

Ecole Supérieure Montsouris

Université Paris Est Créteil Val-de-Marne



Projet Managérial

Espaces de Thérapies Médiatisées Mutualisées :
coordination et coopération.

Laure MOISAN LOISEAU

MTMOS

2013-2014



*Je remercie particulièrement
l'équipe de direction du Centre Hospitalier Théophile ROUSSEL
et l'équipe pédagogique de l'Ecole Supérieure de Montsouris
pour leur accompagnement attentif tout au long de mon
cheminement.*

Laure Moisan Loiseau.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.	1
1 LE CENTRE HOSPITALIER THEOPHILE ROUSSEL.	2
1.1 L'INSTITUTION.	2
1.1.1 Etablissement public de santé.	2
1.1.2 Histoire et culture.	2
1.1.3 Le lieu.	4
1.1.4 La patientèle.	5
1.1.5 Le soin.	5
1.1.6 L'unité d'enseignement.	6
1.2 L'ORGANISATION.	7
1.2.1 La psychothérapie institutionnelle.	7
1.2.2 La psychothérapie institutionnelle à l'Institut Théophile Roussel.	11
1.2.3 Mon choix : un management participatif.	13
1.2.4 Le Projet d'Etablissement et le Projet Médical.	16
1.2.5 Les pôles.	18
1.2.6 La restructuration.	19
2 LES CLES DE LECTURE POUR COMPRENDRE LE PROJET.	24
2.1 LA SECTORISATION.	24
2.2 LA MEDIATION.	25
2.2.1 Définitions.	25
2.2.2 Historique.	26
2.2.3 Des théories.	27
2.2.4 Les principes.	27
2.2.5 Moyens.	28
2.2.6 L'intérêt de la médiation.	29
2.3 LE SERVICE CULTURE ET COMMUNICATION.	30
2.4 COORDINATION et MUTUALISATION.	31
2.5 LE PARCOURS PATIENT.	34
2.5.1 Le parcours de soin.	34
2.5.2 Le parcours patient au centre hospitalier Théophile Roussel.	35
2.6 LES COMPETENCES.	36
2.6.1 Les compétences spécifiques à la médiation.	36
2.6.2 Développement Professionnel de Compétences (D.P.C.).	37
2.7 COOPERATION.	39
2.7.1 Cadre juridique : l'article 51.	40
2.7.2 Le contexte actuel.	41
2.7.3 Développer des coopérations au service de la gradation des soins.	42
2.7.4 Coopérations professionnelles.	43
2.7.5 Expérimentation de l'H.A.S.	44
2.7.6 Procédures A.R.S. et H.A.S.	45
2.7.7 Des enjeux financiers.	45
2.7.8 La coopération sur le centre hospitalier Théophile Roussel.	46

3	LE PROJET MANAGERIAL.	48
3.1	CE QUI A MOTIVE LE PROJET.	48
3.1.1	Une demande des équipes.	48
3.1.2	Une filière enfance et adolescence à affermir.	49
3.1.3	Une demande de lisibilité, une aide à la décision du projet : ma mission.	49
3.2	UN CADRE JURIDIQUE.	50
3.3	DEFINITION DU PROJET.	50
3.3.1	Définition.	50
3.3.2	Délimitation du projet.	51
3.3.3	L'esprit du projet.	51
3.3.4	Comparaisons avec d'autres structures.	52
3.3.5	Une définition partagée de la médiation.	54
3.4	LA METHODOLOGIE.	54
3.4.1	Anticiper les freins en définissant les objectifs.	54
3.4.2	Les outils.	56
3.4.3	Créer un environnement favorable.	58
3.4.4	Une démarche qualité.	59
3.5	ETAT DES LIEUX et ANALYSE de l'EXISTANT.	59
3.5.1	Les médiations.	59
3.5.2	Les locaux.	61
3.5.3	Les compétences.	62
3.5.4	Les organisations.	64
3.5.5	Les effectifs.	67
3.6	LE PROJET : PREMIER SCENARIO.	69
3.6.1	Médiations.	69
3.6.2	Les locaux.	69
3.6.3	Les compétences : D.P.C. et coopérations.	70
3.6.4	Les organisations.	75
3.6.5	Les effectifs	76
3.6.6	Le coût du projet.	77
3.7	LE PROJET : DEUXIEME SCENARIO.	78
3.8	DIFFICULTES et AVANTAGES DES DEUX SCENARII.	79
3.8.1	Difficultés : inconvénients et freins.	79
3.8.2	Les avantages.	80
4	LES ENJEUX.	82
4.1	INSCRIPTION DANS LES NOUVELLES ORIENTATIONS DES POLITIQUES DE SANTE.	82
4.2	POSTURE ETHIQUE.	82
4.3	UNE AMELIORATION DE LA GESTION DES RISQUES et DE LA QUALITE.	83
4.4	LES INDICATEURS de REUSSITE.	84
	CONCLUSION.	87
	BIBLIOGRAPHIE.	88
	ANNEXES.	91

GLOSSAIRE.

A.R.S. : Agence régionale de Santé.

A.N.E.S.M. : Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux.

A.N.F.H. : Association Nationale pour la Formation du personnel Hospitalier.

C.N.S.A : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie.

C.H.S.C.T. : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de travail.

C.L.I.S. : Classe Pour l'Inclusion Scolaire.

D.I.M. : Département d'Information Médicale.

D.P.C. : Développement Professionnel Continu.

E.T.M.M. : Espace de Thérapies Médiatisées Mutualisées.

E.T.P. : Equivalent Temps Plein.

H.A.S : Haute Autorité de Santé.

H.P.S.T. : Loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires.

O.G.D.P.C. : Organisme Gestionnaire pour le Développement Personnel Continu.

O.N.D.P.S. : Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé.

P.R.S. : Plan Régional de Santé

S.R.O.S. : Schéma Régional d'Organisation des Soins.

INTRODUCTION.

En mai 2013, la Directrice Adjointe et le Coordonnateur de Soins et Responsable de la Qualité et de la Gestion des Risques m'ont missionnée pour créer un Espace de Thérapies Médiatisées Mutualisées.

Ce projet managérial émane de la restructuration de la pédopsychiatrie du centre hospitalier Théophile Roussel, dans les Yvelines, qui s'est mise en place en septembre 2011.

Cette restructuration, motivée par une exigence d'efficacité, a eu pour premier axe d'action l'ouverture et la coordination entre les quatre pôles de santé. Une filière infanto-juvénile a donc été créée.

Le projet managérial se situe dans la continuité de cette orientation : favoriser la transversalité et poursuivre ce décloisonnement des pôles et des unités. Les médiations thérapeutiques mutualisées seraient l'aboutissement de cette restructuration, et l'indice d'une appropriation de cette dynamique de transversalité par tous.

Inscrit dans la mouvance de la politique de santé, notamment la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires », ce projet managérial a pour objectifs la cohérence des projets de soins sur le centre hospitalier, ainsi que le développement et la valorisation des cultures communes. Il s'adresse d'une part aux patients, en initiant un parcours de soins interne à l'hôpital et en impliquant les acteurs multiples. Il s'adresse aussi aux soignants, en valorisant leurs expériences et leurs compétences professionnelles tout en s'appuyant sur le modèle de formation qu'est le Développement Professionnel Continu.

En proposant des espaces tiers et mutualisés et en favorisant l'accès à d'autres modalités de soins, on espère avoir une meilleure adéquation de l'offre de soins par une adaptation des moyens plus appropriée. En améliorant la qualité du soin, la gestion des risques sera plus pertinente.

D'autre part, la coordination des médiations favorisant la mobilité par la diversité des rencontres et les échanges entre patients et soignants, remet le patient au centre de cette dynamique. Le parcours du patient et les coopérations entre professionnels seront de ce fait interrogés tout au long de ce travail.

1 LE CENTRE HOSPITALIER THEOPHILE ROUSSEL.

1.1 L'INSTITUTION.

1.1.1 Etablissement public de santé.

Le centre hospitalier Théophile Roussel occupe une place stratégique dans la région. Spécialisé en psychiatrie, il s'adresse à toutes les tranches d'âges de la population et répond aux besoins d'une population de 800.000 habitants, située sur deux territoires de santé (34 communes) : le nord, avec une partie du centre des Hauts-de-Seine, et le nord des Yvelines.

Il gère quatre secteurs infanto-juvéniles et, depuis 1995, trois secteurs de psychiatrie générale. Chaque secteur dispose de structures hospitalières utilisées en première intention ou en poursuite de soins (Centres Médico-Psychologiques, hôpitaux de jour...).

Il dispose de 74 lits et de 123 places d'hospitalisation de jour en psychiatrie infanto-juvénile. Sont suivis sur les différents secteurs 5103 enfants ou adolescents.

En 2012, l'offre en psychiatrie infanto-juvénile représente environ 10% de la capacité d'accueil en lits d'hospitalisation complète dans la région.

Environ 650 personnes travaillent pour le centre hospitalier : personnels médico-techniques, techniques, administratifs, socio-éducatifs, paramédicaux, médecins et enseignants spécialisés.

1.1.2 Histoire et culture.

Le centre hospitalier Théophile Roussel est très marqué par son passé. Dans les années 90, Michel BLONDEL-PASQUIER¹, cadre supérieur, responsable culturel et historien du centre hospitalier s'est penché sur cette histoire, puisant ses sources d'informations dans les archives de l'établissement, véritable « trésor de Théophile Roussel² ». Il a d'ailleurs œuvré pour le transfert de ces dernières au Service Départemental des Archives des Yvelines en 2013.

¹ Roger MISES, « Préface », dans *Institut Interdépartemental Théophile Roussel 1895-1995 - De l'éducation pénitentiaire à la thérapeutique*, Michel BLONDEL-PASQUIER (dir.), Presses de l'imprimerie Royer, 1995, p.2.

² Michel BLONDEL-PASQUIER, « Les Archives de l'hôpital vont revivre », dans *Revue du net*, Conseil Général des Yvelines, 2013.

Conçu et réalisé par le département de la Seine, l'établissement a été inauguré le 25 juin 1895 par le Président de la République Félix Faure.

A l'époque, le Conseil Général de la Seine souhaite créer une colonie pénitentiaire destinée aux mineurs délinquants, afin de remplacer la Petite Roquette. Dans un contexte d'affrontement entre les partisans et adversaires de la séparation de l'Eglise et de l'Etat, l'établissement prend le nom de Le Peletier de Saint-Fargeau, fervent républicain, franc-maçon, auteur d'un plan d'Education Nationale.

L'idée est « de donner aux enfants une éducation et une instruction professionnelles qui leur permettront de vivre honorablement de leur travail »³.

L'établissement accueille les enfants qui ont agi « sans discernement », placés par décision des tribunaux, et les enfants en « correction paternelle », placés par les pères qui ont « des sujets de mécontentement très graves sur la conduite de leurs enfants »⁴.

A partir de 1902, l'établissement est transformé en école de préservation, première de ce genre en France, et prend alors le nom de Théophile Roussel⁵, parlementaire à l'origine des premières lois de protection de l'enfance. Il est destiné à accueillir cette fois les enfants indisciplinés des écoles primaires de la Seine et de l'Assistance Publique. C'est alors essentiellement une école professionnelle pour enfants difficiles à qui on enseigne le métier de jardinier. Sa capacité d'accueil est à l'époque de 320 enfants de sexe masculin, encadrés par des instituteurs et des maîtres ouvriers.

Une nouvelle évolution : la santé s'associe dès lors à l'éducation. L'établissement devient l'Institut Départemental La Borde, inauguré en 1938 par Marc RUCART, ministre de la santé. En 1943, est créée une école pilote d'éducateur spécialisé, alors nouveau métier en France : l'établissement devient le modèle de ce qui allait devenir les instituts médico-pédagogiques, sous la dynamique d'éminents pédopsychiatres, dont le futur professeur Roger MISES⁶.

Progressivement, on évolue véritablement vers le soin : le Conseil de Paris en 1967 décide d'affecter l'ensemble immobilier à la pédopsychiatrie. Une nouvelle page se tourne : le département de la Seine éclate et Montesson est appelé à devenir un Centre de Neuropsychiatrie Infantile, en 1968.

³ Ibid.

⁴ Art. 375 à 383 du code civil 1803

⁵ Théophile ROUSSEL (1816-1903) sénateur, rapporteur de la loi dite « Roussel » de protection de l'enfance, adoptée en 1874.

⁶ Roger MISES (1924-2012) : psychanalyste et professeur de pédopsychiatrie.

Le 1er janvier 1974, l'Institut Interdépartemental Théophile Roussel reçoit le statut de Centre Hospitalier Spécialisé et Interdépartemental, et devient centre hospitalier spécialisé en psychiatrie infanto-juvénile. Progressivement seront rattachés à l'établissement différents secteurs de psychiatrie. Les pavillons existants seront transformés en lieux d'hospitalisation à temps plein ou partiel, et une politique d'accueil des enfants provenant de l'ensemble de la région parisienne est développée. Cinquante postes d'infirmiers sont créés.

Parallèlement, de profondes mutations vont s'opérer dans les pratiques de soins, l'enfant étant désormais pris en charge par des équipes pluridisciplinaires. Des unités spécifiques voient le jour et l'on assiste aux premières implantations d'unités à l'extérieur de l'établissement sur les secteurs rattachés. Les Centres Médico-Psychologiques seront rattachés à la gestion de l'Institut en 1986.

En janvier 1995, l'hôpital accueille trois secteurs de psychiatrie générale, auparavant installés à l'hôpital de Bècheville aux Mureaux, afin de les rapprocher de leur secteur géographique. L'activité de la pédopsychiatrie étant particulièrement faible, la psychiatrie générale va « sauver » l'hôpital. En juin de cette même année, l'établissement commémore son centenaire. La chanteuse Jane BIRKIN en est la marraine.

Aujourd'hui, l'Etablissement Public de Santé est reconnu comme hôpital à vocation régionale.

1.1.3 Le lieu.

En bord de Seine, à une quinzaine de kilomètres à l'ouest de Paris, le centre hospitalier Théophile Roussel est implanté dans un vaste parc de trente deux hectares planté d'arbres aux essences végétales très variées, procurant un cadre naturel assez exceptionnel. L'idée, à sa création, est de sortir de Paris les institutions destinées aux déviants et aliénés.

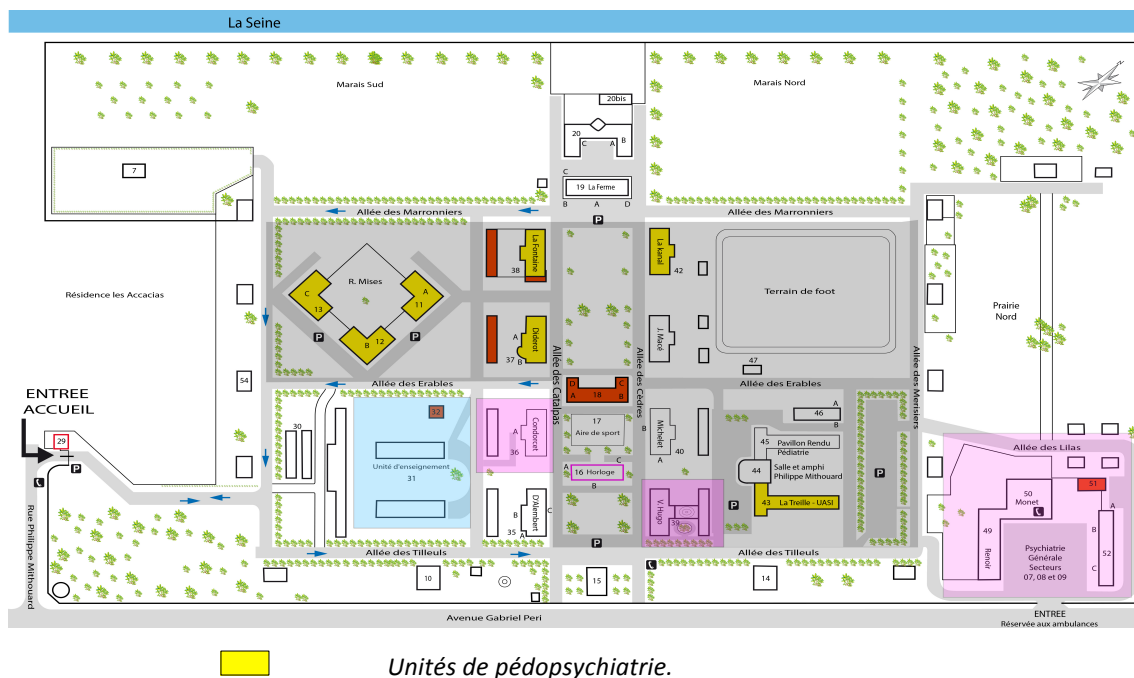
Le maître d'œuvre Louis LUCIPIA, franc-maçon, ancien communard et républicain radical très engagé dans la réforme et le concept de l'éducation pénitentiaire, a forgé l'identité du centre hospitalier Théophile Roussel, ainsi que son architecture. Il est le fondateur spirituel de la « Maison d'Education », et défend le principe d'une éducation laïque pour une enfance plus victime que coupable.

Lors de l'inauguration en 1895, Louis LUCIPIA est alors le Grand Maître du Grand Orient de France, avec une idéologie s'appuyant sur la notion d'une « société fraternelle, égalitaire et surtout laïque ». Certains ont tenté de repérer des symboles maçonniques dans

l'architecture de l'établissement, construit dans l'axe de la voie triomphale Palais du Louvre-Champs Elysées depuis complétée par l'Arche de la Défense.

Actuellement la disposition des unités est très éclatée, de nouvelles constructions se surajoutent et la « circulation du soin » est complexe du fait de la multiplicité des pôles.

Plan du centre hospitalier Théophile Roussel



1.1.4 La patientèle.

Les unités de pédopsychiatrie accueillent les enfants de 1 jour à 18 ans et proposent une unité parents-enfants, des unités enfance et des unités adolescence, dont une unité de soins-études et une unité de soins intensifs.

La psychopathologie de la première enfance, les troubles et retards de développement ainsi que tous les syndromes psychiatriques sont pris en charge.

L'ordonnance provisoire de placement, ainsi que l'hospitalisation sans consentement à la demande d'un représentant de l'état sont des modalités d'hospitalisations possibles.

1.1.5 Le soin.

Du pénitentiaire aux approches plus éducatives, thérapeutiques ou cognitives l'activité manuelle a toujours été présente.

Dès son ouverture, l'établissement a pour orientation la réinsertion des enfants en s'appuyant sur l'activité professionnelle, couplée avec un enseignement scolaire en vue

d'obtenir le Certificat d'Etudes. Pour ces enfants « indisciplinés et rebelles », un enseignement professionnel industriel est donné : le fer, le bois, et le plus souvent le jardinage, l'agriculture et l'horticulture.

En 1924, une étude sur 10 années montre que sur 345 jeunes ayant suivi une formation professionnelle, on compte 82 menuisiers, 101 mécaniciens et 162 jardiniers.

Actuellement, la médiation au travers d'activités manuelles est le moyen thérapeutique le plus pratiqué, les traitements chimiothérapeutiques étant limités en pédopsychiatrie.

Le soin prend progressivement toute sa place avec la nomination du premier médecin psychiatre, en 1943, le Dr FOUQUET. Douze ans plus tard la scolarité est à mi-temps pour « réserver plus de temps pour les traitements ».

En 1957, le Dr Roger MISES publie le premier rapport médical. Roger MISES a débuté sa carrière dans les services du professeur Georges HEUYER avec notamment Serge LEBOVICI, René DIATKINE. Il déclenche un tournant radical en inscrivant l'établissement dans le mouvement de la psychothérapie institutionnelle, développant une nouvelle clinique psychiatrique, basée sur le travail d'équipes pluridisciplinaires avec éducateurs, psychologues, pédagogues, aux côtés de psychiatres et d'infirmiers psychiatriques en s'appuyant sur tous les apports théoriques de la psychanalyse. Il a ainsi rédigé la circulaire du 14 mars 1972, qui crée la psychiatrie de secteur infanto-juvénile couvrant la totalité du territoire français, sur demande du Ministère. Roger MISES est aussi connu pour avoir rédigé la classification française des maladies mentales de l'enfant et de l'adolescent. En 2012, Il s'est clairement insurgé contre les directives de la HAS sur l'autisme. Jusqu'à sa disparition en juillet 2012, Roger MISES a participé régulièrement aux journées de réflexions institutionnelles, accompagnant les jeunes générations de son éclairage et a laissé son nom aux unités de jour du pôle 78I03.

Ainsi, sur l'espace d'un siècle, la Maison d'Education de Montesson a évolué en un lieu essentiellement consacré au soin, centre hospitalier, tout en offrant une approche multidimensionnelle.

1.1.6 L'unité d'enseignement.

L'établissement bénéficie d'une unité d'enseignement relevant de l'Education Nationale intégrée sur son site et qui offre aux enfants une scolarité adaptée.

Pour certains, la scolarité peut s'effectuer sur les établissements scolaires du secteur, de façon adaptée ou normale. Cependant, pour la plupart, une scolarisation adaptée est

mise en place par une équipe enseignante.

Il est à noter que la demande d'hospitalisation émane très souvent du milieu scolaire, avec le repérage d'un fléchissement, d'une phobie scolaire, de troubles relationnels : l'aspect social motive l'hospitalisation et c'est la déscolarisation qui en est le révélateur. Aussi les attentes des familles concernant la scolarité à l'hôpital sont importantes et le partenariat avec l'école a une place particulièrement essentielle.

Un lien permanent est exercé entre les équipes soignantes et l'équipe enseignante sur le site : réunion de coordination hebdomadaire dans chaque équipe, participation aux synthèses des enfants et adolescents, avec un Comité Hospitalo Scolaire trimestriel. D'autres moments sont partagés: évènements culturels, séjours thérapeutiques et ateliers de médiation. Cet espace scolaire est très investi et participe à la transversalité des enfants, des adolescents et des soignants.

Une initiative créant une véritable passerelle entre le soin et le scolaire a été l'ouverture d'une Classe pour l'Inclusion Scolaire (C.L.I.S.) à Croissy-sur-Seine en 2004, à l'initiative de l'inspectrice de l'Enseignement Spécialisé et du médecin-chef du pôle concerné. C'est une alternative à la déscolarisation d'enfants en capacité d'apprendre mais ne pouvant être maintenus dans un système scolaire ordinaire et ne relevant pas pour autant d'un hôpital de jour. Au sein de cette C.L.I.S., les médiations thérapeutiques permettent une ouverture vers l'art et la culture et les acquisitions scolaires.

1.2 L'ORGANISATION.

1.2.1 La psychothérapie institutionnelle.

La psychothérapie institutionnelle est un modèle d'élaboration théorique et pratique du soin psychiatrique utilisant à des fins psychothérapiques les lieux d'échanges et de rencontres où sont accueillis et traités les malades.

Ce mouvement, repérant l'effet déshumanisant et pathogène de l'asile, est né dans les hôpitaux psychiatriques français à la fin de la seconde guerre mondiale, dans une conjoncture politique et socioculturelle soucieuse de dignité humaine et de démocratie. Des personnalités comme Paul BALVET, Lucien BONNAFE, François TOSQUELLES, Georges DAUMEZON ont été à l'initiative de ce mouvement influencé par les courants du surréalisme, de la pédagogie (les techniques Freinet), et par les précurseurs de la dynamique de groupe comme Kurt LEWIN ou Jacob Levy MORENO.

S'appuyant sur une vision sociologique et psychanalytique, la psychothérapie institutionnelle se réfère à la dimension humaine de la relation. Elle part du principe que « la psychose existe, que le transfert existe et enfin que le transfert psychotique existe »⁷. L'idée est de guérir les malades en intervenant sur l'institution et son tissu relationnel. L'analyse institutionnelle s'effectue à tous les niveaux, dans les différents sens, dans sa transversalité. Elle s'adresse autant à l'ensemble des soignants, qu'à l'organisation sociale et matérielle de l'institution. Les soignants, les administratifs, et jusqu'à la configuration des bâtiments et de leur architecture transforment l'établissement en institution thérapeutique.

Au début des années soixante, Paul SIVADON⁸ développe cette idée en insistant sur l'aspect « prophylactique » des espaces, de l'architecture. Jean GARRABE⁹, psychiatre à l'Institut Marcel Rivière, nous rappelle que la psychothérapie institutionnelle nous permet de comprendre que pour les patients, les troubles sont associés à des dysfonctionnements familiaux : la probable reproduction inconsciente par l'institution en demeure le risque !

La psychothérapie institutionnelle implique qu'une équipe de travail se constitue comme un lieu de psychothérapie et doit se convertir en un lieu de recherche permanent, « au risque d'autodestruction » rappelle François TOSQUELLES.

Concernant la communication, la psychothérapie institutionnelle se veut contraire aux modes de transmission d'une hiérarchie pyramidale, verticale : une perte d'autonomie des soignants entraînerait celle des patients.

De nouvelles pratiques sont donc inventées, engageant la participation du personnel infirmier, ces derniers devenant des soignants après avoir été de simples exécutants.

A l'opposé du fonctionnement des organisations actuelles qui s'appuient sur une culture de projet et de planification, l'esprit de la psychothérapie institutionnelle ne sait pas à l'avance, laisse la place aux espaces de pensée et laisse le temps à la rencontre.

Seul, le cadre protecteur reste posé. « Les futurs sont prévisibles, mais toujours incertains... Un « je ne sais pas » qui espère quelques lumières des autres est plus fécond que l'affirmation de ce qu'on sait », affirmait François TOSQUELLES.

⁷ Pierre DELION, dans « Définition de la psychothérapie institutionnelle », site psychiatriinfirmiere.free.fr

⁸ Paul SIVADON, (1907-1992) médecin psychiatre français, président en 1959 de la Fédération Mondiale de la Santé Mentale.

⁹ Jean GARRABE, « Hommage à Paul SIVADON », dans *Psychiatrie et Société*, éd. Erès, 1981, p. 41.

1.2.1.1 Les concepts majeurs et les principes.

Les mots clés sont : l'institutionnalisation, le transfert et le contre-transfert institutionnels, la transversalité et l'analyse institutionnelle.

L'idée de base est de se servir de l'institution et du milieu hospitalier comme facteur thérapeutique du patient. