



SYNTHÈSE DES RÉUNIONS DE TRAVAIL « FONCTION DE LIAISON » - FÉVRIER 2014

CONTEXTE ET OBJECTIFS :

Le décret du 03 avril 2009 introduit la fonction de liaison (FDL) au sein des SSM qui sont amenés à en modéliser la mise en œuvre. Dans sa mission d'appui, le Centre de Référence en Santé Mentale (CRéSaM) a réalisé un sondage exploratoire des diverses modalités d'exercice de la fonction auprès d'un échantillon de SSM.

Le CRéSaM a convié les SSM à participer à des réunions de travail sur la thématique afin de répondre à plusieurs objectifs :

- Partager les résultats de la phase exploratoire ;
- Compléter l'état des lieux des pratiques ;
- Offrir une mise en dialogue des différents services ;
- Evaluer les besoins complémentaires éventuels en matière d'appui.

CALENDRIER :

Les deux réunions initialement prévues ont été doublées en raison du nombre de services désireux d'y participer. Celles-ci se sont tenues en dates du :

- 04 février 2014 de 09h30 à 12h00
- 06 février 2014 de 09h30 à 12h00
- 28 février 2014 de 09h30 à 12h00
- 28 février 2014 de 13h30 à 16h00

PARTICIPATION :

54 SSM de Wallonie. Soit 80 professionnels inscrits dont 7 excusés. Il s'agissait pour la plupart de professionnels chargés de la FDL, de directions administratives et d'assistants sociaux. Mais aussi des psychologues, kinésithérapeutes, psychomotriciens, infirmiers sociaux.

SOMMAIRE :

1. Le cadre légal
2. Présentation par le CRéSaM de la phase exploratoire
3. Photographie de la situation actuelle
4. Enjeux et questions
5. Perspectives

Réalisation :

Travail exploratoire (2012-2013) :	Marie LAMBERT et Catherine JADIN
Travail préparatoire (déc. 2013-janv. 2014):	Marie LAMBERT et Lidia SCARCIOTTA
Animation des rencontres (Février 2014) :	Lidia SCARCIOTTA et Christiane BONTEMPS
Synthèse (mars-avril 2014):	Lidia SCARCIOTTA

LE CADRE LÉGAL¹

A. Les textes

1. La fonction

« Cette fonction est **centrée sur le suivi de l'utilisateur** et lui sert de référent tout au long de son parcours. Elle ne se substitue pas à la prise en charge clinique, cœur de la thérapie propre aux fonctions psychiatrique, psychologique ou complémentaire, et ne se comprend donc pas comme une fonction supplémentaire, mais comme un temps de travail supplémentaire². »

Extrait du Code wallon de l'action sociale et de la santé / Partie décrétable :

« Art. 546 : Une FDL est **attribuée pour chaque usager**, à un membre du personnel, à l'occasion de la concertation pluridisciplinaire.

Centrant son action sur les besoins de l'utilisateur, cette personne est chargée de **coordonner les interventions, garantir les décisions prises et soutenir l'ensemble du processus** ».

Commentaire de l'article :

« C'est lors de la concertation pluridisciplinaire que pour les situations qui requièrent l'intégration du réseau d'aide et de soins et pour tous les autres cas, qu'un référent est désigné. Ce référent est en charge de ce qui est défini comme « la FDL », renforcement de la fonction sociale – mais non obligatoirement – qui centre son action sur les besoins de l'utilisateur et coordonne les interventions, garantit les décisions prises et soutient l'ensemble du personnel dans la démarche.

Cette FDL s'impose dans les situations où le réseau collabore en faveur de l'utilisateur.

Il est clair que si l'utilisateur ne souhaite pas cette prise en charge intégrée, il peut la refuser totalement ou partiellement. »

« Art. 560.

§2. Le directeur administratif assure la concertation institutionnelle par l'inscription du service de santé mentale dans le réseau institutionnel qu'il construit et entretient en élaborant les procédures de partenariat, en ce compris sur le plan des méthodologies, la visibilité de l'action de celui-ci.

Il garantit, au sein de l'équipe, l'existence de la FDL centrée sur l'utilisateur ».

Extrait du Code wallon de l'action sociale et de la santé / Partie réglementaire :

« Art. 1774.

La concertation pluridisciplinaire, visée à l'article 545 de la Deuxième partie du Code décrétable, se réalise au moins une fois par semaine, au sein de l'équipe pluridisciplinaire de l'initiative spécifique, du club thérapeutique ou du service de santé mentale, selon les besoins de l'utilisateur.

La concertation porte au moins sur les aspects suivants: (...) 2° **identifier au sein de l'équipe pluridisciplinaire** le ou les intervenants qui pourront répondre à ces demandes et, le cas échéant, la personne qui assure **la fonction de liaison**; (...).

« Art. 1790.

Le **dossier individuel** de l'utilisateur comporte au moins les données administratives suivantes: (...)

4° **l'identification du membre du personnel exerçant la fonction de liaison, le cas échéant**; (...).

