenariats

Ce questionnaire comprend plusieurs feuillets, chacun composé d'un grand thème avec un ensemble de compétences associées. Pour chaque compétence, quatre niveaux sont définis, et sous ces quatre niveaux des exemples permettent à l'utilisateur de se repérer à l'aide d'un cas concret.

⁵² L'intégralité de l'outil est disponible en Annexe 2

L'utilisateur se repère sur un niveau de compétence et inscrit son résultat en bas à droite du feuillet. Il clique ensuite sur « aller à la page suivante » pour compléter le thème à évaluer suivant.

Compétence 3 / 11

3 - Management et conduite du changement

3. Manager avec leadership et conduire le changement :

Motiver, entraîner les équipes, donner du sens et savoir prendre du recul en situation de crise.

Susciter une dynamique collective permettant la remise en cause des habitudes. Favoriser l'émergence de nouvelles approches.

Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
Assurer les missions élémentaires de la fonction de responsable : hiérarchiser, statuer, communiquer, contrôler, faire un retour positif/négatif.	Donner du sens aux actions entreprises : motiver les équipes autour du projet de service en répondant aux préoccupations des uns et aux attentes des autres.	Mettre en place des délégations en conformité avec l'organisation de l'établissement.	Entretenir des réseaux professionnels et/ou politiques pour y promouvoir les intérêts médico-économiques de l'établissement.
Favoriser les échanges permettant aux différents acteurs d'avoir un dialogue constructif.	Veiller au développement de plans de communication afin de créer une dynamique interne.	Instaurer avec sérénité des changements profonds dans la culture du service socioéducatif et, le cas échéant, dans la culture de l'établissement.	
Anticiper et organiser le changement	Ajuster la communication en fonction des événements et des personnes		

Exemples de situation

J'informe au plus tôt de chaque modification institutionnelle ou tutélaire.	Je veille à travailler en lien avec le service communication pour favoriser une information fluide et harmonisée	Je favorise les interfaces entre les métiers, le respect des règles, une dynamique de progrès permanent, ...	Je participe à des réseaux de cadres socioéducatifs au niveau régional et national.
Je suis les tableaux de bords internes et suis capable de les interpréter	Je fais preuve d'exemplarité et j'incarne mon éthique personnelle et mes valeurs.		
Je sais prendre des décisions difficiles	Je fais organiser des groupes de travail favorisant le changement des habitudes de travail.	Je participe à l'évaluation des professionnels.	
Je coopère avec la direction, la CME et l'ARS sur les évolutions à venir	Je m'investis dans la gestion de conflits (prévention/résolution) en lien étroit avec les cadres et médecins des services.	Je mets en cohérence les valeurs de l'établissement et celles de mon service.	

A quel niveau évaluez-vous votre niveau de compétence actuel ?

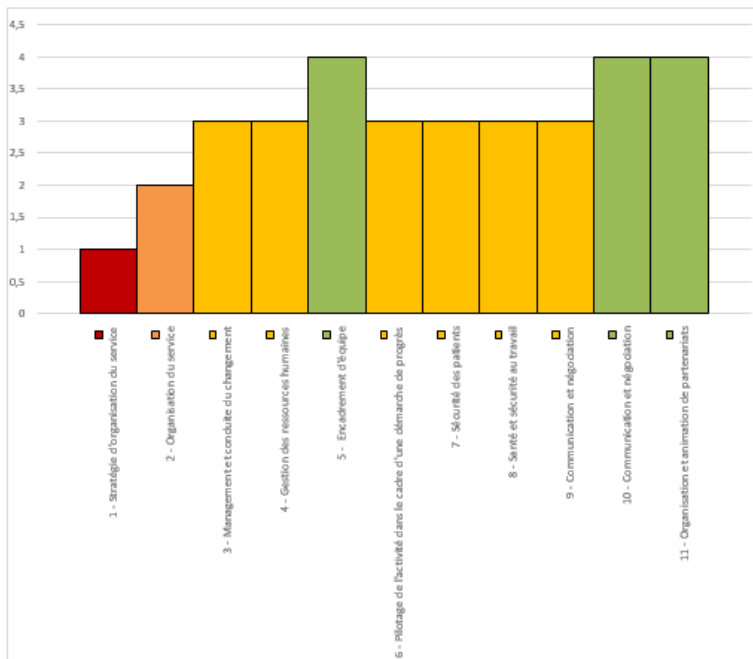
3

[Revenir à la page précédente](#)

[Aller à la page suivante](#)

Une fois les onze thèmes évalués, le cadre socio-éducatif arrive au feuillet final sur lequel apparaît un graphique de compétences :

Voici le graphique de compétences suivant les réponses apportées aux différentes thématiques :



Pour conserver cette auto-évaluation, vous devez enregistrer ce fichier dans le répertoire de votre choix.

Les résultats apparaissent suivant différentes couleurs :

- **En rouge** : Les thématiques qui sont plutôt des points faibles et qui sont à améliorer
- **En orange** : Les thématiques pour lesquelles le cadre socio-éducatif peut s'améliorer
- **En jaune** : Les thématiques qui sont plutôt maîtrisées mais pour lesquelles il existe encore une possibilité d'amélioration
- **En vert** : les thématiques qui sont des points forts

Cet outil peut être particulièrement utile pour que le cadre puisse percevoir ses besoins en formation et en veille professionnelle.

J'ai tenté ici de produire des outils afin de permettre au CSE de se repérer dans ses fonctions. A plus petite échelle, il pourra permettre une harmonisation des pratiques pour les différents CSE qui le testeront. Avec une base commune, les CSE pourront donc harmoniser leurs pratiques ensemble selon les fondements d'une fonction.

Ces outils peuvent leur permettre de se repérer mais aussi de s'unir dans leurs pratiques pour former une union cohérente pour porter de façon plus crédible le service socioéducatif et ainsi le travail social dans les établissements de santé.

3. Harmoniser les pratiques sur le territoire donné

Aujourd'hui le GHT est le fondement de l'organisation du système de santé. Il permet de construire une stratégie de groupe sur un territoire donné. Mais au-delà des établissements, les services doivent eux aussi se construire ensemble. Ainsi un projet médical partagé est demandé aux établissements de santé au cœur d'un GHT.

Ici je propose des solutions pour porter également le travail social au sein des EPSM.

A. Organiser le travail social au sein même des GHT

a. PROPOSER DES ECHANGES CONSTRUCTIFS

Il semble désormais important de construire le travail social au sein du GHT. L'harmonisation des pratiques passe aussi par des échanges et des débats sur les pratiques de chacun des cadres socio-éducatifs. Pour reprendre l'idée du management des savoirs, c'est bien en échangeant que les cadres socio-éducatifs parviendront à trouver une ligne directrice commune et performante.

Les réunions communes ne sont pas mises en place mais sont en projet. Ces temps d'échanges permettront aux CSE d'échanger sur leurs pratiques, échanger les outils de travail et aussi d'aborder les difficultés rencontrées dans leurs activités.

Les CSE se rencontrent chaque année dans le cadre d'une commission régionale pour échanger sur leurs pratiques professionnelles. Toutefois, le territoire concerné est étendu et ne correspond pas forcément au territoire donné du GHT. Néanmoins il semble important de maintenir ces réunions et d'y inscrire chacun des CSE car tous ceux qui ont été interrogés n'y participent pas.

Les échanges doivent alors persister voire se renforcer pour pouvoir harmoniser les pratiques des cadres. Cela passe également par un outil essentiel dans les établissements hospitaliers : le Système d'Information. Les logiciels utilisés seront certainement mis en commun dans le cadre de la nouvelle organisation, et une formation serait intéressante pour chacun des CSE pour pouvoir travailler sur un outil commun et pourquoi pas créer ensuite d'autres outils commun et une base documentaire commune.

Cela pourrait concrètement se dessiner sur des outils précis comme un travail autour :

- Des fiches de poste
- Des réunions spécifiques aux travailleurs sociaux

Mais les échanges seront aussi pour eux une opportunité pour travailler sur :

- Des processus de travail commun
- Des indicateurs d'évaluation des pratiques
- Un partage des partenariats

Les temps d'échanges sont déjà mis en place ou en projet. Je propose donc ici simplement d'axer les temps de travail sur une mise en harmonie des pratiques pour faire entendre de façon harmonieuse le travail social en EPSM. Au-delà de ces instruments il semble intéressant d'aller plus loin dans l'élaboration d'un cadre commun au sein du GHT.

b. UN PROJET SOCIAL PARTAGE POUR UNE STRATEGIE COMMUNE

Au même titre que les services de soins sont amenés à travailler sur un projet médical partagé, **il semblerait intéressant que les CSE au cœur de leur établissement puissent travailler – en lien avec leur équipe – sur un projet social partagé.**

L'objectif de ce projet serait alors de savoir comment organiser le travail social dans l'établissement mais aussi dans le GHT, sur quelles bases, avec quelles modalités et quelles ressources, et surtout sur quels critères se baseraient-ils pour évaluer l'activité.

Comme le projet médical, le projet social partagé pourrait être « *la pierre angulaire des GHT* ⁵³ » avec pour ambition à la fois de mettre en place une gradation des accompagnements sociaux proposés et de développer des stratégies sociales de territoire, mais aussi d'organiser, pour l'ensemble des activités, l'offre d'accompagnement de proximité, de référence et de recours sur le territoire.

