

Institut de Formation des Cadres de Santé
Du GREFOPS-RENNES. Promotion 2003-2004

LE RESEAU,

AU RISQUE DE L'INTERPROFESSIONNALITE

Bénédicte DUBOIS. Juin 2004
Sous la Direction de Jean-Philippe GUIHARD

Institut de Formation des Cadres de Santé
Du GREFOPS-RENNES. Promotion 2003-2004

LE RESEAU,

AU RISQUE DE L'INTERPROFESSIONNALITE

Bénédicte DUBOIS. Juin 2004
Sous la Direction de Jean-Philippe GUIHARD

Je remercie celles et ceux qui m'ont accompagnée tout au long de ce cheminement, et tout particulièrement Jean-Philippe GUIHARD, pour sa patience et sa disponibilité.

« L'utopie d'aujourd'hui est la réalité de demain »
Victor HUGO

SOMMAIRE

<u>INTRODUCTION</u>	1
<u>CADRE CONCEPTUEL</u>	7
1. Réseau.....	9
2. Groupe - Equipe.....	12
3. Interprofessionnalité.....	16
4. CLIC.....	21
<u>METHODOLOGIE</u>	25
1. L'outil d'observation.....	26
A. Choix de l'outil.....	26
B. Guide d'entretien.....	27
2. Le champ d'analyse.....	29
3. La population choisie.....	29
4. La réalisation effective.....	30
A. Les modalités de contact.....	30
B. Les obstacles et les possibles.....	30
5. Le type d'analyse des données.....	32
<u>ANALYSE ET SYNTHÈSE</u>	33
1. Analyse.....	34
A. Le réseau.....	36
1. Intervenants du réseau.....	36
a. Personnel du CLIC.....	36
b. Partenaires.....	37
c. Lieu.....	37
2. Une démarche commune.....	38
B. Le groupe.....	39
1. Relations institutionnelles.....	40
2. Relations interpersonnelles.....	42
a. Groupe nominal.....	42
b. Groupe fusionnel.....	43
c. Groupe conflictuel.....	44
d. Groupe unitaire.....	44
C. L'interprofessionnalité.....	45
1. Existence de relations entre les différents professionnels.....	46
2. Connaître le rôle des autres professionnels.....	47
3. Un projet commun.....	49
2. Synthèse.....	52
<u>CONCLUSION</u>	56
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	60
<u>ANNEXES</u>	65

INTRODUCTION

« À quoi serviraient tous les savoirs parcellaires sinon à être confrontés pour former une configuration répondant à nos attentes, à nos besoins et à nos interrogations cognitives ? »¹

Edgar MORIN

Ergothérapeute depuis huit ans ; actuellement en formation de cadre de santé, je m'interroge sur les relations interpersonnelles dans des situations de réseau.

Si je m'intéresse aujourd'hui à ce sujet, cela est riche de sens. Je m'appuie sur une expérience professionnelle au sein d'un réseau d'adaptation du logement. Dans ce cadre, j'avais un rôle précis de technicienne de compensation des incapacités. En effet, selon le décret n° 86-1195 du 21 novembre 1986 l'ergothérapeute a pour mission : les « [...] *traitements des déficiences, des dysfonctionnements, des incapacités ou des handicaps de nature somatique, psychique ou intellectuelle, en vue de solliciter, en situation d'activité et de travail, les fonctions déficitaires et les capacités résiduelles d'adaptation fonctionnelle et relationnelle des personnes traitées, pour - leur permettre de maintenir, de récupérer ou d'acquérir une autonomie individuelle, sociale ou professionnelle. [...]* » Ainsi, mon rôle

¹ E. MORIN, *Sur l'interdisciplinarité*.

dans ce réseau, était de rechercher, en collaboration avec les autres professionnels et la personne en situation de handicap, des solutions pour une facilitation de sa vie quotidienne au domicile. Cette démarche s'effectue au domicile, en présence du bénéficiaire et des personnes qu'il a désiré réunir (famille, conseillers, artisans...). Au cours du premier entretien, l'ergothérapeute pose un diagnostic de situation, évalue les capacités et incapacités de la personne dans son cadre de vie. Il peut ainsi proposer des compensations en termes d'aides techniques, humaines et architecturales, adaptées à la personne et à la situation de handicap.

Les autres intervenants sont : l'assistant de service social, le technicien du bâtiment, le médecin traitant éventuellement. Le bénéficiaire, au milieu de ces personnages multiples, ne sait pas toujours qui vient faire quoi...

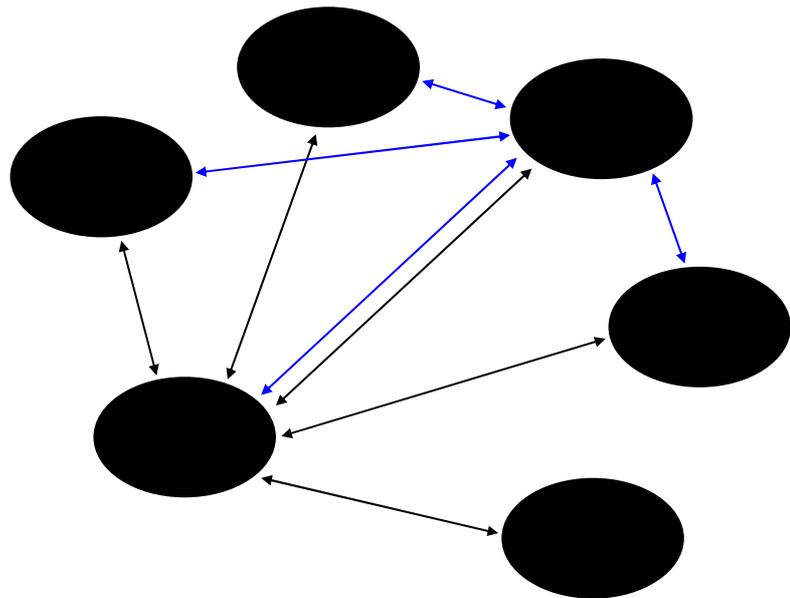
Chaque intervenant appartenant à une structure différente, les rencontres entre professionnels sont rares. Cette expérience m'a permis de découvrir quelques dysfonctionnements dans ce dispositif d'adaptation du logement.

Ainsi, les professionnels, semblent être cloisonnés, chacun dans sa spécialité, dans son champ de compétences, dans son établissement d'origine. Même s'ils sont autour de la même personne et dans le même but, ils sont juxtaposés. Ils sont dans une situation de pluriprofessionnalité et se limitent vraiment à leur champ d'action. Pourquoi fonctionnent-ils côte à côte et non ensemble ? Pour illustrer ce fonctionnement, j'ai modélisé le dispositif d'adaptation du logement sous forme de schéma :

Modélisation du dispositif d'adaptation du logement

Flèches bleues : vision du patient

Flèches noires : vision de la CRAM-MSA



Sur ce modèle, nous distinguons bien les liens existants entre les professionnels. Chacun est en relation avec l'organisme créateur du dispositif, la CRAM-MSA, mais les professionnels ne communiquent entre eux qu'au travers de fiches de liaison, plus informatives que réels outils de communication.

Plusieurs questions se posent.

Qu'est-ce qui pourrait permettre aux professionnels de travailler en interprofessionnalité ? Cela garantirait-il plus leur travail, sa qualité ?

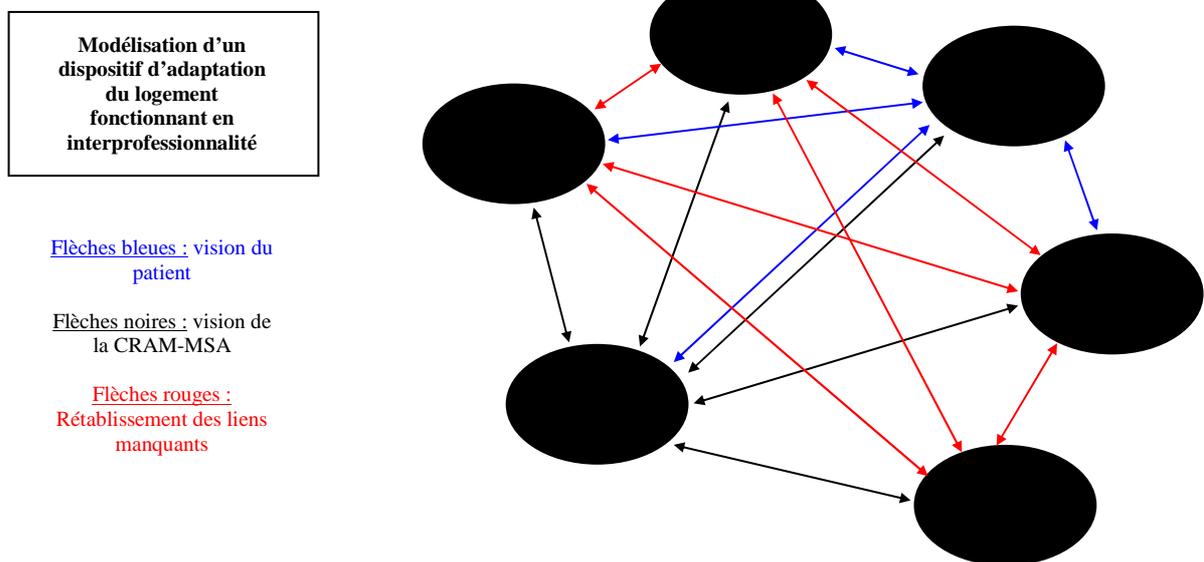
Les professionnels qui travaillent en réseau seraient-ils en manque d'un lieu pour construire un lien entre eux ? Comment mettre en œuvre un nouveau lien, autre que celui de la proximité géographique ?

L'interprofessionnalité, offre plus que l'addition des professionnels, elle suppose, non seulement la juxtaposition, mais plus encore « l'intrication » de ceux-ci. Ce terme employé par Jean-Pierre ASTOLFI, lors d'un dialogue sur l'inter et la transdisciplinarité, en octobre 2003, nous semble être particulièrement représentatif de l'interprofessionnalité, puisque qu'il

relève de la complexité, de ce qui est entremêlé². L'interprofessionnalité pourrait-elle effectivement, ouvrir un espace entre les professions ? Permettrait-elle la mise en place d'un projet commun entre ces partenaires d'horizons différents et de professions différentes ?

L'interprofessionnalité, espace de liberté entre les professions ?

Voici l'illustration de l'interprofessionnalité si elle était en exergue au sein du dispositif d'adaptation du logement :



Ce questionnement semble aujourd'hui d'actualité, puisque les réseaux de santé comme les réseaux sociaux prennent une place grandissante dans le paysage de la réadaptation. Le constat du manque de structures intermédiaires entre l'institution et le domicile a permis l'émergence de ces réseaux. Les groupes les composant sont souvent de professions différentes puisque l'on recherche une complémentarité disciplinaire et professionnelle. Si nous voyons naître ça et là de nouveaux réseaux de santé, quels types de relations interpersonnelles impliquent-ils

² Dictionnaire le Petit Robert, Edition 2003-2004.

pour fonctionner ? L'organisme créateur du dispositif, craint-il quelque chose pour cloisonner ainsi les professionnels ? Ceux-ci préfèrent-ils cette situation qui permet de ne voir que son domaine de compétences ? Les professionnels cherchent-ils leur identité professionnelle, en s'interdisant les interpénétrations de compétences ? L'interprofessionnalité permettrait-elle une meilleure qualité de la réponse apportée ?