¹ Informations disponibles sur le site du CRéSaM - http://www.cresam.be/IMG/pdf/thema_liaison.pdf

² Exposé des motifs, p.6.

2. La subvention pour la fonction de liaison

Extrait du Code wallon de l'action sociale et de la santé / Partie décrétable :

« Art. 608.

La subvention attribuée pour la FDL est calculée forfaitairement en tenant compte du nombre des équivalents temps plein de la fonction sociale.

Elle est utilisée pour des dépenses de personnel supplémentaire ou des frais de fonctionnement afférents à la fonction de liaison.

Elle ne peut être inférieure à 3.935 € ».

Newsletter de la DSA / n°9 :

« L'utilisation du financement de la fonction de liaison

La FDL est définie à l'article 9 du décret du 3 avril 2009³. « Centrant son action sur les besoins de l'usager, cette personne est chargée de coordonner les interventions, de garantir les décisions prises et de soutenir l'ensemble du processus », dans le cadre du travail de réseau.

Ce point a notamment été évoqué lors de la dernière rencontre avec l'APOSSM, ce 1^{er} octobre. Lors de celle-ci, il avait été convenu qu'une analyse technique serait réalisée dont voici les conclusions.

Le financement de la FDL s'effectue par l'octroi d'une subvention forfaitaire qui ne peut être inférieure à 3.935 €.

En aucun cas, ce financement ne peut être considéré comme une extension du cadre agréé.

Il doit toujours être affecté à des dépenses en lien avec l'exercice de cette fonction.

Il est à apprécier comme un plafond maximum.

Ce financement peut être utilisé sous les formes suivantes :

- la personne en charge de la FDL est engagée par le pouvoir organisateur et le forfait contribue au financement de cet emploi, soit sous la forme d'un nouveau contrat, soit sous la forme d'un avenant à un contrat existant qui modifie le volume horaire presté ;
- la FDL est exercée sous la forme d'heures supplémentaires rémunérées ;
- le financement est utilisé pour des frais de fonctionnement en relation avec l'exercice de la FDL (par exemple, frais de communication, de déplacement dans le cadre de missions) ;
- le personnel en charge de la FDL bénéficie d'une prime forfaitaire pour autant que le contrat de travail mentionne qu'il exerce cette fonction durant un nombre d'heures déterminé
- la combinaison de l'une ou l'autre de ces formes.

Si tous ou plusieurs membres du service de santé mentale se partagent l'exercice de la fonction de liaison, il ne peut être question d'engager un membre du personnel supplémentaire visant à compenser le temps de travail consacré par les premiers à cette fonction de liaison.

Le rapport d'activités établira que cette FDL qui constitue une mission supplémentaire dans le cadre du service de santé mentale, a été effectivement rencontrée. Il identifiera les modalités concrètes de cette mise en œuvre (par ex. le nombre de situations prises en charge par la fonction de liaison) ».

³ Article 546 du Code wallon de l'action sociale et de la santé / Partie décrétable.

[Newsletter de la DSA / n°22 :](#)

« FDL– ASPECTS BUDGÉTAIRES

Pour rappel, le Code wallon de l'Action sociale et de la Santé précise que la subvention attribuée pour la FDL est utilisée pour des dépenses de personnel ou des frais de fonctionnement afférents à la fonction de liaison.

L'administration accepte également la combinaison de ces deux types de dépenses.

En ce qui concerne les frais de personnel, le SSM doit avertir l'administration de la(les) personne(s) qui est (sont) en charge de la FDL en nous fournissant le contrat ou l'avenant au contrat qui précise les heures dédiées à la fonction de liaison.

Pour les frais de fonctionnement, seules les dépenses liées directement à la FDL sont admissibles à savoir : les frais de déplacements, de communication, de formation, d'acquisition de GSM et d'ordinateur portable.

Pour toute autre dépense, il est souhaitable que le SSM contacte l'Administration, préalablement à toute décision, afin de vérifier si la dépense envisagée est éligible à la subvention sous peine que cette dernière soit refusée lors du contrôle des pièces justificatives.

Il n'est pas admis que la justification de la FDL corresponde à un pourcentage de l'ensemble des dépenses effectuées par le service. »

Pour les questions administratives particulières, les SSM peuvent s'adresser à :

Madame Valérie GAILLY

Service Public de Wallonie

DGO Pouvoirs locaux, Action sociale et Santé

Direction des Soins Ambulatoires

Avenue Gouverneur Bovesse, 100

5100 Namur (Jambes)

Tél. : 081/32.72.44 – Fax : 081/32.72.01

valerie.gailly@spw.wallonie.be

B. Précisions apportées en séance

- La modélisation de la fonction au sein du SSM et la mise en œuvre concrète sur le terrain doivent figurer dans le PSSM (et ce, indépendamment de l'obtention éventuelle d'un subside) ;
- Dans le dossier, le nom qui figure en référence de la FDL peut-être celui du thérapeute, si c'est le thérapeute qui est désigné pour assurer la fonction.

PRÉSENTATION DE LA PHASE EXPLORATOIRE

Objectif

Le CRéSaM entendait balayer un ensemble de modalités possibles de mise en œuvre et soulever les questions et enjeux de cette nouvelle fonction, en vue d'élaborer des pistes de réflexion utiles au secteur.

Méthodologie

Une trentaine de sièges ont été rencontrés, sur base d'un canevas ; soit un tiers environ des SSM.

- Soit sollicités par le CRéSaM (en fonction des éléments connus sur la FDL, des provinces, du type de PO, de la taille des équipes) ;
- Soit à la demande de plusieurs SSM rassemblés pour un appui à la réflexion.

Il faut savoir que l'échantillon a été constitué de façon à refléter différents cas de figure mais ne se veut toutefois pas représentatif de l'ensemble des SSM wallons et que les SSM rencontrés n'étaient pas non plus au même stade de développement de la fonction au sein de leur équipe.

Ce qui ressort

Une grande diversité dans la mise en œuvre de la fonction. Outre les réserves portant sur l'échantillon, nous avons pu constater que cette diversité est liée à différents facteurs :

- *L'octroi ou non de **subsidés** ;*
- *L'existence de fonctions similaires au préalable, par exemple **la fonction de référent** ;*
- *La **taille** de l'équipe (pour les petites équipes, il semble plus évident que chaque thérapeute occupe la fonction pour ses consultants) ;*
- *La philosophie de travail et les habitudes de **travail en réseau** (elles-mêmes tributaires notamment des caractéristiques générales de la population consultante, par exemple, un public adulte ou enfant, des problématiques du côté de la psychose, ...), ainsi que les outils existants en matière de liaison (par exemple le PSI et le PPI) ;*
- *L'organisation de **l'accueil** et des premiers entretiens : dans certains SSM, l'AS réalise tous les entretiens d'accueil (dans ce cas précis cela signifie que l'AS, si elle occupe la FDL, est présente dès le début dans la situation de l'utilisateur) ;*
- ***L'environnement** du service : selon l'offre de soins et l'environnement (différent en zone rurale ou urbaine notamment, selon que le réseau se connaît mieux ou moins bien) ;*
- *La **formation** de base de la (les) personne(s) qui assure(nt) la FDL ;*
- *Les choix posés par le **PO** concernant la répartition des subsidés, une réflexion commune menée avec l'ensemble des SSM d'un même PO, ... ;*
- *L'existence sur le territoire d'un réseau dans le cadre de la **réforme** des soins de santé mentale (par exemple, les liens entre la FDL et la fonction de référent de soins, la participation aux réunions des fonctions 1 et 2, ...) ;*
- ...

Tous ces éléments s'interpénètrent et vont « colorer » la mise en œuvre de la fonction de liaison.

À ce stade, nous pouvons déjà constater un panel de modèles différents, qui aurait été vraisemblablement encore élargi si nous avions augmenté l'échantillon.

Quelques types de modélisations :

- **La fonction est octroyée à une seule personne de l'équipe**

Un agent de liaison est désigné ; le SSM reçoit le subside pour la fonction, qui est occupée le plus souvent par l'assistante sociale, mais pas nécessairement (logopède, psychologue,

infirmière psychiatrique sont aussi amenés à porter la fonction ; dans ce cas, la fonction sociale est décrite comme personne-ressource pour la FDL).

- **La FDL est répartie sur toute l'équipe**

- Lorsque la situation le nécessite, le thérapeute du patient sollicite un collègue pour occuper la FDL;
- La FDL est portée par le thérapeute en charge de la situation ou thérapeute principal ;
- Lorsque plusieurs membres de l'équipe interviennent dans une situation, un parmi eux est désigné en réunion d'équipe pour la FDL.

- **Modèle mixte :**

- Un assistant social est désigné pour la fonction de liaison, mais tous les membres de l'équipe font par ailleurs du travail de liaison ;
- Une personne coordonne la fonction de liaison, et tous font du travail de liaison ;
- Deux personnes sont désignées, et toute l'équipe fait du travail de liaison.

Situations concernées :

- Pathologie lourde, notamment des psychotiques ;
- Lorsque la continuité des soins est mise à mal et lorsque plusieurs intervenants sont présents dans la situation (y compris au sein du SSM) ;
- Lorsqu'il y a lieu de clarifier une situation complexe qui arrive au SSM ;
- Les situations « enfants » qui mobilisent plus particulièrement la FDL.

Image (Vision) de la FDL en SSM

- La FDL a pour objectif de créer un cadre de travail ;
- Elle constitue une interface entre l'équipe et le réseau et est la personne de contact pour l'utilisateur et les partenaires ;
- La fonction est conçue comme une ressource pour le reste de l'équipe (et inversement l'AS peut être ressource pour la FDL lorsque cette dernière est occupée par une autre fonction que la fonction sociale).

Mise en œuvre de la fonction :

Quelles que soient les modalités choisies, la fonction recouvre potentiellement un ensemble de prestations que nous reprenons ci-dessous.

- *Prestations autour du patient (en sa présence ou non)*

• En amont d'une prise en charge au SSM :

- Débroussaillage des situations à première vue complexes, analyse détaillée de la demande ;
- Prise de contact avec l'envoyeur, en s'assurant que le patient est d'accord avec la démarche, pour clarifier la demande ;
- Intervention pour des réorientations ;
- Soutien de l'utilisateur en attendant qu'une place se libère auprès d'un thérapeute de l'équipe ;
- Rencontre de l'utilisateur avant sa sortie de l'hôpital, qu'il soit déjà connu ou non du SSM ;
- Interface avec les urgences ;
- Création d'un cadre de travail pour les nouvelles demandes.

- Interventions dans le décours d'un suivi au SSM
 - Interventions ponctuelles à la demande d'un collègue (par exemple dans le cadre d'un dossier SAJ, afin de permettre au thérapeute de préserver son espace thérapeutique, ou pour rechercher un lieu de stage, ...);
 - Interventions à domicile, par exemple pour des personnes à mobilité réduite;
 - Entretiens de soutien avec l'utilisateur;
 - Participation aux concertations autour du patient;
 - Soutien du patient pour l'accrocher à son réseau;
 - Rappeler un patient dont on est sans nouvelles et pour lequel c'est pertinent;
 - Attirer l'attention de l'équipe sur les questions de travail en réseau.
- Après la fin du suivi
 - La FDL peut être le contact pour un patient lorsqu'il a besoin d'informations.
- Coordination / concertation
 - Participer aux concertations autour du patient en amont d'une prise en charge au SSM (une fois que la prise en charge débute, le thérapeute s'y rend lui-même); dans certains cas, la FDL organise elle-même la concertation;
 - Coordonner les interventions, déterminer « qui fait quoi, comment ? » et planifier les rencontres;
 - Systématiser les échanges avec le SAJ; la FDL est garante du processus décidé entre le SSM et le SAJ (dans l'exemple pris par un SSM).
- *Prestations indépendamment du dossier d'un patient*
 - Récolter des informations mises à jour sur les partenaires et systématiser la connaissance du réseau (avec la nécessité de connaître les partenaires de l'intérieur);
 - Travail d'investigation et d'interface avec les institutions avec lesquelles il y a lieu d'affiner le partenariat;
 - Transmission à l'équipe des informations récoltées sur les partenaires;
 - Établir des contacts avec le réseau et optimiser les collaborations;
 - Présenter le SSM à des partenaires demandeurs.

Ce travail soutient la concertation institutionnelle et s'organise en concertation avec la Direction administrative.

PHOTOGRAPHIE DE LA SITUATION ACTUELLE

Un an après la phase exploratoire, ces quatre rencontres ont permis de réaliser un **deuxième arrêt sur image relatif à la mise en œuvre de la FDL au sein des SSM.**

Ce qui ressort :

La question du **droit des patients** fait « fil rouge » dans la mise en œuvre de la FDL par les professionnels. Nous revenons sur ce point en premier lieu car c'est au bénéfice du patient que la FDL se construit. Il est essentiel d'informer l'intéressé. Cette fonction peut, selon la structure de la

personne, être perçue comme une menace. Dans ce cas, il est très important de lui rappeler qu'il peut refuser la prise en charge intégrée s'il ne la souhaite pas (voir commentaire de l'article 546, repris ci-avant, p.2). Cette réserve peut évidemment se travailler avec la personne.

Certains pointent la nécessité d'être attentif à ne pas infantiliser ni déresponsabiliser les gens, mais leur permettre eux-mêmes de construire leur réseau ou de mettre les services en lien.

La mise en œuvre de la FDL ne doit pas faire l'économie d'une réflexion au cas par cas relative aux compétences de l'utilisateur. En matière de concertation, les professionnels rappellent l'importance de revenir vers l'utilisateur, de construire avec lui ce qui pourra être échangé.

Un élément fondamental et transversal à toutes les modélisations : la FDL **se pense en équipe**. La réunion d'équipe est alors le lieu où peut s'élaborer cette fonction, qu'elle soit nommée comme telle ou évoquée en termes de « continuité des soins ». Ces échanges sont essentiels afin de permettre aux équipes de définir la manière dont la FDL va opérer au quotidien pour garantir les décisions prises. Ils nourrissent un climat de confiance et de sécurité. Penser la FDL en équipe permet d'éviter de se retrouver dans une forme de « contrôle » du travail de l'autre ou dans un climat de méfiance que craignent certains (la FDL pourrait avoir à interpellé l'un ou l'autre de l'équipe pour l'état d'avancement du travail).

Lors de ces rencontres comme dans la phase exploratoire, la **diversité dans la mise en œuvre** de la FDL est toujours manifeste. Les pistes explicatives restent à trouver du côté des variables citées dans l'étude exploratoire et du potentiel créatif de chaque équipe face à un travail qui se dessine au cas par cas à l'intérieur d'un cadre balisé pour tous.

Les professionnels évoquent également les **différences** dans le travail de la FDL selon qu'il s'adresse à la **population enfant, adolescent ou adulte** dont les modèles de prises en charge sont, de manière générale, eux-mêmes différents. Il pourrait être intéressant de développer cette réflexion avec les professionnels.

La FDL dans le cadre des **initiatives spécifiques (IS)** ne va pas nécessairement de soi. Le réseau de ces projets est souvent très spécifique et lorsqu'une personne est clairement identifiée comme FDL pour le SSM, elle n'est pas nécessairement la mieux à même d'assurer ce rôle pour les usagers de l'IS. Les formules sont encore à trouver mais elle est parfois, en collaboration avec la direction administrative, le lien nécessaire entre le SSM généraliste et son initiative spécifique.

Utilisation des subsides :

Au cours des réunions, 4 SSM ont précisé que les subsides ont été utilisés pour l'engagement d'une nouvelle personne dans le cadre de la FDL, 6 autres pour l'allongement du temps de travail de professionnels déjà intégrés dans l'équipe dans le cadre d'une autre fonction, moyennant un avenant à leur contrat.

Modélisations de la FDL :

Les présentations et échanges menés lors de ces réunions nous renvoient aux modélisations exposées lors de la phase exploratoire. Nous pouvons croire qu'il s'agit des modalités les plus

fréquentes de mises en œuvre puisqu'elles émergent de façon similaire en des temps différents et touchent une grande partie des SSM.

Les informations chiffrées ci-dessous proviennent de l'expérience de terrain de professionnels issus de 25 sièges – pour lesquels nous avons pu a posteriori situer la mise en œuvre de la FDL -, dont 7 faisaient déjà partie des SSM rencontrés dans le cadre de l'étude exploratoire.

➤ **Occurrence des mises en œuvre et commentaires :**

- La fonction est octroyée à **une seule personne** de l'équipe : **6**
- La FDL est répartie sur **toute l'équipe** : **9**
- Modèle **mixte** : **10**

Au sein dudit échantillon, on retrouve plus fréquemment une **mise en œuvre impliquant plus d'une personne en charge de la FDL** (modèle mixte et FDL répartie sur l'équipe). Plusieurs pistes de compréhension émergent de l'échange avec les professionnels :

- Pour certains services, la connaissance de la situation place le principal thérapeute dans une meilleure position pour effectuer ce travail. Il leur semble impensable d'occuper la FDL pour une situation dans laquelle ils ne sont pas d'emblée impliqués. Les avis sont toutefois partagés, pour d'autres, des interventions ponctuelles ne posent pas de difficultés particulières. Ceci étant dit, pour tous, il importe que le lien soit effectivement créé entre le thérapeute principal, la personne qui va exercer la fonction de liaison, et le patient
- Une relative délégation aux collègues semble nécessaire pour certaines équipes pour assurer la FDL pour tous les suivis qui le nécessitent.
- Plusieurs SSM, notamment dans le cas de grandes équipes, collaborent avec des réseaux très distincts. Cela peut nécessiter l'intervention de professionnels différents en fonction de l'expérience de terrain spécifique à chacun.
- Une volonté de préserver les spécificités en termes de collaborations et de travail de réseau déjà en place est présente dans certains services. Plus concrètement, un thérapeute déjà introduit dans un réseau autour de l'utilisateur (SAJ, AWIPH, etc.) conserve son rôle. Cela a plus de cohérence pour les usagers qui l'ont identifié comme ressource dans ce domaine. La FDL permet de compléter et d'intensifier ce travail, voire de l'initier dans le cadre des nouvelles demandes. L'introduction de la FDL dans ces services est donc progressive.
- Les situations complexes peuvent susciter la tenue d'une telle fonction en binôme.

Notons que la plupart des équipes qui privilégient une FDL répartie sur toute l'équipe correspondent à des SSM pour lesquels aucun subside n'a été octroyé pour la FDL.

Quant à l'octroi de la fonction de liaison sur **une seule personne**, plusieurs éléments explicatifs ont été soulevés :

- Une volonté de marquer la distinction entre diverses fonctions telles que FDL, fonction sociale et fonction psychologique. Pour certains professionnels, ces fonctions ne peuvent être occupées par une même personne car les missions de chacune sont spécifiques. Pour ceux-ci, dans le cadre de travail construit avec le patient, il ne relèverait pas du thérapeute de coordonner les interventions, garantir les décisions prises et soutenir l'ensemble du processus.
- Cette modélisation amène du tiers dans le travail autour du patient. Certaines équipes en soulignent l'importance notamment dans le cadre de concertations avec les partenaires mais

aussi pour préserver l'espace thérapeutique dans le cadre d'un colloque singulier avec un intervenant du SSM.

- L'obtention d'un subside soutient indéniablement la concrétisation d'une telle mise en œuvre.

Bien qu'aucune prescription ne soit établie à ce sujet, lorsqu'une personne est spécifiquement désignée FDL, elle est le plus souvent AS de formation. Quelques situations plus rares impliquent les psychologues, infirmier social ou psychomotricien.

➤ Champs d'intervention de la FDL :

L'analyse en ce 2^{ième} temps, nous permet d'approcher des lignes générales relatives à la manière dont la mise en œuvre de la FDL se dessine dans les différents cas de figure précités.

- La fonction est octroyée à **une seule personne** de l'équipe :

- En amont d'une prise en charge au SSM

Dans la quasi-totalité des services, une importante part du travail de la FDL concerne l'analyse, le débroussaillage et les contacts que nécessitent les nouvelles demandes.

Dans des cas plus rares et dans des services constitués de plusieurs AS, l'intervention de la FDL reste exclusivement circonscrite à cette mission autour des nouvelles demandes. Les services relèvent le caractère essentiel de ce travail en termes d'orientation adéquate et d'accompagnement de l'utilisateur dans un contexte où les services sont de plus en plus sollicités et contraints de gérer une liste d'attente.

Un seul des services présents a exprimé que, dans son SSM, la FDL ne se dédie pas au travail en amont de la prise en charge et n'effectue aucun premier entretien.

- Interventions dans le décours et en fin de suivi au SSM

La quasi-totalité des services propose une FDL qui intervient également au décours et en fin de suivi d'un usager selon les modalités mentionnées dans la phase exploratoire.

Par exemple, un service précise que dans le cadre de la FDL, l'attention du professionnel se porte sur les complexités dans lesquelles sont plongés les patients par rapport au travail de réseau au décours de la prise en charge. La FDL met cette complexité en lumière et vient en appui du thérapeute. Le travailleur concerné dans ce SSM vérifie, par exemple, que toutes les exigences de réseau soient compatibles (évitement de rendez-vous concomitants éventuels, etc.).

- Prestations indépendantes du suivi d'une personne

Elles occupent un temps de travail généralement plus ponctuel mais toutefois présent dans le cahier des charges de l'agent de liaison. Elles s'organisent en articulation avec la direction administrative.

- La FDL est répartie sur **toute l'équipe** et modèle **mixte** :

Dans ces configurations, la majorité des agents de liaison ne s'occupe pas du travail autour des nouvelles demandes. Leurs actions se concrétisent davantage dans le décours d'une prise en charge.

Les situations les plus concernées :

Dans le même ordre d'idées que dans la phase exploratoire, l'activation de la FDL prend beaucoup de sens dans les situations « enfants ».

D'autres évoquent l'intérêt de la FDL lorsque plusieurs intervenants du SSM sont concernés par une situation.

Lors des réunions, certains professionnels expriment une volonté d'analyser de manière plus approfondie les situations pour lesquelles la FDL est nécessaire. Tout en gardant bien en tête que la fonction se repense au cas par cas, leur volonté est de rechercher d'éventuels repères, sans systématisme, permettant d'attirer l'attention des professionnels dans certaines situations.

Image (Vision) de la FdL en SSM :

- Pour certains travailleurs, la FDL formalise un **cadre de travail** assez large constitué de lignes directrices dans le sens d'une continuité de soins. Ce dénominateur commun reconnaît, formalise, codifie du travail qui pour la plupart faisait déjà partie intégrante du travail en SSM. La formalisation du travail de réseau est importante aux yeux de certains professionnels pour constituer une politique commune entre partenaires, et ce, au service des patients.
- Le déploiement d'un espace thérapeutique qui tient compte du réseau (familial, professionnel, etc.) et de l'histoire de la personne fait consensus. Tout comme, l'importance de se questionner sur le sens du travail en réseau, qui ne doit pas être systématique, dans la prise en charge de chaque usager. **L'activation de la FDL est automatique en termes de pensées, elle ne l'est pas en termes d'actes.**
- Les services restent en questionnement quant à la manière dont ils doivent formaliser la FDL. Les trois missions confiées à la FDL (coordonner, garantir, soutenir) peuvent faire l'objet de multiples interprétations et mènent donc à des mises en œuvre très différentes selon les services ; chacun continuant à se demander si sa traduction de la FDL correspond bien aux attentes décrites dans le Code. Les échanges argumentés⁴ aboutissent à souligner l'importance pour les travailleurs de **s'approprier la mise en œuvre de la FDL** selon la réalité de terrain qui leur est propre, selon leur projet de service, leurs modalités de travail en réseau, leur propre créativité et ce, en vue d'en faire un réel outil clinique.
Une métaphore musicale a été évoquée à plusieurs reprises : *le Code offre une partition que les acteurs de terrain ont à mettre en musique et en nuances.*
- Aux yeux d'une grande partie des professionnels, le travail qui entre dans le cadre de la FDL est du travail clinique.
- Certains professionnels travaillant dans des SSM subventionnés pour la FDL expriment qu'ils ont pu développer des pratiques pour lesquelles le temps manquait précédemment et que l'usager est mieux pris en charge par l'octroi de ces heures supplémentaires.

QUESTIONS ET ENJEUX

§ Le contexte et ses portées

Les professionnels soulignent la mouvance de la situation politique, la réforme de soins en santé mentale, le transfert des compétences, etc. Certains professionnels se sentent dans un entre deux

⁴ Contacts de professionnels des SSM et du CRéSaM avec la RW, l'exposé des motifs du décret, l'expérience actuelle de terrain.

qui préfigure potentiellement de nouvelles impulsions dont ils ne saisissent pas toujours clairement la portée. Afin de développer au mieux la mise en œuvre de la FDL, les professionnels sont intéressés de comprendre les perspectives à plus long terme, les liens avec la réforme de soins, etc.

Par ailleurs, les travailleurs sont amenés à travailler avec certains outils dans le cadre de la réforme et ils ont la sensation que les perspectives se rejoignent sans que cela soit formalisé. L'exemple est donné du PSI (Projet de Service Individualisé) qui vise à créer une concertation avec le patient, qui dans l'idéal choisit lui-même sa personne de référence et les personnes à réunir.

Ces concertations ont pour objet de définir les objectifs, les perspectives et les moyens que chacun met en place pour tenter de les suivre. Elles délimitent le qui fait quoi.

Dans le même ordre d'idées, les professionnels constatent que de plus en plus de services psychomédico-sociaux identifient en leur sein *des chefs d'orchestre* chargés de coordonner, garantir et soutenir le travail. La question de l'articulation de ces différentes fonctions entre les services se pose. La vigilance doit être portée à maintenir ou créer des repères dans le travail en réseau pour que la responsabilité de chacun ne s'y trouve pas diluée.

§ Mise en œuvre concrète

La participation aux **concertations** autour du patient soulève pas mal de questions, quelles que soient les modalités de participation de la FDL à ces concertations. Si la FDL est présente en amont puis passe le relais, elle n'est pas le porte-parole du patient mais représente en quelque sorte le SSM, son cadre et ses limites. Si la fonction est présente aux concertations avec le patient, sans le thérapeute, se pose la question de savoir de quelle manière elle est porte-parole aussi du thérapeute, tout en n'étant pas engagée elle-même dans le processus thérapeutique avec le patient. Dans ce cas, elle peut protéger le cadre thérapeutique pour le thérapeute. Par contre lorsque le thérapeute est présent, la question du secret professionnel et la préservation de l'espace thérapeutique se pose de façon plus aigüe.

Les professionnels soulignent l'importance de distinguer clairement les notions suivantes : fonction et rôle ; FDL et référent ; FDL et travail en réseau. Pour certains d'entre eux, une confusion de ces différents éléments est à l'origine d'une difficulté à modéliser concrètement la FDL.

§ Articulation des différentes fonctions en SSM

L'intégration de la **FDL au sein de l'équipe** soulève la question des limites de chaque fonction et des éventuels recouvrements entre celles-ci.

La **distinction entre la FDL et la fonction sociale** est peu évidente pour les professionnels qui la construisent progressivement, par expérience sur le terrain et sans certitude quant à la modélisation à prévoir. Certaines prestations relatives à la FDL dans plusieurs SSM, relèveront de la fonction sociale dans d'autres. Dans certains SSM, la fonction sociale délimite son champ d'action autour d'un accompagnement dans les démarches purement sociales. Les mises en œuvre sont multiples mais la FDL et la fonction sociale s'exercent très souvent en étroite collaboration.

Dans le même ordre d'idées, **l'articulation entre la FDL et la DA** suscite réflexion. Tous les professionnels ont pour repère que le travail institutionnel est à charge du DA et que la FDL se centre sur le consultant. Néanmoins, la pratique met en évidence de nécessaires nuances. « *La FDL prend corps avec des contacts, c'est une histoire de liens* ». Certains professionnels insistent sur

l'importance que la personne chargée de la FDL puisse se spécialiser dans ses connaissances du réseau afin de répondre au mieux aux tâches autour de l'usager que lui incombent ses missions. D'autres précisent encore que ledit professionnel travaille en collaboration étroite avec le DA et est parfois amené à le seconder au niveau des contacts avec le réseau afin de construire un partenariat efficace entre les structures, et ce, au service du patient. Leurs tâches respectives se complètent incontestablement.

Les avis sont partagés en ce qui concerne la compatibilité de la **fonction de thérapeute et de la FDL**. Pour certains, le thérapeute de par son inscription dans l'histoire et la subjectivité de la personne, ne peut occuper la FDL quelle que soit la situation. Il ne peut s'inscrire dans la coordination du travail autour de la personne, travail pour lequel il est important d'instituer un tiers. Pour d'autres, la connaissance que le thérapeute a de la personne et de sa situation constitue une réelle ressource au service de la FDL. Par ailleurs, certaines situations, « moins complexes » offrent au thérapeute de pouvoir gérer les contacts extérieurs.

L'enjeu de la **responsabilité** se pose également au sein même de l'équipe SSM. Lorsqu'elle est activée, la FDL est garante du processus. Comment se situe son rôle par rapport à celui du thérapeute et par rapport au directeur thérapeutique. Le terme de « garant » devrait être précisé. Cette question se pose tout particulièrement dans les SSM où la fonction d'agent de liaison est assurée par une seule personne clairement identifiée.

§ Les aspects administratifs

Selon les professionnels, ils constituent parfois une difficulté dans le processus d'appropriation et de mise en place de la FDL, que ce soit en termes de répartition des subsides, en termes d'ancienneté, ou en termes d'encodage des prestations.

L'encodage non spécifique du travail effectué ne permet pas d'offrir un reflet de la réalité de terrain :

- La distinction entre certaines prestations de la FDL, de la fonction sociale, de la direction administrative et dans une certaine mesure de la fonction administrative, n'est pas aisée ;
- La quantification est difficile et reflète peu les moyens temps nécessaires à la mise en œuvre de cette fonction ;
- La charge de travail effectuée autour de personnes pour lesquelles un dossier n'est jamais ouvert n'est pas visible (par ex., travail en amont d'une prise en charge qui n'aboutit pas).

Le CRéSaM souligne l'importance de faire transparaître ce travail de façon détaillée au sein du PSSM dans l'attente des résultats concrets relatifs à la révision générale des modalités de codification actuellement menée par l'Autorité Régionale.

Notons que certains services témoignent de la création d'un outil informatisé à usage interne afin d'offrir à l'équipe une vision globale de la charge de travail requise et de la nature de celui-ci.

Concernant les subsides, l'enveloppe réservée au SSM doit être utilisée à la fonction pour être octroyée. La subvention n'est versée qu'au prorata de la FDL. Les frais relatifs à l'entretien d'un local ne peuvent entrer dans cette perspective. Notons que, dans la pratique, les subsides peuvent difficilement être couverts uniquement par des frais de fonctionnement, ils doivent donc aussi servir à des frais de personnel. Il semble que les SSM dépendant d'un PO public ont plus de difficultés pour réaliser un avenant au contrat. De plus, l'ancienneté pour le personnel qui occupe la FDL est limitée à 10 ans, ce qui pose parfois problème lorsqu'elle est attribuée à un travailleur déjà présent au sein de l'équipe.

Les SSM ont demandé des précisions sur le financement de la FDL. La DSA (voir p.4 ci avant) reste la référence pour ces questions. Le protocole relatif à l'octroi des subsides (octroyés en fonction du budget SSM par habitant dans l'arrondissement), à leur calcul (calculés en fonction du nombre de travailleurs sociaux dans l'équipe) et au phasage en 4 ans (attribués aux petites équipes pour commencer) a été rappelé, chaque équipe ayant été informée en 2010 de sa situation par la DSA.

PERSPECTIVES

Malgré l'intérêt de connaître la diversité des pratiques au-delà de ce qu'ont déjà permis les 4 réunions, la majorité des professionnels exprime la difficulté de pouvoir s'inscrire dans un processus régulier de groupe de travail de par les contraintes temporelles auxquelles ils sont soumis. Une importante partie de l'assistance pense également qu'il est prématuré de prévoir un groupe de travail, chaque service ayant encore à ancrer la modélisation actuelle de la FDL.

Les professionnels suggèrent différentes pistes d'appui pouvant être développées :

- Organiser des réunions de travail ponctuelles en définissant des objectifs précis et se centrant sur des contenus spécifiques tels que :
 - o la confidentialité ;
 - o l'accueil ;
 - o la question du travail en réseau et l'articulation entre les différents coordinateurs de services partenaires.
 - o l'analyse des situations de rupture qui permettrait peut-être d'interroger certaines pratiques telles que la reprise de contact avec un usager par le SSM, voire de trouver quelques repères.
 - o l'analyse des situations pour lesquelles la FDL est particulièrement sollicitée et les critères avancés pour l'activation de la FDL dans ces situations.
 - o Articulation FDL et réseau réforme.

- Une partie de l'assemblée souhaiterait que le CRéSaM puisse relayer certaines questions ou difficultés qui restent à éclaircir dans la mise en œuvre de la fonction :
 - o L'encodage des données et l'intérêt d'un retour du traitement de celles-ci ;
 - o La notion de responsabilité liée à la fonction de liaison dans le suivi de la situation (en tant que garante du processus): une fonction qui interpelle ou qui se laisse interpeller ? ;
 - o La place de la FDL dans la perspective de la réforme des soins en santé mentale ;
 - o La difficulté de justification des subsides en cohérence avec la clinique ;
 - o Les réponses apportées par le financement d'une FDL mais au-delà, l'intérêt de pouvoir faire évoluer le cadre des équipes en fonction de l'évolution des besoins.