En se basant sur l'outil proposé par l'ANAP ⁵⁴, les CSE pourraient structurer leur projet de telle sorte qu'il réponde au projet d'établissement mais aussi aux besoins territoriaux :

1. Caractéristiques du territoire
2. Analyse des besoins
3. Analyse de l'offre
4. Analyse des besoins à venir
5. Intégration des perspectives d'adaptation de l'offre
6. Prise en compte des coopérations existantes
7. Feuille de route pour la filière

⁵³ Publication de l'ANAP, Elaborer un projet médical partagé, 28 octobre 2016, disponible sur le site de l'ANAP :

<http://www.anap.fr/publications-et-outils/publications/detail/actualites/elaborer-un-projet-medical-partage-de-ght-fiches-reperes/>

⁵⁴ Ibid

8. Les évolutions possibles du projet social partagé

Un projet social partagé aurait alors toute sa place dans l'établissement et dans le GHT : la prise en charge médico-sociale, or psychiatrie générale, étant considérable, un projet global de prise en charge des patients sur le territoire est tout à fait adapté. **Avec la prise en compte du territoire, des évolutions passées et à venir, un projet social partagé a toute sa légitimité au cœur d'un GHT mais aussi d'un territoire plus large.** Ce projet social permettrait de porter la voix du travail social, non seulement dans la stratégie du GHT naissant mais aussi dans un cadre plus large : le système de santé français.

B. Proposer des instruments conjoints et une mise en commun des pratiques

a. DES PUBLICATIONS ET OUTILS SPECIFIQUES

L'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux a une place importante à prendre dans ce domaine : proposant des outils et publication dans le médico-social et le sanitaire, l'agence pourrait être le pupitre du travail social en EPSM. Par exemple, l'ANAP a publié un outil « Y a-t-il un pilote au bloc opératoire ? »⁵⁵ consacré à la question du management au bloc opératoire. Il pourrait alors être proposé **un outil « y a-t-il un chef d'orchestre au service social ? » permettant de mettre en avant le travail social et aussi de proposer une vision globale du travail social en EPSM.**

La publication pourrait s'organiser comme suit :

- Dans un premier temps interroger un professionnel « Grand témoin » comme le Dr. Müller, président de la Conférence des présidents de commission médicale d'établissement (CME) de centres hospitaliers spécialisés (CHS) en psychiatrie, et exerçant à l'EPSM de l'agglomération lilloise pour qu'il donne son point de vue sur le travail social en EPSM
- Ensuite exercer quelques recherches sur le management des travailleurs sociaux en EPSM
- Proposer une table ronde : quel profil pour le Cadre Socio-Educatif ?
- Proposer des ateliers sur les outils adaptés au management du travail social en EPSM

Des publications sur ce thème pourraient permettre aux CSE de se sentir reconnus

⁵⁵ Publié le 17/07/2017 suite à la 3^{ème} édition du cercle « blocs opératoires », présentation lisible sur le site de l'ANAP : <http://www.anap.fr/publications-et-outils/publications/detail/actualites/restitutions-du-3eme-cercle-blocs-operatoires-y-a-t-il-un-pilote-au-bloc-operatoire/>

dans leur poste mais aussi d'avoir des outils de travail concret, d'avoir des points de comparaison avec les autres CSE des autres établissements de France.

b. UNE COMMUNICATION PLUS ETENDUE

Plus largement c'est la communication autour du travail social en EPSM qui pourrait être améliorée : des colloques ou conférences proposent tous les ans une thématique spécifique. Un sujet vaste et intéressant serait le travail social en EPSM pour un colloque de l'Espace de réflexion éthique en santé mentale, une journée de la psychiatrie ou une conférence / débat autour du thème de l'accompagnement social en psychiatrie.

C. Proposer une organisation nationale

Enfin, au niveau national c'est bien la Haute Autorité de Santé qui définit les interventions en EPSM, par le biais de recommandations de bonnes pratiques ou à travers la visite de certification.

Force est de constater que la spécificité de la psychiatrie est peu prise en compte dans les visites de certification. Les experts-visiteurs s'ancrent plus spécifiquement en hospitalisation générale pour réaliser leurs observations alors que 80% de la prise en charge se fait en ambulatoire. La spécificité de la psychiatrie, comme je le voyais plus haut, est aussi celle de la grande part de prise en charge en médico-social.

Il serait alors intéressant de pouvoir interroger les établissements de santé sur leurs pratiques dans l'accompagnement social des patients en psychiatrie. Une thématique et des Eléments d'Investigation Obligatoire pourraient être :

Prise en charge médicosociale des patients

ELEMENTS D'INVESTIGATION OBLIGATOIRES

Prise en charge médicosociale est inscrite dans les orientations stratégiques et les projets de l'établissement (accompagnement médicosocial, projet personnalisé des usagers, moyens mis en œuvre, dispositifs mis en place, etc.) en association avec la CDU.
Formation des professionnels à l'accompagnement médicosocial.
Information des patients sur les accompagnements spécifiques, les missions des services et professionnels du médicosocial, les projets personnalisés.
Actions visant à la promotion de l'accompagnement médicosocial.
Mise à disposition et utilisation de moyens d'évaluation des compétences relatives à la vie sociale.
Actions d'éducation du patient à la socialisation, à la sortie, à la vie en communauté, à la vie en autonomie.
Traçabilité du suivi médicosocial dans le dossier du patient.
Intervention des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles.
Modalités de communication en temps utile du projet personnalisé entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes repérés.
Organisation permettant l'accompagnement médicosocial des personnes, leur réinsertion, leur accès aux dispositifs de droit commun.
Participation du patient et s'il y a lieu de son entourage dans la construction de son projet personnalisé.
Dispositif structuré d'accompagnement à la réinsertion sociale.
Evaluation périodique de l'accompagnement médicosocial proposé au patient et à son entourage.
Dispositif d'évaluation et de suivi, notamment à l'aide d'indicateurs.
Actions d'amélioration du dispositif au regard des résultats obtenus.

SITUATIONS A RISQUES OBSERVEES

Projets personnalisés incomplet nuisant à la continuité et à la coordination de la prise en charge
Projet personnalisé inaccessible à tous les professionnels de la prise en charge
Absence de réunions de concertation pluridisciplinaires dans le cadre de la prise en charge des patients
Hébergement et/ou conditions de prise en charge ne permettant pas l'accompagnement médicosocial des patients
Défaut d'outils ou absence d'outils permettant la réinsertion sociale du patient au sein de l'établissement

Cet outil pourrait permettre :

- Aux cadres socio-éducatifs d'avoir des éléments de référence, une partition, pour se repérer dans leurs pratiques
- Aux cadres socio-éducatifs de prioriser les plans d'actions à venir dans le cadre d'une visite de certification
- Aux cadres socio-éducatifs de communiquer sur leurs pratiques pour préparer au mieux une future visite de certification

Une thématique spécifique pourrait mettre en avant la spécificité de la psychiatrie mais aussi l'importance prenante du travail social en EPSM pour lui (re)donner sa place dans l'organisation. Elle serait alors une base de travail pour organiser et orienter la stratégie du service social.

Les CSE ayant peu de repères et de pratiques communes, il semblait intéressant de travailler sur des outils leur permettant de s'unir dans leurs pratiques.

Cela n'enlève en rien les spécificités qu'ils peuvent avoir. L'idée n'est pas de les formater à une certaine mélodie mais bien d'élaborer des outils de travail, des perspectives leur permettant de s'épanouir au sein d'un cadre protecteur.

Ainsi, d'un point de vue individuel ils pourraient avoir une base de travail, mais d'un point de vue plus large ils pourraient avoir des repères pour situer leurs pratiques et les améliorer pour proposer aux patients une prise en charge optimale et adaptée.

Conclusion

L'organisation d'un établissement, si on la compare à un orchestre peut avoir plusieurs interprétations. Ainsi Chopin joué par Arthur Rubeinstein est-il plus percutant que joué par Maurizio Pollini. Cependant, ce qui fait une mélodie c'est avant tout la partition ; l'interprétation n'est que la façon de la jouer - propre à chacun des artistes.

Une organisation hospitalière a également cette particularité : condamnée à s'adapter à un territoire, elle interprète chaque année son offre de soins au regard des besoins des patients. Toutefois la base commune, dictée par l'Etat, leur donne une ligne directrice à suivre pour prendre en charge de la meilleure façon possible les patients dans l'établissement de santé dans lequel ils se rendent.

Dans cet écrit j'ai tenté de montrer la complexité du travail des Cadres Socio-Educatifs en EPSM – notamment dans le GHT du Nord-Pas-De-Calais.

En effet, la psychiatrie étant dissonante par rapport aux autres établissements de santé « classiques » elle doit sans cesse s'adapter. Les Cadres Socio-Educatifs semblent alors plus isolés que les cadres de santé en centre hospitalier et agissent selon des règles qu'ils se fixent.

Le travail social est une majeure partie de la prise en charge des patients, néanmoins il est peu pris en compte dans l'élaboration de la stratégie des établissements. Peut-être est-ce simplement lié aux termes utilisés : nous parlons bien d'établissement public *de santé mentale*. Faire du médico-social en établissement de santé paraît presque hérétique d'un point de vue vocable.

Le travail social doit donc constamment affirmer sa place et il le fait grâce au Cadre Socio-Educatif qui défend ses professionnels de terrain, leur légitimité et leur importance dans la prise en charge du patient. Mais plus globalement, c'est aussi à un organisme plus large (l'Etat, la Haute Autorité de Santé, l'ANAP) d'affirmer cette place importante du travail social dans les EPSM.

Mais, pour filer la métaphore, le Cadre Socio-Educatif n'est qu'un des violons (est-il le premier, le second ?) de l'orchestre. Restent alors aux autres violons, mais surtout au chef d'orchestre de dicter l'interprétation pour produire la mélodie la plus juste possible.

J'ai tenté de proposer des solutions afin d'améliorer la qualité de prestation du travail social en EPSM. Grâce à des outils communs, à une procédure d'évaluation globale, à une prise en compte généralisée, peut-être le travail social parviendrait-il à se faire entendre au-delà du bureau du Cadre Socio-Educatif. Et cette mise en avant du travail social ne peut qu'obliger les établissements à prendre encore plus en compte cette partie de la prise en charge du patient.

L'orchestre joue pour des spectateurs, l'hôpital s'organise pour les patients. Il n'est pas ici question d'ego mais bien de proposer aux patients la prise en charge la plus adaptée possible à leurs besoins.

Bibliographie

Ouvrages

- AVRIL C., CARTIER M., SERRE D., Enquêter sur le travail, Edition La Découverte, Collection Repères, Paris 2010.
- BAYLE E., 2007. Essai de définition du management des organisations sportives : objet, champ, niveaux d'analyse et spécificité des pratiques managériales, Edition De Boeck Supérieur, p.59.
- EY H., BERNARD P., BRISSET Ch., Manuel de psychiatrie, 6ème édition, Paris : Masson, 1989, p.66.
- FOUCAULT M., Histoire de la folie à l'âge classique, Galimard.
- LITRE E., Dictionnaire de la langue française.
- ROBBINS S., DECENZO D., Management – L'essentiel des concepts et des pratiques, 6ème édition, Pearson Education, Paris, 2008, p. 38.
- THUILLIEZ J., La folie, histoire et dictionnaire, Robert Laffont, 1999.

Articles

- PINELL P., *La Genèse du champ médical (1795-1870)* in Revue française de sociologie, 2009, VI. 50.
- Voir MBENGUE A., « Management des savoirs » in Revue française de gestion, 2004, vol. 30, n° 149, p. 13-31.

Autres documents

- Le parcours de soins du patient présenté aux journées de la Buissières 2013 (Dr PERON S., Le Parcours de Soins du patient, juin 2013, disponible sur : http://www.cme-psy.org/sites/default/files/fichiers/s_peron_parours_de_soins_graphique.pdf
- Publication de l'ANAP, Elaborer un projet médical partagé, 28 octobre 2016, disponible sur le site de l'ANAP : <http://www.anap.fr/publications-et-outils/publications/detail/actualites/elaborer-un-projet-medical-partage-de-ght-fiches-reperes/>
- Rapport présenté au comité consultatif de santé mentale, Groupe de travail relatif à « l'évolution des métiers en santé mentale : Recommandations relatives aux modalités de prise en charge de la souffrance psychique jusqu'au trouble mental

caractérisé », 11 avril 2002 :

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/024000452.pdf>

- GHT #coopération #projet médical partagé, flyer distribué par le Ministère des Affaires sociales et de la santé, disponible sur :
http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/flyer_ssa_2016_-_a4_-_ght.pdf
- Interview de M. HALOS J., Ancien président de l'Adesm (Association Des Etablissements participant au Service public de Santé Mentale), auditionné pour les comptes rendus de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale, disponibles sur le site du Sénat :
<https://www.senat.fr/compte-rendu-commissions/20130923/mecss.html>
- Fiches métier de la Fonction Publique Hospitalière, Responsable des services socio-éducatifs, consultable sur : http://www.chu-nimes.fr/rep_metiers/10C10.pdf
- Photographie de couverture réalisée par Arindam Mahanta disponible libre de droits sur Unsplash

Textes de loi

- Décret n 2014-101 du 4 février 2014 portant statut particulier du corps des assistants socio-éducatifs de la fonction publique hospitalière
- Loi n° 2011-803 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge
- Décret n°2007-839 du 11 mai 2007 portant statut particulier du corps des cadres socio-éducatifs de la fonction publique hospitalière, disponible sur :
- Le décret n° 93-652 du 26 mars 1993 portant statut particulier des assistants socio-éducatifs de la fonction publique hospitalière
- Décret n°93-651 du 26 mars 1993 portant statut particulier des cadres socio-éducatifs de la fonction publique hospitalière

Sites

- Site du Cercle de Réflexion et de Proposition d'Actions sur la psychiatrie :
<http://psychiatrie.crupa.asso.fr/7>
- Site des Conseils Locaux de Santé Mentale :
<http://clsm-ccoms.org/quest-ce-quun-clsm/definition-du-clsm/>
- Site E-marketing :
<http://www.e-marketing.fr/Definitions-Glossaire/Entonnoir-approche-en-->

241682.htm#zHIAc8Sv7itVPCL0.97

- Site de la Haute Autorité de Santé :
<https://www.has-sante.fr/portail/>
- Site du gouvernement – la fonction publique :
<http://www.fonction-publique.gouv.fr>
- Site du ministère des solidarités et de la santé :
<http://drees.social-sante.gouv.fr>
- Site du réseau santé – solidarité :
<http://www.sante-solidarite.org/>

Annexes

1. Annexe 1 – questionnaires administrés aux CSE du GHT de psychiatrie du Nord-Pas-De-Calais

A. EPSM Lille Métropole

Général	Nom de l'établissement	EPSM de l'agglomération lilloise
	Nombre de cadres supérieurs socio-éducatif	1 CSSE 1 faisant fonction 1 CSE détaché pour réaliser la coordination du réseau santé précarité et du CLSM de Tourcoing
	Nombre de travailleurs sociaux 2016	71
	Formation du C(S)SE	ES Cadre de l'intervention sociale DSTS entamé > passage du mémoire CAFERUIS Master 1 & 2 science de l'éducation VAE Diplôme d'Etat d'Ingénierie de la Santé
	Lieu du bureau d'exercice des fonctions	Dans un bâtiment « administratif » - pôle formation service socioéducatif
	Supérieur hiérarchique	Directeur Général Par délégation le Directeur des Ressources Humaines
Management des travailleurs sociaux	Réalisez-vous des réunions catégorielles ? Si oui, à quelle fréquence ?	Oui <u>2 niveaux de réunions :</u> <ul style="list-style-type: none"> • 3 réunions par an avec l'ensemble des travailleurs sociaux (instance d'information) • Depuis 2015 : Groupes réflexion sur les pratiques socio-éducatives (GRPSE) : 3h tous les 15 jours, ouverts à tous les travailleurs sociaux. Des réunions sur toutes les situations complexes qui lui reviennent : la CSE fait venir les experts qui peuvent répondre à la situation. Avant il n'y avait que des groupes d'analyse des pratiques pour les AS. En 2017 : <ul style="list-style-type: none"> • 13 GRPSE • 3 réunions
	A quelle fréquence vous rendez-vous sur le terrain à la rencontre des travailleurs sociaux ?	En 2016 : 21 réunions de travailleurs sociaux dans les pôles Parfois je me rends de façon informelle sur le terrain quand il y a besoin
	A quelle fréquence rencontrez-vous les professionnels de manière individuelle ?	1 x /an pour les entretiens individuels, et sinon selon les besoins. 2016 : <ul style="list-style-type: none"> • Evaluation annuelles : 78 entretiens (+ rencontres avec les travailleurs sociaux en formation) • Entretiens d'aide et de soutien : 57

		<ul style="list-style-type: none"> • 11 entretiens VAE préparation au concours • 17 avis sur la manière de servir
Management du service	A quelles instances participez-vous ?	<p>A quelles instances participez-vous ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • CSIRMT : seule instance à laquelle je participe mais pas officiellement • COFIL soins de santé, • COFIL des CLSM, • COFIL projet social • COFIL commission agrément AFT, • COFIL MDPH • COFIL commission de formation • Va commencer la CRUQPC • COFIL de Pôles 1 jeudi tous les 15 jours : c'est un outils spécifiques aux travailleurs sociaux
	Disposez-vous d'un temps spécifique dédié aux instances ?	Oui en fonction des problématiques, des thématiques
	A quelle fréquence rencontrez-vous les chefs de pôles et les cadres de santé ?	<p>Pas qu'autour de l'évaluation annuelle, je les rencontre selon les problématiques et l'organisation</p> <p>Nous travaillons ensemble de façon régulière</p> <p>On aime travailler ensemble : recrutement, évaluations, etc. Nous avons une bonne collaboration.</p>
	Quels sont vos partenaires privilégiés ?	<p>Tous parce en fonction des situations !</p> <ul style="list-style-type: none"> • La DRH et la direction des soins (cogestion de la permanence des soins de santé, hospitalisation longue et complexes, tutorat, etc.) sont des partenaires privilégiés, ainsi que le DAF (pour les recours) • La Direction de la qualité • La Directeur en charge des relations avec les usagers • La Direction financière • Les autres Directions et services (communication, centre de documentation, DIRM, etc.) • Toutes les administrations et service ; CAF, mdph... Tout ce qui concerne les administrations avec qui on passe de plus en plus de convention • Les services du département • Les associations : Afeji, La Sauvegarde du Nord, etc. • On collabore avec les établissements hospitaliers du département (services sociaux du CH Dron) : rencontre avec la CSE du CH Dron pour coordonner le travail entre les équipes de l'EPSM et celles du CH. • Les CSE des autres établissements • Les IFSI : je gère le suivi des étudiants, j'ai quelques interventions, etc. • L'ARS : car nous avons une permanence d'accès aux soins de santé, réseaux, offre médico-sociale.
	Avez-vous d'autres outils / temps spécifiques dédiés ?	<p>La commission de cadres socio-éducatifs régionale (ARCAFEB) tous les 2 mois : on traite vraiment des enjeux stratégiques, de la place, des difficultés.</p> <p>C'est une instance propre à la fonction. Tous les centres hospitaliers régionaux représentés par CSE participent.</p>
Harmonisation des pratiques	Y a-t-il des rencontres inter-EPSM entre les CSE ?	<p>Bailleul + LM car la direction commune facilite les échanges</p> <p>Je vois les autres EPSM de façon plus rare. Ça va se faire mais il faut réfléchir à la stratégie - rien de formel.</p>

	Quelles perspectives envisageriez-vous dans le cadre du GHT naissant ?	<p>Services SE n'apparaissent pas en tant que tel au sein du cadre organisationnel du GHT. Mais est-ce qu'il est question d'anticiper l'harmonisation des pratiques ? Ou est-ce qu'il faut encore attendre que le projet médical soit validé ?</p> <p>Dans un premier temps : se rencontrer, poser le fonctionnement (réaliser une photographie) : voir les invariants et les spécificités</p> <p>Il n'est pas question de parler de standardisation de pratiques car il y a la spécificité des publics, du territoire, etc.</p> <p>MAIS si des outils managériaux intéressants existent : comment les adapter à hauteur du GHT ? Ne plus penser intra-établissements mais méta-établissement</p> <p>Une offre de service doit être égalitaire et équitable pour tout le territoire</p> <p>Nous avons beaucoup d'expertise en interne ici (criminalité, droits de migrants, etc.) pourquoi ne pas en faire profiter les autres établissements ? Pourquoi pas un GRPSE commun ?? On irait vers quelque chose de plus « harmonieux » (même niveau de formation, d'information et d'expertise)</p> <p>Mais tout cela est stratégique et politique, donc je laisse la direction prendre des décisions.</p>
La pratique du management	Utilisez-vous des outils pour améliorer vos pratiques ?	<p>Je fais de la veille professionnelle et sociale. Je dispache aux travailleurs sociaux si besoin. Je vais à beaucoup de journées informatives.</p> <p>J'utilise tout ce qui peut me servir dans l'établissement à valoriser l'activité, donner de la visibilité, communiquer sur le travail social :</p> <p>Dans le cadre de la GPMC, je vais à la rencontre des praticiens hospitaliers qui ne comprennent pas le travail social : j'y vais avec les fiches de compétences ou fiches de postes</p> <p>Tous les outils sont bons</p> <p>On s'améliore aussi avec le temps peut-être...</p> <p>J'apprends aussi de mes erreurs !</p> <p>Ma philosophie : on n'est pas parfait, il faut se servir des plantages, rebondir, apprendre plein de choses des travailleurs sociaux (observation, échanges, etc. : c'est un outil à part entière)</p>
	Eventuelles difficultés rencontrées pour le management des travailleurs sociaux	<p>Des difficultés liées à la place de cadre intermédiaire : tu les acceptes ou tu t'en vas.</p> <p>Il faut rester dans une dynamique institutionnelle cohérente, rester accroché à ses valeurs et ses fondamentaux : adapter tout le temps la communication en fonction de l'interlocuteur car les intérêts sont différents. Tu sais qui s'entend avec qui, etc. Des choses que tu dis à l'un ou à l'autre mais une vigilance de tous les instants.</p> <p>Les services socio-éducatifs ont une transversalité interne qui fait qu'ils sont partout. Pas un seul champ d'intervention donc du coup on sait tout et on se confie facilement à nous. Donc ça met parfois dans des situations rocambolesques.</p> <p>Stratégiquement : il faut faire attention à la communication.</p> <p>Mets un pervers à la tête du SSE : tu fais exploser l'établissement ! (<i>sourire</i>)</p> <p>Pas de management de proximité ??? Ce n'est pas du tout un problème ! ça ne dérange plus les travailleurs sociaux qui estiment m'avoir assez sur le dos.</p>
	Eléments facilitateurs dans la pratique du management des travailleurs sociaux	<p>Un principe qui dicte ma pratique : dire ce qu'on fait, faire ce qu'on dit.</p> <p>Mieux vaut déranger que rester indifférent.</p> <p>Etre partout où on ne nous attend pas forcément. Ne pas laisser d'espace.</p> <p>La transversalité des pratiques on peut parler à tout le monde.</p> <p>Il ne faut pas être nombreux pour prendre la place, juste être là au bon endroit au bon moment.</p> <p>Il faut avoir des interlocuteurs qui le permettent.</p>

B. EPSM de l'agglomération lilloise

Général	Nom de l'établissement	EPSM de l'agglomération lilloise
	Nombre de cadres supérieurs socio-éducatif	1
	Nombre de travailleurs sociaux 2016	67
	Formation du C(S)SE	Horticulteur Educateur Technique Spécialisé CSSE fonction publique hospitalière (équivalent CAFERUIS) concours cadre supérieur
	Lieu du bureau d'exercice des fonctions	Direction Générale
	Supérieur hiérarchique	Direction Générale et par délégation Direction des Affaires Médicales, de la Qualité et des Relations avec les Usagers
Management des travailleurs sociaux	Réalisez-vous des réunions catégorielles ? Si oui, à quelle fréquence ?	1 fois tous les 2 mois : rencontre en pédopsychiatrie / psychiatrie adulte / secteurs roubaisiens Je souhaite espacer ma présence en réunion pour qu'ils apprennent à travailler sans moi, d'autant que je ne sais pas si mon poste sera renouvelé. J'y vais aussi à la demande dans les services. Générale une fois par an grand maximum pour les rencontres avec l'intégralité des travailleurs sociaux Les travailleurs sociaux se réunissent par thèmes sur des problématiques qui leur sont propre mais je ne vais pas aux réunions. Je veux que ça vive sans moi. Les travailleurs sociaux vont à ces réunions parce qu'ils en ont besoin (besoin d'intégration, d'appartenance à un groupe)
	A quelle fréquence vous rendez-vous sur le terrain à la rencontre des travailleurs sociaux ?	A la demande A peu près 3 fois par semaine
	A quelle fréquence rencontrez-vous les professionnels de manière individuelle ?	Une fois par an dans le cadre de l'évaluation annuelle + à la demande + j'accueille les nouveaux professionnels, je réalise les renouvellements de contrat + à je les revois au bout de 1 mois, de 3 mois, de 6 mois, de 12 mois + si besoin Je vais les voir sur le terrain mais ils n'hésitent pas à venir non plus !
Management du service	A quelles instances participez-vous ?	<ul style="list-style-type: none"> • CME • Commission culturelle • CAPL • conseil de discipline • CTE • Commission de soins infirmiers • commission de formation

		<ul style="list-style-type: none"> • Référents qualité • Cellule violence • CREX sur demande • CDU
	Disposez-vous d'un temps spécifique dédié aux instances ?	Non Je suis invité permanent.
	A quelle fréquence rencontrez-vous les chefs de pôles et les cadres de santé ?	A la demande mais les échanges sont fréquents : je les connais très bien Ça se passe bien, et d'ailleurs c'est la clef. C'est parfois plus difficile avec les Cadres Supérieurs.
	Quels sont vos partenaires privilégiés ?	<ul style="list-style-type: none"> • Le Médecin président CME • Les institut de formation • Le GHICL • Le CHR • Le CH Victor Provost • La DRH • La MDPH • La DRJSCS • La Direction des soins • L'ARS un peu moins • Les réseaux santé ville (CLSM/CREPSY) • La DG et la DAMQRU et l'ensemble des secteurs • Bailleurs sociaux <p>Je ne suis pas isolé : j'essaie de tisser du lien avec le plus de partenaires possibles</p>
	Avez-vous d'autres outils / temps spécifiques dédiés ?	Non.
Harmonisation des pratiques	Y a-t-il des rencontres inter-EPSM entre les CSE ?	Elles existent au niveau des services sociaux mais selon moi elles ne sont pas assez fréquentes +Je fais partie de l'ARCAFEH : l'association Régionale des cadres Socio-éducatif hospitaliers (avec CH Boulogne, calais, saint venant, CHR GHICL, Seclin, Hénin-Beaumont, Lens) 1 fois par trimestre
	Quelles perspectives envisageriez-vous dans le cadre du GHT naissant ?	<p>Mutualiser les moyens d'encadrement et faire des économies mais parfois ça n'aurait pas de sens Chaque secteur est tellement cloisonné - un seul service socio-éducatif pour le nord ...? Est-ce qu'il faudra mettre un directeur à la DG avec plus de terrain - est-ce qu'il faudra un CSE en pédopsychiatrie et en psychiatrie adulte... ? Je ne vois pas comment faire des économies.</p> <p>Le GHT c'est pour rationaliser, du coup je ne vois pas comment on peut faire des économies. Déjà réunir tous les agents c'est compliqué, mais si on le fait pour les quatre établissements ce sera le bordel (<i>sourire</i>) L'intérêt ce sera une meilleure fluidité pour passer d'un établissement à l'autre, il y aura plus de possibilités en formation intra, avec un niveau d'échelle plus important. Mais ça veut aussi dire que la direction des soins sera fusionnée mais le rapport d'échelle sera le même pour tout le monde.</p>

La pratique du management	Utilisez-vous des outils pour améliorer vos pratiques ?	Non
	Eventuelles difficultés rencontrées pour le management des travailleurs sociaux	<p>C'est un poste difficile car c'est une catégorie professionnelle pas facile à manager (c'est la culture des travailleurs sociaux et ce qui fait leur charme : indépendance, franc-parler, militantisme professionnel qu'il faut cadrer). C'est aussi la confrontation de 2 mondes : le sanitaire avec sa rigueur professionnelle (procédures, protocoles, etc.) et monde socio-éducatif qui est plus dans l'accompagnement, la citoyenneté et l'humain. Ils ne travaillent pas avec des patients mais avec des gens.</p> <p>Je me pose en défenseur de mes travailleurs qui sont malmenés – c'est difficile aussi : il faut trouver toujours la frontière entre le travail des uns et celui des autres (on est sur le fil du rasoir constamment).</p> <p>Le grand intérêt c'est qu'ils sont à l'interface : dans l'institution et à l'extérieur. C'est une force mais il faut permettre qu'ils soient là où ils doivent être.</p> <p>Horaires particuliers des travailleurs sociaux à gérer sont compliqués.</p> <p>Il faut réussir à faire accepter les différences du travail social (différences horaires, de mouvements, etc.)</p>
	Eléments facilitateurs dans la pratique du management des travailleurs sociaux	<p>J'ai l'impression qu'ils se comprennent très vite. Les gens font preuve de beaucoup de créativité pour apporter des réponses aux usagers.</p> <p>L'organisation hiérarchique différenciée fait que je peux avoir plus d'exigences avec les travailleurs sociaux. Je peux intervenir très très vite. Si un infirmier foire, c'est souvent le groupe complet qui se bat. On a plus d'exigence pour les travailleurs sociaux et on peut en avoir. Mais ça facilite une espèce de loyauté pour la grande partie des travailleurs sociaux.</p> <p>Le fait qu'il y ait une interface, ça donne aux gens un poids supplémentaire (ex : quand je fais une synthèse on parle du patient, de son hospitalisation, etc. et on se tourne à la fin vers le travailleur social "maintenant on fait quoi ?) on se projette avec le travailleur social une fois que le reste est géré. Le travailleur social transforme l'essai après tout ça. Il transforme l'essai pour aller vers le projet de vie de la personne - clairement.</p>

C. EPSM des Flandres

Général	Nom de l'établissement	EPSM des Flandres
	Nombre de cadres supérieurs socio-éducatif	1 CSE 1 CSSE
	Nombre de travailleurs sociaux 2016	37
	Formation du C(S)SE	Assistante sociale, diplômée du CAFERUIS
	Lieu du bureau d'exercice des fonctions	Le service d'action sociale se trouve dans un bâtiment indépendant
	Supérieur hiérarchique	DRH
Management des travailleurs sociaux	Réalisez-vous des réunions catégorielles ? Si oui, à quelle fréquence ?	Très occasionnellement pour le projet de service ou la démarche qualité

	A quelle fréquence vous rendez-vous sur le terrain à la rencontre des travailleurs sociaux ?	2 à 3 fois par semaine
	A quelle fréquence rencontrez-vous les professionnels de manière individuelle ?	4 à 5 fois par an
Management du service	A quelles instances participez-vous ?	CDU
	Disposez-vous d'un temps spécifique dédié aux instances ?	non
	A quelle fréquence rencontrez-vous les chefs de pôles et les cadres de santé ?	Ponctuellement sur les projets, les entretiens d'évaluation, la préparation du plan de formation, des réunions institutionnelles
	Quels sont vos partenaires privilégiés ?	La DRH, le service formation, les professionnels impliqués dans les missions dont mon service a la charge : l'AFT, le SAMAD, les logements associatifs La CPAM, la CAF, la MDPH, les services du département, les associations tutélaires, les services sociaux des hôpitaux
	Avez-vous d'autres outils / temps spécifiques dédiés ?	J'apporte un soutien technique aux AS sur des situations complexes ou particulières, j'organise une réunion de service par mois ainsi que des rencontres avec les partenaires
Harmonisation des pratiques	Y a-t-il des rencontres inter-EPSM entre les CSE ?	Oui essentiellement avec l'EPSM Lille Métropole dans le cadre de la direction commune
	Quelles perspectives envisageriez-vous dans le cadre du GHT naissant ?	Un partage des outils Une harmonisation des pratiques Des rencontres partenariales communes Un échange sur les pratiques Une mutualisation de l'AFT
La pratique du management	Utilisez-vous des outils pour améliorer vos pratiques ?	La formation continue
	Eventuelles difficultés rencontrées pour le management des travailleurs sociaux	Les nombreux déplacements Le management à distance La non reconnaissance des cadres soignants qui revêt une forme de mise à l'écart Un manque d'informations sur les projets en cours, je ne suis pas associée aux réflexions institutionnelles Les agents considèrent relever d'une double hiérarchie, (CSE et Médecin chef) ce qui provoque parfois des incompréhensions liées aux informations contradictoires, le médecin ne se référant pas toujours au cadre réglementaire
	Éléments facilitateurs dans la pratique du management des travailleurs sociaux	Le fait d'être deux cadres préserve de l'isolement Les échanges avec les collègues CSE Le soutien de la DRH

D. EPSM Val-de-Lys Artois

Général	Nom de l'établissement	EPSM Val-De-Lys Artois
	Nombre de cadres supérieurs socio-éducatif	1+1 à l'ITEP
	Nombre de travailleurs sociaux 2016	18
	Formation du C(S)SE	Educateur spécialisé puis cadre socio-éducatif
	Lieu du bureau d'exercice des fonctions	Dans un pôle de psychiatrie
	Supérieur hiérarchique	DRH
Management des travailleurs sociaux	Réalisez-vous des réunions catégorielles ? Si oui, à quelle fréquence ?	Oui, 3 à 4 par an et de nombreuses rencontres sur différents sujets
	A quelle fréquence vous rendez-vous sur le terrain à la rencontre des travailleurs sociaux ?	Tous les jours
	A quelle fréquence rencontrez-vous les professionnels de manière individuelle ?	Je ne fais pas les évaluations
Management du service	A quelles instances participez-vous ?	Conseil de pôle
	Disposez-vous d'un temps spécifique dédié aux instances ?	Non
	A quelle fréquence rencontrez-vous les chefs de pôles et les cadres de santé ?	Oui, 3 à 4 par an et de nombreuses rencontres sur différents sujets
	Quels sont vos partenaires privilégiés ?	Direction DRH Services administratifs Tous les dispositifs santé, justice, CAF, CPAM, tutelles
	Avez-vous d'autres outils / temps spécifiques dédiés ?	Cariatide
Harmonisation des pratiques	Y a-t-il des rencontres inter-EPSM entre les CSE ?	Oui

	Quelles perspectives envisageriez-vous dans le cadre du GHT naissant ?	Je souhaite être à l'initiative des rencontres des CSE, notamment la première
La pratique du management	Utilisez-vous des outils pour améliorer vos pratiques ?	
	Eventuelles difficultés rencontrées pour le management des travailleurs sociaux	Le service n'est pas hiérarchique pour l'instant mais à l'étude
	Eléments facilitateurs dans la pratique du management des travailleurs sociaux	Service reconnu ayant toute sa place à l'EPSM

2. Annexe 2 : outil d'auto-évaluation à destination des Cadres Socio-Educatifs

											
<p>Présentation de l'outil d'auto-évaluation des compétences à destination des cadres socio-éducatifs: Cet outil décline chacune des 13 compétences définies dans la fiche de fonction du directeur en quatre niveaux.</p> <p>Chacun des niveaux correspond à : un degré d'autonomie croissant du cadre socio-éducatif dans la mise en œuvre de la compétence ; un degré de complexité croissant dans la mise en œuvre de la compétence.</p> <p>Pour chacun des niveaux, des exemples d'activité ont été listés à titre indicatif pour guider le cadre dans son autoévaluation.</p> <p>Le présent outil n'a pas de valeur normative, son objectif est avant tout de permettre au cadre socio-éducatif de s'autoévaluer et d'identifier d'éventuels besoins de formation.</p>											
<p>Mode d'emploi simplifié</p> <ul style="list-style-type: none"> o Pour démarrer, cliquer sur la case bleue « Commencer l'autoévaluation » o Dans chaque onglet est décrit une des 11 compétences, avec son titre, sa description, ses 4 niveaux de « maîtrise » (de 1 à 4), de la compétence, illustrés par des situations concrètes (en bleu) o A l'aide du menu déroulant de la case rouge « à compléter », indiquer le niveau de compétence qui correspond le mieux à votre pratique actuelle. Une fois complétée, cette case se colorie en vert. o Ensuite cliquer sur la case bleue « Aller à la page suivante » pour accéder à la compétence suivante(onglet suivant). o La dernière page présente le « graphique » de compétences obtenu par vos réponses : <ul style="list-style-type: none"> - En rouge les compétences à améliorer et qui sont pour l'instant plutôt des points faibles - En orange les compétences à approfondir pour avoir un niveau suffisant de maîtrise - En jaune les compétences pour lesquelles vous pouvez encore vous améliorer mais qui ont tendance à faire partie de vos points forts - En vert les thématiques qui sont vos points forts o De préférence enregistrer le fichier pour conserver une trace de cette auto-évaluation. <p>Messages d'erreur</p> <ul style="list-style-type: none"> o Lorsque le niveau pour une compétence donnée n'a pas été enregistré, la page suivante affiche un message d'erreur : « Attention : vous n'avez pas renseigné la compétence précédente ». Dans ce cas, il faut cliquer sur « Revenir à la page précédente » pour procéder à l'enregistrement. o A la fin, si certaines compétences n'ont pas été complétées, un message d'erreur s'affiche : « Attention : certaines données sont manquantes ». Afin de compléter le radar il faut revenir en arrière pour compléter la ou les compétences manquantes. 											
<p style="text-align: center;">Sommaire (liste des compétences faisant l'objet de l'autoévaluation):</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 - Stratégie d'organisation du service 2 - Organisation du service 3 - Management et conduite du changement 4 - Gestion des ressources humaines 5 - Encadrement d'équipe 6 - Pilotage de l'activité dans le cadre d'une démarche de progrès 7 - Sécurité des patients 8 - Santé et sécurité au travail 9 - Communication et négociation 10 - Communication et négociation 11 - Organisation et animation de partenariats 											
											Commencer l'auto-évaluation

1. Développer une stratégie d'organisation du service socioéducatif dans l'univers de la santé :

Intégrer toutes les contraintes du secteur (juridique, politique, ...) pour élaborer un projet de service ambitieux au service de la santé publique et le traduire en objectifs concrets courts et moyens termes à proposer à la direction.

Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
<p>Comprendre la politique de santé nationale et régionale.</p> <p>Connaître et comprendre la politique et la stratégie de l'établissement</p>	<p>Identifier et analyser les enjeux spécifiques de l'établissement et du territoire de santé.</p> <p>Veiller à la promotion de l'activité et piloter la communication externe.</p> <p>Piloter le développement du réseau au niveau régional et national</p> <p>Traduire en orientations et en objectifs à moyen long terme au travers d'une stratégie de service</p>	<p>Communiquer cette stratégie à l'ensemble des professionnels du médicosocial.</p> <p>Décliner les orientations stratégiques du service en projets concrets.</p> <p>Mettre en place des partenariats et groupes de travail avec le secteur sanitaire.</p>	<p>Associer l'ensemble des services à la politique du service.</p> <p>Intégrer le service au sein d'un réseau et d'une filière de soins.</p>

Exemples de situation

<p>J'ai les textes et je m'y réfère régulièrement.</p> <p>J'explique les textes aux professionnels du médicosocial si besoin</p> <p>Je maîtrise les nouvelles orientations de l'établissement</p>	<p>Je choisis des indicateurs permettant de suivre la stratégie et la communiquer.</p> <p>Je confronte mes indicateurs aux données locales / extérieures.</p>	<p>J'intègre dans mes projets ces enjeux et orientations.</p> <p>Je négocie les délégations de gestion dont j'ai besoin pour atteindre les objectifs de ma stratégie.</p> <p>Je négocie des conventions avec le secteur sanitaire en proposant les services de l'établissement aux services de son ressort et en sa qualité d'expertise et recours</p>	<p>Je participe à autant de groupe de travail pouvant permettre à mon service de s'épanouir.</p> <p>Je participe au Plan Blanc et au Plan Bleu.</p> <p>Je signe des conventions constitutives avec d'autres réseaux spécifiques et avec le secteur libéral.</p>
---	---	--	---

À quel niveau évaluez-vous votre niveau de compétence actuel ?

1

[Aller à la page suivante](#)

2. Organiser le service

Décliner le projet d'établissement en projet de pôle portant sur le pilotage opérationnel d'activité et sur le management d'un portefeuille de projets

Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
Organiser le service médicosocial et structurer le projet Organiser des réunions de service avec tous les professionnels du médicosocial Planifier, programmer, organiser l'activité Assurer un temps à la CME pour l'organisation et le fonctionnement de l'activité Définir les conditions d'exécution, les caractéristiques techniques et les délais de réalisation des activités Être force de proposition en	Déployer le projet du service dans l'ensemble de la structure en fixant l'ensemble des indicateurs clés (activité, efficacité, qualité et condition de travail).	Piloter la réalisation du projet du service avec des indicateurs repérés. Manager les différents projets de pôles.	Négocier le réajustement du projet d'établissement en fonction du projet de service et des besoins repérés.

Exemples de situation

Je participe aux instances stratégiques et de pilotage de l'établissement. Je m'assure de la cohérence du projet de service avec le projet d'établissement. Il existe un projet de service socioéducatif. Je participe à la construction des projets de pôles et y intègre une partie médicosocial.	Je choisis et internalise des indicateurs. J'organise la mise en œuvre du plan projet (responsabilités, calendrier, animation, ...).	Je mets en place un contrôle mensuel des indicateurs dans chaque service. Je fais un suivi des fiches actions avec le cadre de santé référent.	Je réajuste les objectifs du projet de service en fonction du projet d'établissement. Je réajuste les objectifs du projet de service en fonction de la population accueillie et des problématiques repérées par les équipes Je réajuste les objectifs du projet de service en fonction des directives régionales et nationales
--	---	---	--

A quel niveau évaluez-vous votre niveau de compétence actuel ?

2

[Revenir à la page précédente](#)

[Aller à la page suivante](#)

3. Manager avec leadership et conduire le changement :
 Motiver, entraîner les équipes, donner du sens et savoir prendre du recul en situation de crise.
 Susciter une dynamique collective permettant la remise en cause des habitudes. Favoriser l'émergence de nouvelles approches.

Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
Assurer les missions élémentaires de la fonction de responsable : hiérarchiser, statuer, communiquer, contrôler, faire un retour positif/négatif. Favoriser les échanges permettant aux différents acteurs d'avoir un dialogue constructif. Anticiper et organiser le changement	Donner du sens aux actions entreprises : motiver les équipes autour du projet de service en répondant aux préoccupations des uns et aux attentes des autres. Veiller au développement de plans de communication afin de créer une dynamique interne. Ajuster la communication en fonction des événements et des personnes	Mettre en place des délégations en conformité avec l'organisation de l'établissement. Instaurer avec sérénité des changements profonds dans la culture du service socioéducatif et, le cas échéant, dans la culture de l'établissement.	Entretenir des réseaux professionnels et/ou politiques pour y promouvoir les intérêts médico-économiques de l'établissement.

Exemples de situation

J'informe au plus tôt de chaque modification institutionnelle ou tutélaire. Je suis les tableaux de bords internes et suis capable de les interpréter Je sais prendre des décisions difficiles Je coopère avec la direction, la CME et l'ARS sur les évolutions à venir	Je veille à travailler en lien avec le service communication pour favoriser une information fluide et harmonisée Je fais preuve d'exemplarité et j'incarne mon éthique personnelle et mes valeurs. Je fais organiser des groupes de travail favorisant le changement des habitudes de travail. Je m'investis dans la gestion de conflits (prévention/résolution) en lien étroit avec les cadres et médecins des services.	Je favorise les interfaces entre les métiers, le respect des règles, une dynamique de progrès permanent, ... Je participe à l'évaluation des professionnels. Je mets en cohérence les valeurs de l'établissement et celles de mon service.	Je participe à des réseaux de cadres socioéducatifs au niveau régional et national.
--	--	--	---

A quel niveau évaluez-vous votre niveau de compétence actuel ?

3

[Revenir à la page précédente](#)

[Aller à la page suivante](#)

4. Organiser et développer les métiers & compétences :

Anticiper les évolutions des métiers et organisations pour dimensionner le développement des compétences.

Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
<p>S'assurer de l'adéquation du personnel aux besoins du service et au contexte territorial</p> <p>Participer à la gestion des ressources humaines en lien avec la direction des ressources humaines</p> <p>S'assurer de la continuité de la prise en charge</p>	<p>Définir les besoins prévisionnels et plans RH en conséquence (remplacement, polyvalence, formation ...).</p>	<p>Piloter le plan de formation annuelle et individuelle du développement professionnel des professionnels.</p>	<p>Concourir à une politique de GPEC (recrutement et formation) en lien avec le volet socioéducatif du projet d'établissement.</p>

Exemples de situations

<p>Je définis les besoins en recrutement et je participe aux procédures de recrutement</p> <p>Je participe à l'élaboration du plan de formation</p> <p>Je participe aux procédures disciplinaires et j'apporte des éléments d'arbitrage et de décision</p> <p>J'anticipe et je régule les situations de conflits et les situations difficiles</p>	<p>Je m'assure de la rédaction des fiches de postes .</p> <p>Je mets en place une communication et une politique attractive d'accueil et de fidélisation du personnel.</p> <p>J'analyse l'adéquation entre les besoins du service et personnel nécessaire.</p> <p>Je propose des actions de formation</p>	<p>Je mets en place un dispositif d'accompagnement des internes.</p> <p>Je réalise des entretiens annuels.</p>	<p>J'anime une réflexion sur l'évolution des métiers dans mon établissement.</p> <p>Je participe à une réflexion métier au niveau du territoire.</p> <p>J'argumente les besoins de recrutement.</p>
---	---	--	---

A quel niveau évaluez-vous votre niveau de compétence actuel ?

3

[Revenir à la page précédente](#)[Aller à la page suivante](#)

5. Encadrer l'équipe des professionnels composant le service :

Organiser au mieux avec les équipes la production des activités et des accompagnements ainsi que la planification des ressources de façon à atteindre les objectifs définis.

Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
<p>Piloter l'action des services</p> <p>Mettre en œuvre les outils de planification et les procédures de contrôle</p> <p>Coordonner des équipes, expliquer les consignes et donner des ordres en situation opérationnelle</p> <p>Harmoniser les méthodes de travail et apporter une aide technique et méthodologique aux agents</p>	<p>Repérer les dysfonctionnements, les signaler, agir à son niveau</p> <p>Évaluer les contributions individuelles et collectives</p> <p>Faire faire respecter les règles par les équipes.</p>	<p>Planifier l'activité sur le moyen terme et anticiper les moyens nécessaires.</p> <p>Mettre en adéquation l'organisation en fonction des contraintes (moyens disponibles) pour atteindre les objectifs.</p>	<p>Ancrer les bonnes pratiques dans un système de management global du service socioéducatif</p> <p>Organiser la diffusion de l'information au sein du service</p>

Exemples de situation

<p>J'ai connaissance des professionnels des différents service et de leur activité</p> <p>Je connais et favorise les bonnes pratiques. Je fais rédiger les procédure.</p> <p>Je réunis les professionnels de chaque service tous les deux mois et participe à l'élaboration de leur activité</p>	<p>Je réalise une veille professionnelle me permettant d'être à jour dans la gestion des événements indésirables, difficiles ou des dysfonctionnements</p> <p>En cas de problème je réunis les professionnels et si besoin organise un CREX pour établir un bilan de la situation et organiser un plan d'actions</p> <p>Je supervise la définition des objectifs et des indicateurs associés.</p>	<p>Je maîtrise les différents outils d'évaluation de l'activité et des professionnels</p> <p>A l'aide de ces évaluation je projette des dispositifs d'amélioration des accompagnements</p> <p>Je réalise des benchmarks pour identifier de nouvelles opportunités.</p>	<p>J'anime en comité de pilotage le suivi de l'ensemble des projets.</p> <p>Je développe de nouvelles bonnes pratiques organisationnelles, reconnues par la communauté. .</p> <p>J'envoie le personnel voir d'autres hôpitaux en cas de problème, pour analyser des activités comparables, décider de nouvelles pratiques et négocier des moyens de manière argumentée.</p>
--	---	--	---

A quel niveau évaluez-vous votre niveau de compétence actuel ?

4

[Revenir à la page précédente](#)

[Aller à la page suivante](#)

6. Animer une démarche de progrès :

Identifier les sources de dysfonctionnements et organiser leur résolution progressive avec les équipes pour améliorer les indicateurs. Faire le lien avec le service d'amélioration continue de la qualité pour une meilleure prestation.

Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
Participer à l'organisation du signalement des événements indésirables et suivre les événements indésirables graves. Organiser la mise en place et mise en oeuvre des différentes commissions et instances liées au service Suivre la gestion des plaintes et réclamations des usagers	Encourager le recueil des dysfonctionnements et organiser leur traitement. Analyser et organiser l'optimisation des processus opérationnels clés, en déléguant aux acteurs concernant. Organiser un système de référence : qualité et gestion des risques, prise en charge médicamenteuse, utilisation des outils informatiques, Commission de Soins Infirmiers, etc. Diffuser la charte relative à la déclaration des événements indésirables	Mettre en place une politique de progrès permanent au sein des services. Réaliser un suivi des réunions de référents Organiser la transmission des informations S'assurer de la participation aux réunions de référents.	Participer au CoPil qualité et Gestion des risques et inclure une partie dans le projet du service qualité Mettre en place des actions d'amélioration aux interfaces transversalement dans l'établissement.

Exemples de situation

Je sensibilise au recueil des dysfonctionnements. Je fais organiser des ateliers participatifs pour rechercher des améliorations Je mets en place des fiches de dysfonctionnement. J'intègre les droits des usagers et la gestion des plaintes au projet de service	Je participe à l'analyse des dysfonctionnements. Je promeus qualité ou tout autre comité de gestion des dysfonctionnements de l'établissement. Je m'assure que chaque équipe est autonome pour faire un suivi régulier des dysfonctionnements et mener un plan d'actions Chaque réunion spécifique de l'établissement comprend un ou plusieurs travailleur(s) social (aux)	J'ai un tableau de bord avec les éléments importants issus des instances Je m'assure de la communication des actions aux professionnels de l'établissement. Je statue sur les actions d'optimisation. J'assure un temps spécifique durant les réunions de service à la transmission des informations recensées en réunion de référent	Je participe activement à la gestion des risques dans l'établissement J'organise l'évaluation périodique des dysfonctionnements et la pérennisation des améliorations. Je propose des solutions d'amélioration en lien avec la filière socioéducative
---	---	--	---

A quel niveau évaluez-vous votre niveau de compétence actuel ?

3

[Revenir à la page précédente](#)[Aller à la page suivante](#)

7. Assurer la sécurité des patients et promouvoir la relation à l'usager

Mettre en œuvre une activité assurant la sécurité des patients au sein de l'établissement et favorisant une réinsertion sociale bienveillante. Promouvoir la bienveillance et prévenir le risque de maltraitance.

Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
<p>Évaluer le niveau de risque et de sécurité, pour les usagers, d'un équipement, d'un lieu ou d'une activité</p> <p>Assurer une vigilance sanitaire</p> <p>Comprendre et promouvoir la démarche de certification auprès des professionnels</p> <p>Mettre en œuvre des procédures de sécurité des usagers</p>	<p>Assurer la réalisation d'EPP au sein de la structure.</p> <p>Participer aux CREX relatives aux droits des patients et à la bienveillance / maltraitance</p> <p>Participer à la promotion de la bienveillance dans l'établissement et à la diffusion de la charte des droits des patients et des</p>	<p>Participer activement à la CDU et veiller à la bonne résolution des problématiques repérées ou recensées par les patients</p> <p>Évaluer la satisfaction des patients, notamment en relation avec l'accompagnement socioéducatif concerné et proposer des plans d'actions</p> <p>En animer la réalisation. La décliner au sein des services.</p>	<p>Diffuser les grandes orientations en termes de gestion des risques, droits des patients, promotion de la bienveillance.</p> <p>Promouvoir la qualité et la gestion des risques</p> <p>Assurer la sensibilisation des professionnels face aux problématiques de Sensibiliser les professionnels à la dénonciation de la maltraitance au sein de l'établissement</p>

Exemples de situation

<p>J'ai une grille avec des critères d'évaluation correspondant à la sécurité des patients dans les lieux de prise en charge</p> <p>Je m'engage au sein de la démarche de certification de l'établissement.</p> <p>Je connais le contenu du manuel de certification des établissements de santé publié par la HAS.</p> <p>J'écris et/ou transmets des procédures de sécurité à mes professionnels du médico-social</p>	<p>Je maîtrise les bases de l'évaluation.</p> <p>J'encourage la réalisation des EPP.</p> <p>Je participe ou fait participer aux temps d'information et aux formations à la bienveillance en établissement de santé</p>	<p>J'ai une place attribuée en CDU</p> <p>Je fais décliner la politique de l'établissement dans les services.</p> <p>Je m'assure du suivi des indicateurs de satisfaction et en réfère à ma hiérarchie si besoin</p>	<p>J'apporte de nouvelles idées et mes compétences.</p> <p>Je valorise les actions relatives à la bienveillance au sein de l'établissement</p> <p>Je compare mes résultats avec ceux d'autres établissements similaires au travers des indicateurs nationaux et régionaux.</p> <p>Je participe, en lien avec le service communication, à la diffusion de l'information relative aux droits des patients, à la bienveillance et à la maltraitance.</p>
--	--	--	---

A quel niveau évaluez-vous votre niveau de compétence actuel ?

3

[Revenir à la page précédente](#)

[Aller à la page suivante](#)

8. Veiller à la santé et à la sécurité au travail, en particulier avec les professionnels du service socioéducatif :
Savoir réaliser un diagnostic sur les niveaux de risques au travail relatifs au service socioéducatif. Avoir repéré ces risques, savoir y pallier pour éviter leur réalisation dans l'établissement et au sein du service.

Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
Savoir repérer les Risques PsychoSociaux et les répertorier Participer à la politique de prévention de l'établissement	Entendre les différents points de vue et reconnaître les besoins individuels Savoir repérer les signes de fatigue au travail, burn-out ou autre difficulté liée aux RPS	Promouvoir le bien-être au travail Contrôler l'application des règles dans les situation de travail Contribuer au développement du document unique	Développer des actions de formation et de prévention sur les RPS au travail

Exemples de situation

Je mets en place des réunions d'information sur les RPS	J'organise des entretiens individuels avec les chefs de service et les cadres pour échanger avec eux sur les risques repérés	Je participe et suis force de proposition quant à la qualité de vie au travail au sein de l'établissement	Je dispose d'une AS du personnel qui promeut la QVT et repère les risques liés aux RPS
J'organise des réunions informelles, pluriannuelles	J'aborde la qualité de vie au travail durant l'entretien annuel	Je travaille en lien avec le CHSCT pour favoriser l'application des réglementations relatives à la QVT	Je favorise la valorisation individuelle, la reconnaissance des différences au service d'un objectif commun.
Je participe au groupe qualité de vie au travail	J'ai une grille de critères relatifs à la QVT	Je participe au CoPil autour du DU	Je travaille en lien avec le service communication pour promouvoir la qualité de vie au travail

A quel niveau évaluez-vous votre niveau de compétence actuel ?

3

[Revenir à la page précédente](#)

[Aller à la page suivante](#)

9. Communiquer efficacement avec un interlocuteur :

Savoir créer une relation constructive et sereine permettant de comprendre les besoins de son interlocuteur tout en faisant valoir ses propres intérêts: développer ainsi des alliances favorables au développement du projet de l'établissement.

Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
Reconnaître chacun des acteurs du service ou des partenaire et lui accorder un temps de parole spécifique	Entendre les différents points de vue et reconnaître les besoins individuels.	Favoriser la reconnaissance des talents de chacun.	Créer une dynamique collective constructive au niveau des services et de la direction.

Exemples de situation

Je mets en place des réunions d'information sur les objectifs et résultats du service	J'organise des entretiens individuels avec les partenaires de mon service	J'organise une communication par projet pour formaliser l'expression et la valorisation.	Je favorise la valorisation individuelle, la reconnaissance des différences au service d'un objectif commun.
Je transmets de l'information par intranet et mail.	Je fais formaliser les messages clés sur des supports écrits de communication (présentations, mails, ...).		
	J'organise la communication du service via intranet et supports adaptés (lettre d'info, liée à la feuille de paye) et organise la réception des demandes / plaintes des professionnels (instances, FEI, etc.)		Je participe au développement du service à travers le service communication
			Je fais valoir l'intérêt du service socioéducatif au sein des instances et des différents temps d'échange

A quel niveau évaluez-vous votre niveau de compétence actuel ?

3

[Revenir à la page précédente](#)

[Aller à la page suivante](#)

10. Négocier gagnant-gagnant :

Imaginer et obtenir les accords les plus favorables à mon service particulièrement en situation de conflit pour que chacune des parties reparte à avec une solution satisfaisante.

Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
En situation de conflit chercher à obtenir le meilleur compromis pour mon service	Chercher à comprendre les besoins de l'autre partie pour en tirer partie et trouver une solution satisfaisante.	Maîtriser les techniques de résolution de conflits collectifs et négociation raisonnée : à partir des besoins de chacun, chercher de nouvelles zones d'intérêts commun pour arriver à des accords gagnant-gagnant.	Prévenir les conflits.

Exemples de situation

<p>J'analyse les situations conflictuelles en COPIL ou CME</p> <p>Je m'appuie sur les personnes disposant d'une expérience en gestion de conflits.</p> <p>Je fais organiser des comité de retour d'exprience pour prévenir les répétition et analyser les situations</p>	<p>Je réagis et traite les situations difficiles dès leur apparition pour éviter qu'elles ne s'étendent.</p> <p>J'utilise les copils pour traiter les conflits.</p>	<p>Je valorise les intérêts des « moutons gris » pour avancer dans les projets.</p> <p>Je favorise l'approche par objectifs pour apporter de la sérénité.</p> <p>J'évite les non-dits pour éviter les rumeurs.</p>	
--	---	--	--

A quel niveau évaluez-vous votre niveau de compétence actuel ?

4

[Revenir à la page précédente](#)

[Aller à la page suivante](#)

11. Favoriser et mettre en œuvre le partenariat et le réseau au sein de l'établissement et à l'extérieur

Participer à la mise en œuvre du partenariat et du réseau pour développer le service, faire un benchmarking et améliorer la qualité de prestation.

Créer du lien avec les autres cadres socioéducatifs du GHT afin de développer les compétences et les capacités du service

Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
<p>Développer les logiques de partage de l'action du service</p> <p>Participer ou organiser des réunions inter-établissements pour favoriser les partenariats territoriaux</p>	<p>Identifier et mobiliser les partenaires stratégiques</p> <p>Négocier et formaliser les partenariats</p>	<p>Représenter le service auprès des partenaires</p> <p>Représenter les services du GHT aux partenaires potentiels ou actuels</p>	<p>Participer au développement des partenariats et à la création de nouveaux en insufflant une dynamique territoriale</p>

Exemples de situation

<p>Je participe ou j'organise des réunions avec les autres CSE du GHT</p> <p>J'ai des conventions avec différents partenaires, je tiens des contrats avec certains pour assurer une continuité de l'activité</p>	<p>J'ai une liste de partenaires que je mets à jours deux fois par an</p> <p>Je rédige les conventions partenariales et négocie les tenants et aboutissants de ces contrats</p>	<p>Je participe activement aux temps d'informations liés à la filière socioéducatif</p> <p>Je présente régulièrement le service, son activité, ses objectifs et son évaluation aux partenaires</p>	<p>J'organise et anime les réunions partenariales ciblées sur le territoire</p> <p>Je conduis la concertation entre les partenaires</p>
--	---	--	---

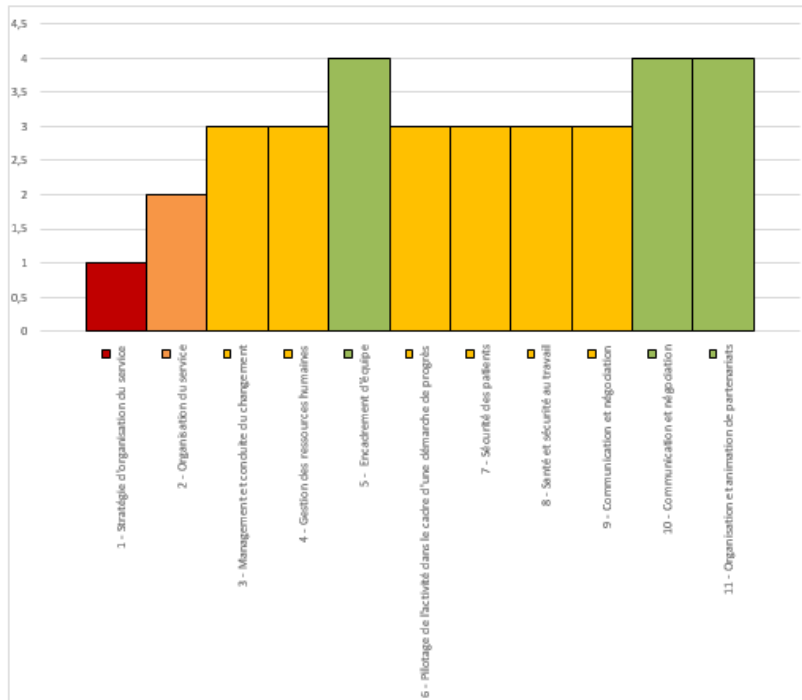
A quel niveau évaluez-vous votre niveau de compétence actuel ?

4

[Revenir à la page précédente](#)

[Aller à la page suivante](#)

Voici le graphique de compétences suivant les réponses apportées aux différentes thématiques :



Pour conserver cette auto-évaluation, vous devez enregistrer ce fichier dans le répertoire de votre choix.

En Etablissement Public de Santé Mentale, le travail social est une partie fondamentale de la prise en charge. Sous l'autorité du Directeur Général, c'est le Cadre Socio-Educatif qui organise, oriente et dynamise le travail social. Dans ce document est interrogé le management des travailleurs sociaux en Etablissement Public de Santé Mentale. Une observation et une enquête sont menées au sein du Groupement Hospitalier de Territoire de psychiatrie du Nord-Pas-De-Calais. Le constat est fait que les pratiques des CSE sont différentielles, ce qui ne permet pas un épanouissement du travail social dans l'organisation, et peut engendrer un sentiment d'insécurité pour les travailleurs sociaux ainsi que pour leur manager. Des outils sont alors proposés pour répondre à ces difficultés et tenter d'harmoniser les pratiques au sein des différents EPSM.

Mots-Clefs : Etablissement Public de Santé Mentale, Santé Mentale, psychiatrie, Cadre Socio-Educatifs, Travail social, enquête, pratiques, Groupement Hospitalier de Territoire.

In mental health public institution, social work is a fundamental part in patient management. Under the General Director's authority, the socio-educative manager is the one who organizes, leads and empowers social work. In this document, social workers' management in mental health public institution is questioned. An observation and a survey are conducted in the psychiatric hospital group from the Nord-Pas-De-Calais' territory. The socio-educative managers have differential practices. This hinders a fulfilment of social work in the organization and can lead to a perception of insecurity for social workers and their managers. Thus here are some tools to help solving the problem and harmonising practices in mental health public institution.

Key-words: mental health public institution, Mental health, psychiatry, socio-educative manager, Social work, survey, practice, hospital group