L'énigme reste posée :

En quoi l'interprofessionnalité serait-elle indispensable au réseau de réadaptation ?

L'hypothèse de recherche que je retiendrai pour continuer cette réflexion est la suivante :

Le lien entre les professionnels du réseau de réadaptation, issus de sites différents et de professions différentes, serait un projet commun, essence de l'interprofessionnalité.

CADRE CONCEPTUEL

« Toutes choses étant causées et causantes, aidées et aidantes, médiates et immédiates, et toutes s'entretenant par un lien naturel et insensible qui lie les plus éloignées et les plus différentes, je tiens impossible de connaître les parties sans connaître le tout, non plus que de connaître le tout sans connaître particulièrement les parties. »

Blaise Pascal³

Pour bâtir ce mémoire, nous allons débiter en posant quelques fondations théoriques. Ainsi, il convient d'aborder pour commencer le concept de réseau, puis celui de groupe et d'équipe, puisqu'au sein du réseau nous aurons à réfléchir sur un groupe d'individus, formant une équipe de travail. Enfin, nous définirons plus précisément le concept d'interprofessionnalité et ses intrications, les interrelations que celle-ci suppose et les interrogations qu'elle apporte. Nous apporterons ensuite un éclaircissement sur le C.L.I.C., type de réseau choisi pour mener notre recherche.

³ Blaise PASCAL, Pensées, éd. Brunshwicg, II, 72

1. Réseau :

Si nous recherchons l'étymologie du mot réseau, nous apprenons dans l'encyclopédie Universalis, que réseau provient du latin *retis* (filet). C'est au XVII^{ème} siècle que le mot réseau apparaît, après diverses transformations. Le sens est alors encore lié au filet, puisqu'il représente « un maillage textile ⁴». « A partir du XVIII^{ème} siècle, la médecine s'empare métaphoriquement du réseau, d'abord pour décrire, puis pour rendre compte du fonctionnement de l'organisme humain ⁵» et de la circulation du sang. « Le réseau est à la fois ensemble de liens et machine circulatoire au service de la vie du corps de l'homme ⁶». Aujourd'hui, les réseaux peuvent être de transport, électriques, informatiques, de santé... Pour autant, il semble bien que ces réseaux partent tous d'un lien et d'une circulation, qu'elle soit de flux, de machines ou d'informations.

Ainsi, l'encyclopédie Universalis, expose le réseau sous plusieurs aspects, mais nous nous pencherons plus spécifiquement sur le réseau comme mode d'organisation. En effet, le réseau est au départ l'organisation des différences. « Il formate des nœuds entre lesquels il étend ses lignes. Il crée aussitôt des liens entre ce qu'il a différencié ⁷». Cependant, le réseau est organisé sans être une structure. Il reste fluide. Il peut être encadré d'une structure solide, tout en restant évolutif et flexible. Nous aborderons dans le cadre de ce mémoire, le réseau de type professionnel. Celui-ci peut-être spontané ou institutionnalisé. Par institutionnalisé, nous entendons les réseaux fonctionnant avec une convention entre établissements employeurs des personnels acteurs. Certains réseaux sont

⁴ Encyclopédie Universalis : *réseau*

⁵ *Ibid.*

⁶ *Ibid.*

⁷ *Ibid.*

donc institutionnalisés, mais parfois non agréés comme réseaux de santé. Ainsi, les réseaux sociaux et médico-sociaux ne font pas partie des réseaux de santé, du moins au niveau du cadre légal, puisqu'ils sont de fait des réseaux avec une fonction au niveau de la santé. Nous parlerons ici des réseaux de réadaptation qui se trouvent à la lisière entre le monde de la santé et celui du social. C'est pourquoi, dans cette partie théorique, nous nous référerons à des écrits sur les domaines de la santé et du social, pour tenter d'ouvrir notre regard sur les divers modes de fonctionnement des réseaux.

Le réseau professionnel se crée dans le but d'associer les compétences de spécialistes différents autour d'une problématique spécifique. Pour Philippe DUMOULIN, « les compétences respectives de professionnels aux cultures de métiers différentes, salariés de services aux missions distinctes, parfois divergentes, doivent non seulement être mises à contribution, mais aussi être mises en synergie, c'est-à-dire « former un tout organisé », pour que la prestation pluridisciplinaire et pluri-institutionnelle puisse être de qualité... Ainsi, des professionnels appartenant à différentes institutions ou services, confrontés à un problème commun, entrent en relation, se réunissent pour tenter d'y apporter une solution. »⁸ Pour lui, pas de réseau sans problème commun. Nous pouvons parler de problématique, de questionnement commun. En effet, si un réseau se crée, c'est bien souvent pour répondre de façon différente de la façon institutionnelle, à une question spécifique, qu'elle soit celle des personnes âgées, des personnes atteintes du V.I.H, ou encore de l'insertion professionnelle des personnes handicapées dans une région donnée.

⁸ P.DUMOULIN: *Travailler en réseau, méthodes et pratiques en intervention sociale* ; Paris : Dunod, 2003, p.46

Pour Philippe DUMOULIN, le réseau n'émerge pas parce qu'on l'appelle, mais bien pour répondre à un problème commun aux professionnels concernés ainsi qu'aux organisations employant ces professionnels⁹. Effectivement, il paraît difficile de chercher à concevoir un réseau de toute pièce, sans l'existence de besoin à la base de cette création. De plus, ce besoin, doit, nous semble-t'il, être préalablement étudié au niveau local voire régional, pour trouver des bases solides de mise en place, à partir de données existantes. Ainsi, pour P. LARCHER et P. POLOMENEI, : « Un réseau de santé peut être défini comme le regroupement volontaire de plusieurs personnes ou pôles de compétences en vue de répondre à un besoin de santé publique identifié, sur une aire géographique déterminée¹⁰. » Dans cet ouvrage, les auteurs insistent sur la complémentarité des professionnels intervenants dans le réseau de santé. De la même façon, l'ANAES¹¹ définit elle aussi les réseaux par rapport à un besoin préexistant. Ainsi, pour l'agence nationale d'accréditation, un réseau de santé est « une forme organisée d'action collective apportée par des professionnels en réponse à un besoin de santé des individus et/ou de la population, à un moment donné, sur un territoire donné ».

Un réseau peut-être formalisé ou non. Il peut être spontané et éphémère ou non. Dans le cadre de ce travail, nous nous intéresserons à des réseaux formalisés avec une coordination bien définie.

⁹ *Ibid.* ; p. 51

¹⁰ P. LARCHER, P. POLOMENEI, *La santé en réseaux. Objectifs et stratégies dans une collaboration ville-hôpital*. Paris : Masson, 2001 P. 167

¹¹ Agence Nationale d'Accréditation En Santé

Puisque nous nous intéressons au fonctionnement du réseau et aux liens entre les professionnels qui le composent, il nous semble opportun d'évoquer plus précisément les notions de groupe et d'équipe.

2. Groupe, équipe

Dans le cadre de ce mémoire, le groupe et l'équipe seront des termes utilisés de façon conjointe. De nombreux auteurs évoquent l'équipe dans leurs écrits sur le groupe. Ainsi, nous explorerons particulièrement les conceptions de R. MUCHIELLI et de D. ANZIEU.

Tout d'abord, situons le groupe par ce qu'il n'est pas. Nous pouvons commencer par le distinguer de la foule, qui implique une somme d'individus, sans liens les uns avec les autres. Dans le groupe, les éléments constitutifs forment un tout, supérieur à la somme des parties.

Si nous nous référons à la définition du Petit Robert, le mot groupe trouve son origine dans l'italien *gruppo* : nœud, assemblage, venant de l'allemand *Krop* : lien, cordage, rouage. Un groupe, est un « certain nombre de personnes, réunies, rapprochées dans un même lieu et/ou, ayant des caractères en commun, indépendamment de leur présence au même endroit. » De plus, il est « un ensemble ayant une cohérence de nature ou spatiale », et c'est « un ensemble d'éléments formant un tout fonctionnel. » Ainsi, cette partie de la définition du Petit Robert, avec l'origine allemande, nous rapproche de ce qui lie, ce qui noue et assemble. Les relations interpersonnelles étudiées dans les groupes prennent alors toute leur

signification. Cela nous amène à l'approche psychanalytique du groupe. Sigmund Freud montrait que le groupe, en se référant à un idéal commun, appelé le Moi groupal, parvenait à une cohésion de ses membres. Pour lui, les membres sont justement l'équivalent des organes et membres d'un corps, dont l'ensemble est le groupe.

Ainsi, les éléments du groupe forment un tout, supérieur à la somme des parties et les personnes du groupe développent un sentiment d'appartenance à ce groupe. D'après R. MUCHIELLI¹², faire partie d'une équipe, être en groupe est le signe d'une certaine appartenance mais aussi du désir de collaborer au travail d'équipe dans le but de promouvoir son succès. Dans ce mémoire, l'équipe des professionnels sera assimilée au groupe qu'elle compose. Nous retrouvons, à travers l'équipe, un but commun. Ce qui relie les différents acteurs de cette équipe, est bien une tentative d'association de leurs efforts, pour atteindre l'objectif visé, et c'est cette volontaire communauté de but qui transforme le groupe en équipe. De même, ANZIEU définit le groupe comme « un ensemble d'individus dont l'effectif est tel qu'il permet à ceux-ci des communications explicites et réciproques, dans la poursuite de buts communs »¹³ Il complète en précisant que les individus d'un groupe poursuivent un même but, et ont un objectif commun.

R. MUCHIELLI, décrit les différentes phases de construction d'un groupe en quatre moments phares¹⁴. La première phase étant celle où le groupe n'existe que par une demande extérieure. Les personnes le composant ne se connaissent pas personnellement. Chacun arrive avec ses a

¹² Roger MUCHIELLI, *La dynamique des groupes* Paris : ESF, 1976.

¹³ D.ANZIEU, J-Y MARTIN, *la dynamique des groupes restreints*, Paris : PUF le psychologue 13^{ème} éd., 2003; 397p.

¹⁴ Roger MUCHIELLI, *Le travail en équipe*, (4^{ème} éd.) Paris : ESF p. 17-21.

priori sur l'autre. Pour R.MUCHIELLI, on ne peut considérer ce groupe qu'il appelle « groupe nominal » comme une équipe, puisque les participants n'adhèrent pas réellement à la tâche et s'ignorent une fois celle-ci effectuée. La seconde phase est celle du développement de la confiance interpersonnelle. Pour faire partie intégrante du groupe, il faut se joindre à la majorité, le climat est très important et le groupe est plus centré sur son image que sur la tâche. R. MUCHIELLI appelle ces groupes les « groupes fusionnels ». La troisième phase, est celle où le groupe se structure à nouveau. Centré sur la tâche, chaque membre du groupe tente de faire passer ses idées. Des sous-groupes se créent et les membres deviennent des rivaux. Ce groupe est nommé par R.MUCHIELLI, le « groupe conflictuel ». Enfin, la dernière phase du groupe, est celle de la maturité. « La connaissance des autres permet à chacun de prévoir les comportements et de s'ajuster, de prévoir des rôles en fonction des situations »¹⁵. Les membres du groupe s'acceptent comme différents les uns des autres, mais complémentaires dans leur objectif commun : la tâche à effectuer. La solidarité et la co-opération sont dominantes dans le fonctionnement de ce groupe. C'est le « groupe unitaire ». L'équipe, se situe en général dans les groupes unitaires. Pour R. MUCHIELLI, ces groupes unitaires sont très importants, par leur efficacité, mais peuvent entraîner certains risques, comme le conflit avec d'autres groupes ou l'enfermement sur soi.

ANZIEU, lui, n'évoque pas les groupes selon leur évolution, mais selon leur « type ». Il distingue 5 types de groupes, qui sont : la foule, la bande, le groupement, le groupe primaire (ou groupe restreint), et le groupe

¹⁵ *Ibid.*, p 19

secondaire (ou organisation). Selon cette classification, nous n'étudierons ni la foule, ni la bande, qui ne font pas partie des groupes proprement dits. Nous nous concentrerons sur le groupement, le groupe primaire et le groupe secondaire.

Le groupement, correspond à des personnes se réunissant avec une fréquence relative des réunions et une permanence des objectifs. Les membres sont réunis par une communauté d'intérêts ou de buts, mais ils ont peu de liens en dehors de ces buts. L'exemple le plus connu est celui de l'association au sens de la loi 1901.

Le groupe primaire a plusieurs caractéristiques, qui ne sont pas forcément cumulatives. Ainsi, il comprend un nombre de membres permettant à chacun d'avoir une perception personnalisée des autres. Les membres du groupe primaire poursuivent les mêmes buts de façon active. Ils ont entre eux des relations affectives. On retrouve une interdépendance importante des membres, qui ont des rôles bien différenciés. Enfin, le groupe met en place un langage, des normes et des croyances qui lui sont propres.

Le groupe secondaire est un système social qui fonctionne selon des institutions. Il représente à la fois un ensemble de personnes poursuivant des fins déterminées, et à la fois un ensemble de structures de fonctionnement. La plupart du temps, les rapports entre les personnes y sont formels, impersonnels.

Il nous semble intéressant de chercher à croiser l'interprétation des deux auteurs, à travers l'approche du terrain que nous allons effectuer. Les personnes appartenant au réseau choisi, sont aussi des professionnels appartenant à des institutions. Seront-ils plus proches d'un groupe primaire

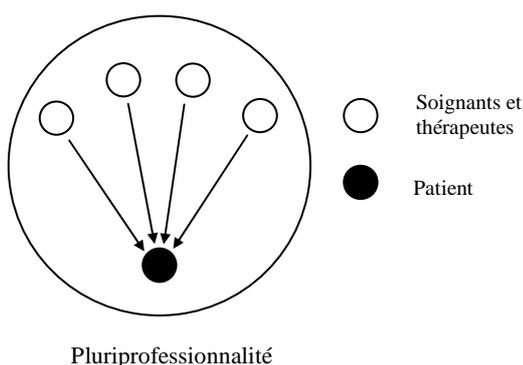
ou d'un groupe secondaire ? L'évolution vers la connaissance des uns et des autres selon l'interprétation de MUCHIELLI leur permettra-t'elle de passer de l'organisation au groupe restreint ? Ou d'une autre façon, du groupe nominal au groupe unitaire ?

Nous évoquons tout à l'heure, les origines des termes groupes et réseau. Nous pouvons constater une forte similitude dans l'origine de ces deux mots. Tous les deux dérivent de mots tels que nœud et lien. Le groupe dans l'esprit de la rondeur (on retrouve ici l'origine du german Kruppa, masse arrondie, qui donne ensuite le mot français croupe), représente aussi la ronde de personnages. Le réseau, se situe dans la circulation, le lien entre les membres. Tous les deux assemblés, réseau et groupe, représenteraient la réunion, la combinaison, la communication et l'instinct grégaire du genre humain ? Le réseau serait-il une émanation du groupe ? Un réseau existe-t'il sans le groupe ? Il nous semble effectivement, que le réseau, pour fonctionner s'appuie sur les nœuds des mailles du filet que sont les membres du groupe...

3. Interprofessionnalité :

Ce terme est encore peu utilisé aujourd'hui. Il convient donc de bien définir le sens que nous choisissons de lui accorder tout au long de ce mémoire. Les écrits font très souvent référence aux notions de pluri, multi, interdisciplinarité, mais beaucoup moins au concept d'interprofessionnalité. Nous utiliserons donc certaines références sur le monde des disciplines,

pour l'appliquer au champ des professionnels. Pour exposer simplement les notions de pluri, inter et transdisciplinarité, nous nous référerons aux définitions de Jean-Pierre ASTOLFI, dans son cours de licence de sciences de l'éducation¹⁶. Pour lui, « la pluridisciplinarité existe lorsque des disciplines différentes sont convoquées autour d'un projet ou d'un thème commun. [...] La logique de la pluridisciplinarité est de l'ordre du côte à côte, de la juxtaposition. [...] La logique obtenue est divergente, puisque partant d'un centre commun, chaque développement disciplinaire suivra sa logique propre.¹⁷» Dans le monde de la santé, nous vivons souvent dans un monde pluri (ou multi) -disciplinaire. Le kinésithérapeute, le psychologue, le médecin et les autres intervenants, sont spécialistes dans leur domaine et chacun apporte sa compétence au patient. Pourtant, chacun garde précieusement son champ d'action et refuse le droit aux autres professionnels de regarder ce qu'il fait dans son coin. J-P. GUIHARD a modélisé cette notion de pluriprofessionnalité de la façon suivante :



Pour J-P. GUIHARD,

« La pluriprofessionnalité garantit l'identité professionnelle, car elle cloisonne, protège chacune d'elle. Chacun garde sa spécificité, ses caractéristiques, modifiant son environnement par rapport aux objectifs fixés, ce qui place les professionnels comme étant juxtaposés les uns à côté des autres [...] ¹⁸»

¹⁶ J.P. ASTOLFI : *Didactique et apprentissage*, p. 73-75.

¹⁷ *Ibid.*, p.73-74.

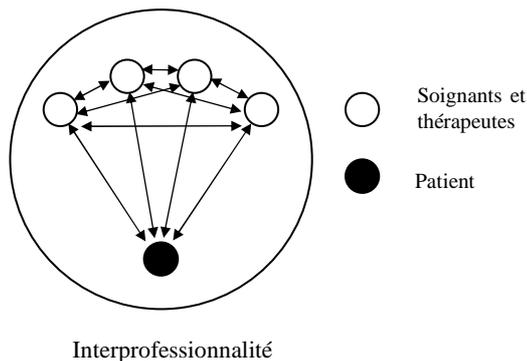
Effectivement, les professionnels peuvent se sentir en sécurité derrière le bouclier de leur décret d'actes, derrière leur hypercompétence technique. Pour autant, ils ne doivent pas oublier l'objet (ou le sujet) qui attend leur intervention. Le patient, dans ce modèle de pluriprofessionnalité, qui correspond au modèle biomédical de la médecine, le patient se trouve seul et fragmenté en morceaux de corps ou de psyché... Peut-on alors se targuer de la mise en œuvre d'une prise en charge globale ? Quelle attention apportent les professionnels à l'environnement du patient, quand ils ne tiennent pas compte des interventions de leurs collègues ?

Ce modèle de la pluriprofessionnalité est sans doute insuffisant et les débats sur la pluridisciplinarité et l'interdisciplinarité ont déjà abordé ces questions, en particulier dans le champ des sciences de l'éducation, et de l'épistémologie. Les confrontations sur la portée des différentes disciplines, et leurs zones de recouvrement ont fait l'objet de maints débats. Selon J-P. ASTOLFI, l'interdisciplinarité « met l'accent sur ce qui est entre les disciplines qu'on a réunies, et qu'on fait converger pour concourir à l'élucidation d'une problématique commune [...]. Elle est de l'ordre du fonctionnel. Elle donne davantage aux savoirs une dimension opératoire. [...] L'interdisciplinarité est de l'ordre de l'intrication. »¹⁹ Comme pour les disciplines, l'interprofessionnalité dans la santé, suppose donc des ponts entre les différents intervenants d'une équipe de soins, dans le cadre d'une prise en charge « globale » ou « holistique », c'est-à-dire en intégrant le patient dans l'ensemble dont il fait partie, en tenant compte de son environnement. L'interprofessionnalité, par son ouverture au langage de

¹⁸ J-P. GUIHARD : *Interprofessionnalité ou interprovidence ?* ; Journal d'ergothérapie, 1999, 21, 3, pp. 91-95 p.92, 93.

¹⁹ J.-M. ASENSIO, J-P. ASTOLFI, M. DEVELAY, *Apprentissage et didactique, cours Licence de Sciences de l'Education CNED*, Université Rouen, Université lumière Lyon 2, CNED, 2003, p. 74.

l'autre, semble permettre une meilleure coordination des actions menées dans un but précis. Nous retrouvons d'ailleurs ici, quelques ressemblances avec le concept de réseau, dans son but et ses conditions d'émergence. J-P. GUIHARD a modélisé la notion d'interprofessionnalité ainsi :



Pour lui, « l'interprofessionnalité est la création d'une nouvelle entité constituée de différentes professions, cette entité n'étant pas formellement existante, mais transcendante des différences et des modalités.[...] Nous pouvons nous placer, non plus dans une logique explicative, analytique, mais dans une perspective de compréhension. »

Ainsi, quand une équipe de soins parvient à s'ouvrir à l'interprofessionnalité, les compétences de chacun, loin d'être grignotées par l'autre, sont mises en lumière par leur complémentarité. La prise en charge prend alors une tout autre dimension. Cependant, bien des difficultés liées aux représentations de chaque profession sur sa voisine et aux querelles de clocher pour préservation d'identité professionnelle, entraînent la prépondérance actuelle de la pluriprofessionnalité sur l'interprofessionnalité.

Quand nous nous plaçons du côté de l'observateur, nous pouvons remarquer que les institutions fonctionnent souvent sans interprofessionnalité, sans avoir conscience d'un manque. Mais il nous apparaît comme impensable, qu'un réseau, sans l'assise institutionnelle qu'offrent les hôpitaux ou centres de rééducation, puisse fonctionner

durablement sans cet apprentissage du langage de l'autre, sans l'écoute et la prise en compte des intrications professionnelles.

Dans son ouvrage, *De l'équipe au réseau*, J.CHABANIER²⁰, expose clairement, mais en le nommant « interdépendance », le principe d'interprofessionnalité comme une nécessité dans le fonctionnement en réseau. Il cite R. MISES pour conclure son ouvrage. Cette citation nous donne une idée de l'importance de l'apprentissage du langage de l'autre pour pouvoir intervenir en complémentarité. « Dans le réseau, chaque intervenant aura à gérer une double interdépendance, celle des institutions participant au réseau certes, mais comme le note R. MISES²¹ « la pratique du réseau tend à instituer des articulations étroites entre les personnes, en même temps, chacun, tout en assumant ses fonctions spécifiques, est appelé à appréhender ce qui revient aux autres intervenants dans la gestion du projet individualisé. » »

La notion de transdisciplinarité, selon JP ASTOLFI²², dispose quant à elle, de deux sens liés au préfixe *trans*, qui signifie : *à travers*, mais aussi *au delà*. Le premier sens serait donc de découvrir, entre plusieurs disciplines une compétence transversale, c'est-à-dire appartenant à ces différentes disciplines. Le second sens de la transdisciplinarité, serait celui de la réunion de celles-ci au delà d'elles même. Ainsi, il donne comme exemple « les grandes visées en termes de finalités, comme le développement de l'esprit critique, de la curiosité [...] ». Nous ne reprendrons pas cette notion

²⁰ J. CHABANIER : *De l'équipe au réseau*. Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble, 2000 p 238

²¹ R. MISES : *Interventions en réseaux et processus de subjectivation* ; Congrès des associations de Croix Marine ; 1997

²² J.-M. ASENSIO, J.-P. ASTOLFI, M. DEVELAY *Opus cité*.

de transdisciplinarité au niveau des professionnels dans le cadre de ce mémoire.

4. C.L.I.C.

Nous allons préciser maintenant le cadre légal et institutionnel, ainsi que la fonction des C.L.I.C. (Centre Local d'Information et de Coordination), réseaux de réadaptation, auprès desquels nous effectuerons notre recherche sur le terrain.

Le C.L.I.C., est une entité de taille cantonale. Il existe aujourd'hui quatre cent quatre C.L.I.C. en France.

Liés à la mise en place de l'A.P.A.²³, ils ont vocation à coordonner la prise en charge gériatrique sur un territoire donné.

Les C.L.I.C. disposent d'une base législative :

- La loi du 20 Juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie, a inscrit les C.L.I.C. au centre des territoires comme des dispositifs d'information du public et de coordination de l'action gériatrique.
- La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale qui classe les C.L.I.C. dans la nomenclature des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Deux circulaires mettent en œuvre l'application des C.L.I.C. :

- Circulaire N°DAS/RV2/2000/310 du 6/06/2000 relative au C.L.I.C. qui pose les principes et la mise en œuvre : de l'expérimentation à mener en

²³ Allocation Personnalisée d'Autonomie

2000 (soient 25 C.L.I.C. sites pilotes). De la phase opérationnelle, c'est-à-dire, un plan pluriannuel 2001-2005 pour la création d'un réseau national de 1000 C.L.I.C.

- Circulaire N°DGAS/AVIE/2C/2001/224 du 18/05/2001 relative aux C.L.I.C. et aux modalités de labellisation et définissant un cahier des charges national

L'objectif de la mise en place de ces dispositifs est d'optimiser la prise en charge des personnes de plus de 60 ans.

Les C.L.I.C. répondent à trois logiques d'intervention :

Une logique de proximité par rapport à la population concernée, une logique de facilité d'accès aux droits, et une logique de réseau entre les professionnels (de santé, d'accompagnement à domicile, d'aménagement de l'habitat) et les acteurs locaux.

Nous trouvons actuellement sur le territoire français, trois niveaux de labellisation de C.L.I.C. :

- Niveau 1: Mission d'accueil, d'écoute, d'information, de conseil et de soutien aux familles
- Niveau 2: Prolonge le niveau 1 par les missions d'évaluation des besoins et d'élaboration du plan d'aide personnalisé
- Niveau 3 : Prolonge le niveau 2 par les missions de mise en œuvre, de suivi et d'adaptation du plan d'aide personnalisé

Précisons maintenant les missions d'un C.L.I.C. :

- L'information :

La première mission du clic est de fournir une information complète et actualisée aux personnes de 60 ans et plus, à leur famille et aux professionnels sur les dispositifs, les structures d'accueil, les services de

soins et d'aide à domicile existants, ainsi que d'orienter et d'accompagner les personnes dans leurs démarches.

- La coordination :

Au-delà de sa mission d'information, le C.L.I.C. assure une mission de coordination gérontologique et d'évaluation. En s'appuyant sur le maillage du territoire et les collaborations déjà existantes, il a vocation à assurer la mise en place et le suivi de groupes de travail thématiques. L'objectif est de permettre aux professionnels de se rencontrer et de travailler sur des sujets définis, en vue d'optimiser l'existant ou de répondre à un besoin. Le C.L.I.C. peut proposer :

- Une coordination « thématique » avec la mise en place de groupe de travail sur des thèmes émanant des professionnels partenaires
- Une coordination « de situation » avec :
 - La résolution de situations complexe,
 - La mise en place de cellule de coordination pluridisciplinaire

- La prévention :

Le C.L.I.C. a aussi pour mission la prévention auprès du public des Seniors. En collaboration avec les différents partenaires du territoire, il est amené à mettre en place des conférences ou des temps d'informations répondant aux besoins et aux demandes des partenaires et bénéficiaires.

- L'animation du CODEM :

Pour finir, le C.L.I.C. a une mission d'animation du CODEM (comité d'observation de dépendance et de médiation).

Après cette approche des concepts qui nous semblent être les plus éclairants pour notre problématique, nous tenterons de percevoir à travers la rencontre avec la réalité du terrain, les liens qui unissent la théorie et la pratique. En présentant chacun des concepts choisis à ses pairs, nous sommes face à une première intrication, puisque nous découvrons que certains ont des origines communes. De plus, il nous semble que les uns et les autres sont constitutifs d'un tout, autrement plus complexe que la partie jusqu'ici découverte. Une approche parcellaire s'avère insuffisante, et nous allons chercher un nouvel éclairage, celui de l'expérience, celui des hommes et des femmes qui vivent le réseau, le groupe, et peut-être, l'interprofessionnalité.

METHODOLOGIE

A partir de notre question principale :

En quoi l'interprofessionnalité serait-elle indispensable au réseau de réadaptation ?

Nous avons formulé une hypothèse :

Le lien entre les professionnels du réseau de réadaptation, issus de sites différents et de professions différentes, serait un projet commun, essence de l'interprofessionnalité.

1. L'outil d'observation :

A. Choix de l'outil

Notre construction d'hypothèse est basée sur une démarche hypothético-déductive. Il nous faut donc confirmer ou infirmer cette hypothèse, en appréciant la réalité du terrain. Nous utiliserons comme outil d'observation sur le terrain, des entretiens semi directifs. Ceux-ci nous permettront d'éclairer les concepts cités préalablement, en les confrontant avec la réalité vue par les interviewés. Nous choisissons cet outil d'observation, car l'entretien permet : « l'analyse du sens que les acteurs donnent à leurs pratiques et aux évènements auxquels ils sont confrontés : leurs systèmes de valeurs, leurs repères normatifs, leurs

interprétations de situations conflictuelles ou non, leurs lectures de leurs propres expériences »²⁴. Notre observation veut porter sur la vision qu'ont les professionnels de leur propre fonctionnement. L'entretien, avec la liberté qu'il offre dans l'écoute compréhensive de l'interviewé, permet une approche plus dense de notre sujet de recherche.

Ainsi, nous espérons mieux apprécier les corrélations entre le travail en réseau et l'interprofessionnalité.

Ces entretiens seront enregistrés pour être retranscrits. Cet enregistrement se fera avec l'accord des interviewés et dans le respect des règles de confidentialité. Ainsi, ils ne seront utilisés que dans le cadre du présent mémoire, et seront anonymisés.

B. Guide d'entretien :

Nous avons choisi de poser 5 questions semi-ouvertes, pour permettre aux interviewés une liberté de réponse.

Les questions composant l'entretien sont les suivantes :

1) Connaissez-vous les autres professionnels intervenant sur le C.L.I.C. ?

Objectif :

Connaître le degré de connaissance de l'autre professionnel, de son rôle, des compétences communes et complémentaires, pour savoir, s'il

²⁴ QUIVY R. CAMPENHOUDT L.V.; *Manuel de recherche en sciences sociales* ; (2^{ème} éd.) Paris, Dunod, 1995, p. 196

y a effectivement un groupe de professionnels, si ceux-ci sont en lien les uns avec les autres.

2) Quels sont les moyens d'échanges entre vous ?

Objectif :

Dans la suite de la première question, celle-ci permet de décrypter les types de liens existants entre les professionnels, leur institutionnalisation ou leur informalité.

3) Travaillez-vous sur des projets avec d'autres professionnels, au sein du C.L.I.C. ?

Objectif :

Au travers de cette troisième question, nous étudierons le degré de partage des compétences et l'implication dans des projets communs.

4) Qu'est-ce que vous a apporté la mise en place du C.L.I.C. ?

Objectif :

La question n°4 nous permettra de mieux comprendre les liens entre les différents professionnels, et parmi ces liens, ceux qu'ils estiment créés par le C.L.I.C. Nous cherchons aussi, à travers cette question, à découvrir les enjeux de la mise en place du réseau dans les relations entre professionnels.

5) L'interprofessionnalité, pour vous, c'est quoi?

Objectif :

Par cette dernière question, nous pourrions déceler ce qui fait partie d'un langage commun ou non, quelle est la représentation de

l'interprofessionnalité pour les partenaires du C.L.I.C., et leur ressenti par rapport à leur vécu de l'interprofessionnalité.

2. Le champ d'analyse :

Dans le cadre de notre mémoire, nous avons choisi d'observer les corrélations entre le travail en réseau et l'interprofessionnalité. Pour limiter le champ de cette recherche, nous nous intéressons à un type particulier de réseau : le réseau de réadaptation, et à l'intérieur de ce type de réseau, nous allons explorer les liens interprofessionnels au sein d'un C.L.I.C. (Centre Local d'information et de Coordination). Nous choisirons pour notre travail un C.L.I.C de niveau de labellisation 2, c'est-à-dire avec une mission d'accueil, d'écoute, d'information, de conseil et de soutien aux familles ; mais aussi des missions d'évaluation des besoins et d'élaboration du plan d'aide personnalisé.

3. La population choisie :

L'objet de notre recherche étant l'interprofessionnalité, il nous semble opportun d'interviewer des professionnels de métiers différents. Nous nous intéresserons aux professionnels du soin et/ou du conseil, qui pourront nous transmettre leur vécu du réseau et de l'interprofessionnalité. Nous interrogerons donc: un assistant de service social, un médecin, un

ergothérapeute, un infirmier responsable de service de soins à domicile, un conseiller social en gérontologie, un psychologue responsable de service d'aide à domicile, ainsi que le coordonnateur du C.L.I.C., tous partenaires du même C.L.I.C.. Nous pourrions ainsi comparer leurs vues sur leur travail au sein du réseau de réadaptation.

4. La réalisation effective :

A. Les modalités de contact

Par l'intermédiaire du coordonnateur du C.L.I.C., nous avons pu rechercher parmi la liste des partenaires, des personnes volontaires et répondant à nos critères de choix. Après un premier contact téléphonique, les rendez-vous furent pris en fonction des disponibilités de chacun et directement avec les personnes concernées.

B. Les obstacles et les possibles

Les premiers contacts effectués par téléphone furent plus ou moins aisés. Pour une des personnes contactées, l'enregistrement de l'entretien semblait difficile à accepter. Cette personne nous demandant en outre de lui communiquer les questions de l'entretien au préalable, nous avons dû abandonner cet entretien. La plupart des personnes contactées, se sont montrées enthousiastes pour un entretien sur leur sphère professionnelle. Les personnes interviewées, le furent sur leur lieu de

travail. Nous avons demandé lors des contacts téléphoniques, un lieu calme pour le déroulement des entretiens. Dans tous les cas, les personnes nous ont reçue dans un bureau où une pièce fermée. Ainsi, si nous n'avons pu mettre en place l'unité de lieu pour la réalisation de ces entretiens, la sécurité de la personne interviewée dans sa prise de parole, a été respectée.

Les personnes interviewées se sont exprimées ouvertement à travers le guide d'entretien, les reformulations leur permettant d'approfondir certains sujets qui nous semblaient capitaux.

Nous n'avons pas éprouvé de difficultés techniques, grâce à l'investissement préalable dans un dictaphone, des séries de piles et un lot de cassettes... Les difficultés rencontrées furent plus liées à la réalisation d'un des entretiens. Une des personnes interrogées, avait des difficultés à laisser vivre son discours. Tout au long de l'entretien, nous sentions une sorte de retenue, les réponses étaient souvent courtes et beaucoup de reformulations furent nécessaires.

Dans l'ensemble, les entretiens se sont déroulés dans une ambiance conviviale. Les personnes interviewées semblaient satisfaites de l'entretien réalisé. La plupart ont désiré connaître le devenir de ce travail.

5. Le type d'analyse des données :

Au regard de l'outil d'observation utilisé, nous utiliserons la méthode de l'analyse thématique de contenu pour étudier les données recueillies. Ainsi, après avoir retranscrit la totalité des entretiens, nous déterminerons des thèmes, sous thèmes et catégories, permettant par un aller-retour incessant avec le cadre conceptuel de ce mémoire, d'éclairer la problématique initiale.

ANALYSE & SYNTHÈSE

A partir d'un aller retour entre les entretiens effectués, et notre cadre conceptuel, nous avons élaboré une arborescence à travers laquelle nous analyserons le contenu de ce recueil de données, pour pouvoir en exprimer les éléments principaux en effectuer une synthèse et mettre à l'épreuve notre hypothèse.

1. ANALYSE

Les thèmes principaux sont les suivants :

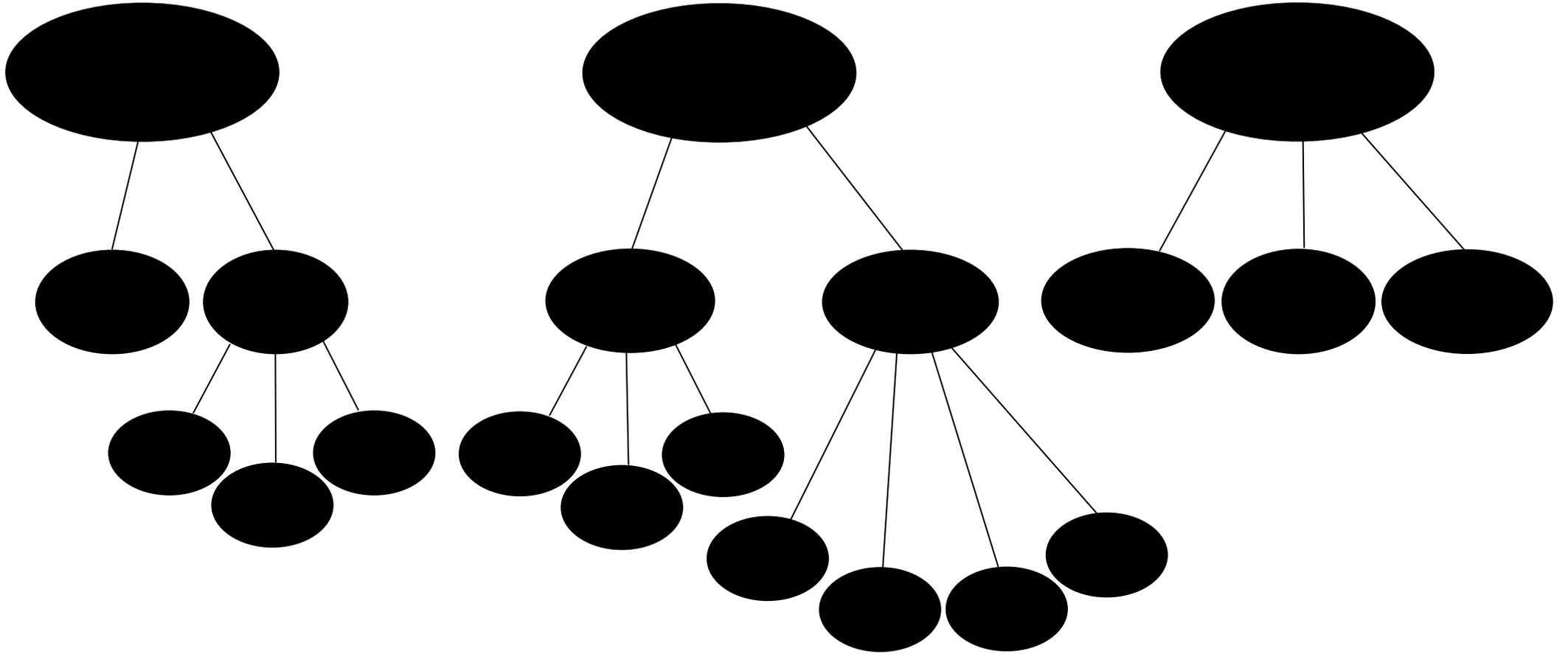
- Le réseau
- Le groupe
- L'interprofessionnalité

Nous aborderons ces différents thèmes à partir d'exemples tirés des entretiens.

Notre hypothèse postule que « Le lien entre les professionnels du réseau de réadaptation, issus de sites différents et de professions différentes, serait un projet commun, essence de l'interprofessionnalité. »

L'arborescence représentant les différents thèmes sous thèmes et catégories choisis, est présentée sous forme de schéma à la page suivante.

Arborescence



A. Le réseau

Le réseau peut se percevoir à travers les ramifications, les nœuds, liens, la coordination entre des personnes d'institutions différentes. Le terme réseau pour évoquer le C.L.I.C. est spontanément utilisé par quatre professionnels sur sept entretiens. Il revient quatorze fois au cours de ces quatre entretiens. Nous aborderons en premier lieu les intervenants du réseau, puis la démarche commune qui les relie.



1. Intervenants du réseau

a. Personnel du C.L.I.C.

Les personnels du C.L.I.C. même, c'est-à-dire, la coordinatrice, la secrétaire et l'ergothérapeute sont bien identifiés par l'ensemble des personnes interviewées. Certains professionnels ne citent que les personnes employées par le C.L.I.C. lorsque nous les interrogeons sur les partenaires du C.L.I.C. Cette difficulté se retrouve dans la définition même d'un C.L.I.C. En effet, celui-ci est à la fois un centre local d'information, donc un espace bien défini, et en même temps, un centre de coordination gérontologique, donc un ensemble plus flou, combinant tous les partenaires intervenants dans les actions du C.L.I.C.. Cette dichotomie entre le regroupement et l'éclatement, nous permet de rejoindre le concept du réseau, qui tisse des liens entre ce qu'il a préalablement différencié. Nous sommes bien ici, face à un système pouvant être associé à l'image d'une pieuvre : avec ses multiples tentacules, et un centre de gestion commun. Mme L., la coordinatrice du C.L.I.C., nous parle d'environ 240 partenaires, plus ou moins

réguliers. Pourtant, les partenaires interviewés, en citent peu. Ils évoquent comme partenaires du C.L.I.C. les collaborateurs avec lesquels ils travaillent le plus souvent, qu'ils aient été rencontrés à travers le C.L.I.C., ou de façon antérieure.

b. Partenaires

Les sept personnes interviewées citent dans tous les cas des intervenants de différentes institutions. Ainsi, Mme T., conseillère sociale en gérontologie évoque avec précision toutes les équipes partenaires du C.L.I.C. qu'elle connaît, ainsi que leurs institutions d'origine. Nous nous rapprochons, ici, de la vision de P. DUMOULIN, évoquée dans notre cadre conceptuel, selon laquelle le réseau est la connexion de professionnels appartenant à différentes institutions pour apporter une solution à un problème commun. En effet, Mme T., exprime l'idée d'« une sorte de travail de réseau, sur lequel on peut s'appuyer pour essayer de solutionner quelques problèmes locaux... » Mais nous retrouvons aussi cet apparent antagonisme entre la multiplicité des partenaires et l'identification plus précise du C.L.I.C. comme lieu de regroupement de ces diversités.

c. Lieu

Toutes les personnes interviewées situent le C.L.I.C. géographiquement et la plupart s'y sont déjà rendues. Mme H, ergothérapeute et employée du C.L.I.C., précise que le C.L.I.C. est un lieu identifié pour les échanges entre partenaires. Nous pouvons supposer aussi d'après la plaquette du C.L.I.C., distribuée dans les différents points d'informations de la ville, que ce lieu identifiable reste nécessaire au réseau pour offrir en quelque sorte un point de ralliement, un espace où les usagers peuvent se rendre pour une

demande de renseignements ou d'intervention. De même, les différents partenaires interrogés expriment leur recours à l'information du C.L.I.C., qu'elle soit téléphonique ou sur place. Le lieu est précisément connu et reconnu, mais nous remarquons aussi que la coordinatrice du C.L.I.C., Mme L. est connue de tous, chacun la nommant soit par son nom, soit par son prénom lors des entretiens.

Nous observons donc pour ce réseau de personnes issues du milieu du travail social et du milieu de la santé, que le réseau tel qu'ils l'appréhendent, est constitué à la fois d'une kyrielle de partenaires, et d'un endroit précis, comme un repère ; ou un repaire, refuge des ressemblances mais aussi des inquiétudes communes.

2. Une démarche commune

Quand les professionnels formulent leur idée du réseau, ils ajoutent à la notion de partenaires, la notion de démarche commune. Ce qui nous rapproche de l'interprofessionnalité que nous évoquerons dans la troisième partie de cette analyse. La plupart des interviewés, citent les commissions techniques du C.L.I.C. comme outils de recherche d'une conception commune. Ainsi, Mme D., infirmière coordinatrice d'un service de soins à domicile, dit : « les commissions de travail peuvent donner des visions différentes et créer des pistes de travail, de recherches communes, pouvant faire avancer la prise en charge globale des gens ». Le lien se ferait donc entre les différents professionnels, par des outils de communication et de concertation mis en place par le C.L.I.C. De la même façon, Mme J., psychologue coordinatrice d'un service d'aide à domicile se sent impliquée

dans le réseau du C.L.I.C. par sa participation aux commissions techniques, qui permettent aux professionnels volontaires de réfléchir ensemble, sur un sujet commun qui les préoccupe. Nous retrouvons ici l'idée exposée par P. DUMOULIN, selon laquelle, la création d'un réseau est d'abord issue d'un besoin commun à plusieurs professionnels à un moment donné et sur un sujet donné.

L'évocation du réseau, entraîne chez la plupart des interviewés, une idée de communication, de lien, de coordination et de partage d'informations. D'ailleurs, ils estiment dans six cas sur sept que la « jeunesse » du C.L.I.C., explique le manque de lien entre les uns et les autres. Nous verrons dans la deuxième partie de cette analyse, que d'autres facteurs influencent la présence ou non des liens sus-cités. Nous allons maintenant tenter de dérouler la bobine du lien entre ces personnes. En abordant le thème du groupe, constitué de deux catégories, les relations de groupe institutionnelles, et les relations de groupe interpersonnelles.

B. Le groupe

Les professionnels emploient pour exprimer les liens qui les réunissent les termes de lien, partenaires, coordination, ils abordent leur disponibilité ou non pour le réseau... Ces différentes façons de présenter le groupe qu'ils constituent, peuvent être reprise selon deux catégories : les relations institutionnelles et les relations interpersonnelles.

1. Relations institutionnelles

La plupart des personnes interrogées, évoquent le partenariat à travers les relations institutionnelles qui se mettent en place. Nous remarquons que toutes nomment les institutions ou les responsables de celles-ci comme partenaires, avant de citer les professionnels. Les relations qu'elles décrivent sont d'ailleurs souvent mises en place par l'établissement qui les représente. Mme L., la coordinatrice du C.L.I.C., lorsqu'elle aborde la coordination entre les professionnels, présente par exemple les rencontres avec les directeurs des maisons de retraite, de l'hôpital, la convention tripartite qui a été élaborée entre le conseil général, la mairie et l'hôpital. Nous pouvons remarquer ici que les relations entre professionnels partenaires du C.L.I.C. passent avant tout par l'institution dont ils dépendent. De même, toutes les personnes interviewées, ont été représentées par leur institution lors de la création du C.L.I.C. Elles sont acteurs du partenariat, dans la mesure où leur établissement d'origine est promoteur du projet.

Nous observons en outre, que les enjeux politiques et de pouvoir, entrent de façon importante dans la liberté de mouvement des professionnels, quelque soit leur intention de participer à un projet mis en œuvre par le C.L.I.C. Mme J., coordinatrice d'un service d'aide à domicile explique l'importance pour elle de la neutralité du C.L.I.C. dans ces enjeux. En effet, celui-ci devient dans cette approche institutionnelle, l'interface entre les différents établissements employeurs. Pour que les professionnels puissent agir en liberté dans une démarche commune, le C.L.I.C. doit tenter de coordonner les professionnels, mais aussi les institutions. Nous faisons ici, le lien avec un groupe de type secondaire selon la vision d'ANZIEU. En

effet, la structuration est élevée car mise en place par les organisations, et les relations décrites sont fonctionnelles.

Cinq professionnels sur sept signalent la difficulté qu'ils ont à participer aux réunions des groupes techniques, malgré l'intérêt porté. Ils mentionnent le manque de temps à consacrer à ces nouvelles missions. En ce sens, nous pouvons formuler l'importance des institutions employeurs dans la participation des professionnels au groupe de partenaires, à la fois d'un point de vue politique et d'un point de vue financier. Si les projets ne passent pas par l'institution, les professionnels ne pourront intervenir.

La constitution d'un groupe de partenaires est bien liée comme l'expose MUCHIELLI, à la création d'un tout supérieur à la somme des parties. Et le groupe que nous évoquons ici, est à la fois le regroupement d'institutions, et le regroupement de professionnels différents appartenant à ces institutions. Ceci nous ramène à la phrase de PASCAL, inscrite en exergue de notre cadre conceptuel, et l'analyse des entretiens nous permet de partager pleinement cette vision selon laquelle le tout et les parties du tout sont intimement mêlées ; tellement liées, qu'il nous apparaît impossible d'étudier le groupe sans tenir compte de ses composantes et vice versa.

Nous atteignons ici la complexité. En effet, si nous souscrivons à l'idée de FREUD, selon laquelle les membres d'un groupe correspondraient de façon imagée aux membres et organes d'un corps dont l'ensemble est le groupe, quelle est la place de l'institution, quelle est celle du professionnel, dans ce groupe ? Les professionnels semblent bien être pris dans une double logique, la logique de leur établissement employeur, et celle de leur rôle de professionnel. Aussi, Mme J., exprime cette double appartenance dans la phrase suivante : « La difficulté, ce sont les résistances, les visées politiques, qui échappent un peu aux professionnels. Moi, ce que je vois,

c'est que sur le terrain, il y a tout à faire pour les personnes âgées, si on coordonne tous nos efforts ». Comment concilier ce « je » exprimé par la professionnelle avec la phrase précédente exposant la vision plus institutionnelle du problème ? Nous sommes ici dans une contradiction, qui se retrouve dans l'analyse des relations du groupe sous l'angle interpersonnel.

2. Relations interpersonnelles

Nous reprendrons pour cette partie, le cheminement posé par MUCHIELLI, pour rechercher parmi les données des entretiens, ce qui relève plus particulièrement de tel ou tel type de groupe, selon les positionnements des personnes consultées. Il semble en effet que les personnes interviewées, se situent selon les moments ou les projets, dans un type de groupe ou dans un autre.

a. Groupe nominal

Dans la totalité des entretiens, nous retrouvons des données correspondant à un groupe de type nominal, c'est-à-dire une faible connaissance des autres professionnels composant l'ensemble des partenaires. La plupart des professionnels argumentent ce peu de connaissance de tous les partenaires par la « jeunesse » du C.L.I.C. Effectivement, celui-ci existe depuis peu de temps, et le nombre des partenaires est suffisamment important pour que chacun ne puisse connaître tous les autres. Mais cette explication est-elle suffisante ? Nous sommes devant un groupe en phase de construction, et ce manque de

relations interpersonnelles peut aussi être lié à la prégnance des institutions dans ce groupe embryonnaire.

Comme le souligne MUCHIELLI, le groupe nominal n'existe que par une demande extérieure. Cette constatation corrobore notre première approche institutionnelle. Nous pouvons considérer effectivement que la demande des structures employeurs de créer un groupe de partenaires ne suffit pas à l'envisager dans la réalité. Nous retrouvons en outre une donnée inhérente au réseau, c'est-à-dire l'impossibilité de le créer en partant uniquement d'une volonté institutionnelle.

Mais, si nous sommes ici face à un groupe en création, avec une faible connaissance des personnes le composant, cela n'est vrai que dans une certaine mesure. En effet, bien que chaque personne admette ne pas connaître l'ensemble des partenaires, elles ont toutes une connaissance d'une partie de ceux-ci. De plus, les différentes personnes interviewées demandent, dans leur discours à mieux se connaître dans l'avenir. Pour autant, se situent t'elles avec les personnes qu'elles côtoient, dans un système fusionnel, conflictuel ou unitaire ?

b. Groupe fusionnel

Aucun des professionnels interrogés ne se situe dans un fonctionnement fusionnel. Dans le contenu des interviews, ils semblent plus majoritairement centrés sur la tâche à accomplir, les projets à mettre en œuvre, que sur le climat du groupe. Cette phase du groupe n'est pas vécue ou non exprimée par les différentes personnes interviewées.

c. Groupe conflictuel

Certaines personnes expriment dans leur discours, un vécu conflictuel du groupe, une personne évoque le fait d'être seulement partenaire par défaut, et se sent insuffisamment reconnue actuellement. De même, la moitié des personnes interviewées relatent une situation plutôt conflictuelle entre les professionnels du monde médical ou paramédical, et ceux du domaine social. Chacun tente de préserver son champ d'action et argue de la non compréhension de l'autre. Comme dans le groupe conflictuel développé par MUCHIELLI, chaque membre du groupe tente de faire passer ses idées, et des sous-groupes se forment. Ici, les sous-groupes se fondent sur des domaines de compétences. Chacun utilise son idiome et se faire comprendre par l'autre n'est pas si simple. En effet, c'est s'ouvrir à l'autre et donc lui permettre de découvrir nos failles... Comment permettre aux différents professionnels de se rencontrer, de dialoguer, s'ils ne se comprennent pas ? Qui va leur offrir un langage commun ? Nous reparlerons de ces questions sous-jacentes à l'interprofessionnalité dans la synthèse de cette analyse.

d. Groupe unitaire

Nous constatons que seul Mr D.V., médecin, nomme quelques partenaires par leur nom, et non par leur profession. Toutefois, ces personnes citées plus précisément, sont aussi des connaissances antérieures à la création du réseau du C.L.I.C. et il a l'habitude de collaborer avec ces personnes. Il exprime d'ailleurs une facilité de travail avec les personnes qu'il connaît, il dit : « au moins, on sait comment chacun travaille ». Assurément, nous retrouvons ici les caractéristiques du groupe unitaire de MUCHIELLI, où la connaissance des intervenants permet à

chacun de s'ajuster en fonction de la tâche à effectuer, dans un esprit de coopération.

Nous pouvons aussi noter la connaissance par chaque interviewé, du nom et du prénom de la coordinatrice du C.L.I.C. Nous pouvons alors nous demander si la création réelle d'un tel groupe unitaire ne se fera pas autour de sa personne comme point fixe, comme repère. Cette stabilité cette référence à une personne permettant peut-être de passer du groupe de professionnel à l'équipe de travail.

Cette approche du groupe nous a permis de découvrir la pluralité des ressentis au sein d'un groupe de professionnels. Ils semble que les différents stades de constitution d'une équipe soient faits d'allers et retours, entre des moments d'ouverture et d'autres de repli. De plus, ces phases de construction ne sont pas les mêmes pour tous au même moment. Ainsi, l'un est prêt à fonctionner avec les autres tandis qu'un autre se sent en retrait et qu'un troisième ne connaît encore que très peu de partenaires. Cette non simultanément du vécu de chacun nous apparaît liée au nombre important de partenaires constituant ce groupe et à l'intégration de nouveaux partenaires de façon régulière.

Dans quelle mesure ce groupe d'apparence hétérogène va-t'il pouvoir fonctionner en interprofessionnalité ?

C. L'interprofessionnalité

Comme nous le remarquons précédemment, le groupe interrogé est composé de professionnels différents et leur vécu du groupe est protéiforme. De la même façon, leur manière d'appréhender

l'interprofessionnalité est assez diversifiée. Avant d'aborder les trois sous-catégories illustrant l'interprofessionnalité, évoquons dès à présent le moment de pause qui fut nécessaire à chacune des personnes interviewées, pour développer ce sujet. Seule la coordinatrice connaissait ce terme et était à l'aise avec le concept. Tous les autres professionnels ont été surpris voire décontenancés par ce mot. Pourtant, ils ont tous cherché à définir ce qu'était l'interprofessionnalité pour eux, et généralement avec enthousiasme, en précisant que cela leur manque souvent dans leur pratique quotidienne.

1. Existence de relations entre les différents professionnels

Même si les différents professionnels ne connaissent pas l'ensemble des partenaires du réseau, ils ont des relations entre eux par petits groupes et en fonctions de situations précises, sur des retours à domicile difficiles ou complexes. Mme J. exprime le fait qu'elle était déjà en relation avec certains partenaires avant la mise en place du C.L.I.C., mais que celui-ci donne l'occasion aux différents protagonistes de se rencontrer physiquement et de mieux se connaître. Parmi les personnes interviewées, certaines, depuis longtemps sont en lien avec une partie des partenaires et attendent du C.L.I.C. une coordination plus importante avec les partenaires qu'ils côtoient moins. D'autres, plus récemment entrés dans le réseau, expriment une inquiétude par rapport à un manque de lien entre les professionnels. Mme H. ergothérapeute, déclare: « J'ai l'impression qu'il n'y a pas du tout de lien entre les professionnels. Ils ne sont pas forcément au courant que l'un ou l'autre intervient ». Nous voyons une fois encore, que ce

groupe hétérogène, entraîne aussi des visions plurielles des relations existant entre ses membres.

2. Connaître le rôle des autres professionnels

Pour pouvoir travailler ensemble, il faut connaître les autres. Comme nous l'avons décrit précédemment, la plupart des personnes interrogées, connaissent uniquement certains partenaires et les rôles de chacun ne semblent pas toujours bien définis.

Cependant, sur les sept personnes rencontrées, toutes évoquent le C.L.I.C. comme un moyen pour mieux se connaître, un lien entre eux. Ils parlent de communication, de travail ensemble, et chacun cherche à être reconnu par le C.L.I.C. pour avoir une place dans le système et se faire connaître des autres partenaires. Ainsi, Mr D.V. envisage de mieux connaître les professionnels intervenant sur l'un des départements, lors d'une intervention qu'il va réaliser, sur la demande du C.L.I.C., auprès des professionnels de soin et d'aide à domicile. De même, Mme L. explicite les commissions techniques mises en place par le C.L.I.C. en appuyant sur l'importance de faire se rencontrer les partenaires : « le fait que les partenaires puissent se rencontrer, connaître ce que font les uns et les autres, leurs missions... ». Lors de ces commissions techniques, les professionnels évoquent des problématiques de terrain et proposent des projets communs. Ceux-ci sont ensuite soumis au COPIL²⁵, constitué des décideurs pour approbation.

Les différents professionnels ont une approche positive de ces groupes techniques, qui permettent de partir d'un partage de leur

²⁵ COmité de PILotage

expérience de terrain pour faire émerger des besoins communs. Ils sont prêts à s'investir dans ce type de relation qui leur semble constructive, car partant de leur réalité commune pour aboutir à un travail commun. Ils expriment la possibilité de bâtir quelque chose de nouveau à partir de leurs expériences variées. C'est bien une approche qui tend vers l'analyse des pratiques et la mise en place d'objectifs communs issus du terrain. Nous retrouvons ici à la fois le concept de réseau, avec la réponse à un besoin collectif de professionnels d'institutions différentes, l'idée de mise en place d'un projet commun, qui nous renvoie au groupe et à l'équipe, et la mise en perspective de ces différentes visions vers une interprofessionnalité, qui offre le lien entre toutes les pièces du puzzle.

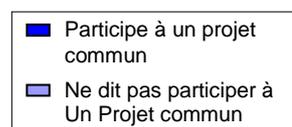
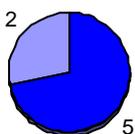
Pourtant, les professionnels sont parfois dans l'ambivalence entre une demande pressante de lien, une volonté de mieux connaître les autres partenaires, et une inquiétude par rapport à la place leur revenant dans cette toile que forme la multitude des relations interprofessionnelles.

Ainsi, Mme T. dit : « Pour l'instant, c'est une difficulté, on marche un petit peu sur les plates bandes les uns des autres... Moi, justement, ce que j'attends du C.L.I.C., c'est une coordination pour éviter cela ». De même, Mme J. s'inquiète des difficultés de contact avec certains professionnels, craignant « qu'on aille sur leur terrain ». Nous reconnaissons ici une des problématiques de l'interprofessionnalité ; comme nous l'évoquons dans le cadre conceptuel. « La pluriprofessionnalité garantit l'identité professionnelle, car elle cloisonne, protège chacune d'elle. Chacun garde sa spécificité, ses caractéristiques [...] » (J-P. GUIHARD), alors que l'interprofessionnalité la dépasse pour offrir une prise en charge multiple mais concordante. Pour l'atteindre, chacun doit être prêt à dépasser sa profession pour entrer dans le domaine plus large d'une compétence

partagée. Mais, les entretiens sur le terrain montrent bien que cette interprofessionnalité ne peut être atteinte qu'après un travail de fond sur le rôle de chacun. Ainsi, Mme J. dit : « c'est l'intérêt de savoir que : chacun son rôle, et que tout peut fonctionner, si on arrive à comprendre, justement la profession de chacun ». De la même façon, Mme B., assistante sociale, lorsqu'elle parle d'interprofessionnalité, évoque l'importance de mieux cerner les missions de chacun et les limites d'intervention de chacun. Elle attend des réunions entre professionnels mises en place par le C.L.I.C., une meilleure approche dans ce domaine. Pour nous il semble effectivement que le rôle du C.L.I.C. en tant que réseau de réadaptation, est de créer ou de renforcer ce lien, cette reconnaissance des uns et des autres, pour pouvoir avancer vers un projet commun.

3. Un projet commun

A la question portant sur la participation à des projets en lien avec le C.L.I.C., cinq interviewés sur sept décrivent leur participation à un groupe de travail, au sein d'une commission technique. Le projet le plus souvent cité, est celui du groupe « aide aux aidants », dont le but est de rechercher des solutions de soutien, d'information, de formation pour les personnes aidant une personne âgée de leur entourage. Dès que nous abordons ce sujet, les professionnels montrent un réel enthousiasme et un fort engagement dans le processus de réflexion. Selon eux, c'est bien dans une démarche commune que l'on peut construire l'interprofessionnalité. En effet, lorsqu'ils évoquent l'interprofessionnalité, la majorité cite le projet commun. Nous entamons ici



le regroupement de deux concepts : celui du groupe d'ANZIEU et celui d'interprofessionnalité. En effet, ces deux concepts réunissent le projet commun comme une de leurs composantes. L'interprofessionnalité existe à partir du moment où plusieurs professionnels différents forment un groupe primaire ou secondaire. C'est-à-dire lorsqu'ils sont liés par une démarche commune, un but semblable, que ce soit au sein d'une organisation ou non.

La coordinatrice du C.L.I.C., Mme L. dit : « Tous les projets qui se mettent en place aujourd'hui, ont été impulsés par les groupes techniques ». Nous apercevons alors la volonté du C.L.I.C., de rassembler les professionnels au plus près de leurs préoccupations, pour permettre l'émergence de projets. Mme L. évoque l'importance de cet aller retour entre les personnes du terrain et la naissance des projets : « Sur les projets du groupe technique, nous sommes dans l'interprofessionnalité, ce n'est pas difficile de mobiliser les intervenants, chacun se positionne... ». Elle rapproche ainsi la pertinence d'un projet avec le lien préalable entre les professionnels. Ainsi, quand l'interprofessionnalité permet la connaissance de l'autre professionnel et une meilleure reconnaissance des rôles de chacun, c'est bien dans le but d'élaborer des objectifs communs. Le projet commun permet alors de dépasser les querelles d'identités puisque c'est au travers de sa réalisation que chacun existera.

Dans le même sens, nous pouvons évoquer les difficultés citées par Mme T., conseillère en gérontologie lorsqu'elle aborde le projet « aide aux aidants ». Elle parle de l'inadéquation des projets mis en place sans concertation avec les acteurs de terrain et revendique la participation aux groupes techniques, qui permettent à chaque professionnel d'exprimer sa vision du problème. Elle dit l'intérêt de cette démarche venant du terrain,

et contraire à celle préexistante, qui « plaque des projets qui ne répondent pas aux attentes. » Ainsi, nous retrouvons la nécessité d'établir des ponts entre les professionnels, pour permettre l'éclosion d'un projet efficace. Nous souscrivons à la proposition de Mme T., puisque que l'expression de chaque professionnel permet à chaque personne présente à un moment donné, de voir une situation avec les lunettes d'un autre, c'est aussi le premier pas vers une démarche interprofessionnelle. Cela nous conduit à l'expression d'intrication employée par J.P. ASTOLFI lors qu'il expose l'interdisciplinarité. Les professionnels s'ouvrent les uns aux autres pour créer un langage commun qui combine les spécificités de chacun.

Mme L, évoque elle aussi l'importance de cet aller retour entre les personnes du terrain et la naissance des projets : « Sur les projets du groupe technique, nous sommes dans l'interprofessionnalité, ce n'est pas difficile de mobiliser les intervenants, chacun se positionne... »

Les personnes interviewées expriment toutes un souhait d'aller vers plus de communication, plus d'actions communes, plus d'analyse des pratiques, plus d'interprofessionnalité Mais paradoxalement, elles sont conscientes de leur difficulté à passer outre leur a priori sur les partenaires et leur profession, pour arriver à transcender leur discipline.

De plus, nous trouvons ici, comme dans l'analyse du groupe, une double logique : celle du terrain et celle de l'institution. Cette double logique est peut-être l'un des freins à l'interprofessionnalité dans ce réseau. Il nous semble effectivement difficile d'insuffler un projet si les différents professionnels concernés ne sont pas partie prenante dans son émergence. Or, certains sont frustrés dans leur désir de participer aux projets, par la

faible implication de leur institution où le peu de marge de manœuvre possible, comme nous l'avons vu dans la partie de l'analyse sur le groupe.

Il semble donc qu'il existe entre les partenaires du C.L.I.C., des moments où le métier, l'appartenance à une profession, à un corps, placent quelques barrières entre les professionnels, parfois à leur insu et d'autres moments, privilégiés, d'interprofessionnalité.

2. SYNTHESE

Comme nous venons de le voir tout au long de l'analyse du contenu des entretiens, les différents thèmes évoqués sont étroitement liés entre eux. Déjà, lors du cadre conceptuel, nous remarquons des liens entre les concepts choisis. Nous avons découvert que les origines étymologiques des mots réseau et groupe, les rapprochaient, puisque l'une comme l'autre évoquaient le nœud et le lien. Nous avons déjà questionné cette proximité de sens. Aujourd'hui, après l'analyse des entretiens, nous tendons d'autant plus vers cette impression d'interdépendance entre les deux. En effet, le réseau en construction qu'est le C.L.I.C. observé, est aussi, comme nous l'avons vu, un groupe en construction. Pouvons-nous dire que le groupe formera le réseau, ou que le réseau aidera à la génération d'un groupe unitaire ?

De la même façon, l'interprofessionnalité, est en lien étroit avec le groupe puisqu'elle est une manière d'aborder les interactions entre professionnels. Mais celle-ci, est également entrelacée avec le réseau et son sens profond puisque le projet commun est une notion clef du réseau, comme de l'interprofessionnalité. Nous trouvons en outre une tresse

sémantique entre l'interprofessionnalité, la notion de projet et le groupe, qui devient unitaire, par la mise en commun autour d'une situation collective. Les processus liés aux différents concepts réunis pour notre analyse, interagissent les uns sur les autres. Finalement, l'analyse des entretiens, nous montre la complexité dans laquelle se vivent les relations interprofessionnelles.

Ainsi, le groupe, le réseau et l'interprofessionnalité sont difficilement dissociables. Selon la pensée d'Edgar MORIN, nous pouvons dire qu'il s'agit là de complexité, chaque partie du puzzle nécessitant l'autre pour distinguer une image globale. Nous avons essayé tout au long de ce travail de faire « la navette incessante de la connaissance des parties à celle du tout, du tout à celle des parties »²⁶ C'est pourquoi, nous pensons aujourd'hui, qu'il faut oser la multiréférentialité pour aborder l'interprofessionnalité. Nous faisons ici allusion à l'idée de Jacques ARDOINO, selon laquelle « l'approche multiréférentielle se propose une lecture plurielle de ses objets (pratiques ou théoriques), sous différents angles, impliquant autant de regards spécifiques et de langages, appropriés aux descriptions requises, en fonction de systèmes de références distincts, supposés, reconnus explicitement non-réductibles les uns aux autres, c'est-à-dire hétérogènes.»²⁷

Nous pensons finalement, que notre hypothèse de départ ; selon laquelle : *Le lien entre les professionnels du réseau de réadaptation, issus de sites différents et de professions différentes, serait un projet commun, essence de l'interprofessionnalité ; est confirmée dans un sens, mais aussi infirmée si nous la regardons sous un nouvel angle.*

²⁶ Edgar MORIN, *Relier les connaissances, le défi du XXI^{ème} siècle*, Paris, éd. Du Seuil, 1999.

²⁷ J. ARDOINO, *L'approche multiréférentielle (plurielle) des situations éducatives et formatives*, revue « Pratiques de Formation-Analyses », Université Paris 8, Formation permanente, n°25-26, janvier-décembre 1993.

En effet, le projet commun ressort bien comme un lien entre les professionnels. Ils l'évoquent quand nous abordons l'interprofessionnalité. De plus, avec le lien découvert entre le groupe unitaire, le projet et l'interprofessionnalité, nous pouvons dire que ces deux phénomènes fonctionnent bien dans une dynamique commune du projet.

Pour autant, si nous prenons une deuxième paire de lunettes pour lire différemment, nous estimons qu'il faudrait une analyse multiréférentielle pour mieux aborder ce processus de constitution d'interprofessionnalité. La recherche gagnerait à s'appuyer sur une vision psychanalytique, ainsi que sur une étude des représentations sociales des différents protagonistes. De plus, il serait intéressant de rencontrer les partenaires du C.L.I.C., plusieurs fois, à des moments différents de son évolution (à un an, deux ans...) ou d'effectuer une recherche sur plusieurs C.L.I.C., « d'âges » différents. Ainsi, nous pourrions corrélérer les effets de la dynamique des groupes, avec l'émergence de l'interprofessionnalité au sein de ce réseau.

Finalement, nous n'avons abordé qu'une infime partie de ce système qu'est le réseau. Mais, par cette porte d'entrée, nous comprenons combien tout est lié. Il nous semble possible d'établir des liens de causalité entre les différents thèmes que nous avons évoqué. Nous émettons l'hypothèse que l'interprofessionnalité est dépendante de l'évolution du groupe de partenaires, et subséquemment, nous estimons que la mise en place d'un réseau efficient est liée à la qualité de l'interprofessionnalité entre les acteurs de celui-ci. Cette nouvelle piste de recherche permettrait de comprendre dans quel sens les efforts fournis peuvent être efficients pour mettre en place un réseau. La difficulté de cette nouvelle démarche, réside dans l'interaction entre tous les phénomènes sus-cités. Ainsi, comme l'exprime J. ARDOINO, « ces processus et phénomènes ne se rencontrent

jamais concrètement dissociés, à l'état pur, dans les matériaux offerts à la recherche par les pratiques sociales. Ils inter-agissent les uns sur les autres, et se développent en fonction les uns des autres ».

CONCLUSION

Pour conclure ce travail, nous voulons évoquer à présent le rapprochement que nous pouvons effectuer entre cette recherche et notre positionnement futur de cadre de santé. Nous avons découvert à travers l'analyse des entretiens au regard des concepts développés, l'importance du lien comme préalable à la démarche de projet. Or, nous serons demain, face à des situations où le lien sera, parfois existant, parfois distendu, parfois offensif, parfois inexistant, entre les soignants que nous encadrerons. Dès lors, il nous semble important de considérer dans notre approche, le rôle de médiateur, du cadre de santé. Il nous faudra permettre aux intervenants, de « s'apprivoiser », dans le sens qu'y met SAINT-EXUPERY :

« - Qu'est-ce que signifie «apprivoiser»? dit le Petit prince.

- C'est une chose trop oubliée, dit le renard. Ca signifie «créer des liens...» »²⁸ En effet, il nous semble primordial de favoriser le lien, la connaissance du rôle de chacun et l'apprentissage de la « polyglotie » qui permet aux différents professionnels d'échanger.

Nous avons d'ailleurs évoqué dans la partie de l'analyse sur le groupe unitaire, le rôle de la coordinatrice du C.L.I.C. Nous notions alors qu'elle semblait être un point de repère, une référence, pour les divers acteurs du C.L.I.C. Son rôle, est bien de coordonner les acteurs pour qu'ils fonctionnent ensemble, mais nous avons vu qu'elle doit aussi coordonner les institutions employeurs pour permettre une adéquation entre la volonté des professionnels et leur marge de manœuvre. Nous retrouvons ici l'un des

²⁸ Antoine de SAINT-EXUPERY, *Le petit Prince*.

rôles du cadre de santé, l'animation et la coordination des professionnels de santé, dans un but d'amélioration de la prise en charge.

Il nous semble important de nous pencher sur les relations interpersonnelles comme ce fut le cas à travers ce travail de recherche. En effet, le cadre de santé est bien en lien quotidien avec des personnes et avec les relations entre ces personnes. D'ailleurs, MINTZBERG, quand il évoque les dix rôles du cadre²⁹, en propose trois qui nous paraissent correspondre au rôle de lien entre les personnes :

- Le rôle de leader, qui définit les relations qu'il a avec ses collaborateurs et l'atmosphère de travail dans son unité, service, direction. Il impulse et aide ses collaborateurs à se motiver.
- Le rôle de diffuseur d'information, qui permet à chacun de partir avec les mêmes bases pour une meilleure congruence de l'équipe.
- Le rôle de régulateur par lequel il gère les difficultés internes à son groupe (tensions, conflits, baisses de motivation, résistances au changement...)

Pour nous, ces rôles proposés par MINTZBERG correspondent à la mise en place par le cadre, des conditions d'émergence de l'interprofessionnalité dans un groupe de professionnels. Aujourd'hui, en regardant d'un œil nouveau, la coordination d'un C.L.I.C., nous pensons que le rôle du coordinateur est capital, puisque c'est lui qui catalysera les avancées et les difficultés, c'est lui qui tentera de mobiliser les intervenant. Est-il le liant qui permet l'interprofessionnalité ? Nous serions tentés de retourner interviewer les professionnels pour connaître leur représentation du rôle de

²⁹ MINTZBERG Henri : *le manager au quotidien : les dix rôles du cadre*-les éditions d'organisation, 1984

coordinateur dans un système tel que le C.L.I.C. Ce rôle de coordinateur est-il nécessaire tout au long de la vie du C.L.I.C. ? Permet-il de passer du groupe à l'équipe ?

Nous avons découvert la place centrale du projet commun, dans la dynamique de groupe comme dans la mise en place de l'interprofessionnalité. Nous pensons que le cadre de santé a un rôle à jouer dans l'émergence, la mise en œuvre, le soutien et l'évaluation de projets, communs aux différents professionnels d'une équipe. Une question nous interpelle alors : Quel est le rôle du cadre dans la maïeutique d'un projet interprofessionnel ?

BIBLIOGRAPHIE

WEBOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

Textes législatifs et réglementaires

J.O n° 98 du 25 avril 1996 page 6324

Ordonnance no 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, NOR: TASX9600043R
Art. 29.

J.O n° 179 du 2 août 1991

LOI no 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière (1) NOR: SPSX9000155L

Loi du 20 juillet 2001 portant sur la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et sur l'allocation personnalisée d'autonomie

Loi du 02 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

Ouvrages

D.ANZIEU, J-Y MARTIN, *la dynamique des groupes restreints*, (13^{ème} éd.)
Paris : PUF le psychologue, 2003; 397p.

J. ARDOINO,

Extrait de, *Les avatars de l'éducation : « Pédagogie du projet, ou projet éducatif »*.

Paris : PUF, 2000, Collection Pédagogie Théorie.

J. CHABANIER,

De l'équipe au réseau,

Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble, 2000, 272 p.

Dictionnaire Petit Robert,

Paris : Dictionnaires Le Robert - VUEF, 2003

P. DUMOULIN et al.,

Travailler en réseau Méthodes et pratiques en intervention sociale,

Paris : Dunod, 2003, 269 p.

Encyclopaedia Universalis, 8^{ème} éd.,
Paris : Encyclopaedia Universalis, 2002

M. GRAWITZ,
Lexique des sciences sociales (7^{ème} éd.)
Paris : Dalloz, 1999, 424 p.

P. LARCHER, P. POLOMENI,
*La santé en réseaux Objectifs et stratégies dans une collaboration ville-
hôpital,*
Paris : Masson, 2001, 186 p. - (Objectifs en management hospitalier)

A. LEVESQUE,
Partenaires multiples et projet commun Comment réussir l'impossible,
Paris : L'Harmattan, 1993, 317 p.

MINTZBERG Henri,
Le manager au quotidien : les dix rôles du cadre, (7^{ème} éd.)
Paris : Les éditions d'organisation, 1997, 220 p.

Edgar MORIN,
Relier les connaissances, le défi du XXI^{ème} siècle,
Paris, éd. Du Seuil, 1999, 471 p.

R. MUCHIELLI,
Le travail en équipe, (4^{ème} éd.)
Paris : ESF, 108 p., 1984

R. MUCHIELLI,
La dynamique des groupes.
Paris : ESF, 222 p., 1976.

F.-X. SCHWEYER, G. LEVASSEUR, T. PAWLIKOWSKA,
Créer et piloter un réseau de santé Un outil de travail pour les équipes,
Rennes : ENSP, 2002, 112 p.

H. SERIYEX, H. AZOULAY, Groupe CFC,
*(Face à la complexité) Mettez du réseau dans vos pyramides Penser,
organiser, vivre la structure en réseau.,*
Paris, Le Village Mondial, 1996, 252 p.

R. QUIVY, L.V. CAMPENHOUDT,
Manuel de recherche en sciences sociales, (2^{ème} éd.)
Paris, Dunod, 1995, 287 p.

Articles, Mémoires :

J. ARDOINO,
L'approche multiréférentielle (plurielle) des situations éducatives et formatives,
Pratiques de Formation-Analyses
Université Paris 8, Formation permanente, n°25-26, déc.-janv. 1993, 22 p.

J.-M. ASENSIO, J.-P. ASTOLFI, M. DEVELAY,
Apprentissage et didactique, cours Licence de Sciences de l'Education
CNED,
Université Rouen, Université lumière Lyon 2, CNED, 2003, 132 p.

J.-Ph. GUIHARD,
Interprofessionnalité ou interprovidence ?
Journal d'ergothérapie, 1999, 21, 3, pp. 91-95

J.-Ph. GUIHARD,
L'interprofessionnalité, aux risques du C.H.S.
PARIS, 1998-1999, Mémoire cadre IFCS Croix-Rouge,

E. MORIN,
Interdisciplinarité,
Carrefour des sciences, Actes du Colloque du Comité National de la
Recherche Scientifique
Paris, Éditions du CNRS, 1990

J.-P. VELOT,
Du groupe à l'équipe,
Paris, 2002-2003, Mémoire cadre IFCS Croix-Rouge, 54 p.

WEBOGRAPHIE

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

<http://www.social.gouv.fr/htm/dossiers/clic/sommaire.htm>

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

<http://membres.lycos.fr/jp>

LE RESEAU, AU RISQUE DE L'INTERPROFESSIONNALITE

Mots Clés :

Réseau Interprofessionnalité
Relations interpersonnelles Relations institutionnelles
Projet commun Ergothérapie

Résumé :

Dans le monde de la santé et du social, le réseau est aujourd'hui un mode de fonctionnement en expansion, pour une prise en charge au plus près de la personne. Ce fonctionnement en réseau entraîne l'émergence de nouvelles données entre les professionnels. La recherche d'une complémentarité disciplinaire au sein des réseaux donne la juxtaposition d'une kyrielle de professionnels différents. Sur quels types de relations interpersonnelles et interinstitutionnelles fonctionnent-ils ?

L'interprofessionnalité est-elle, au travers d'un projet commun, le moyen de faire se rencontrer ces professionnels différents ? En ouvrant un espace entre les professions, espace de liberté et de rencontre, l'interprofessionnalité est peut-être la garantie du réseau.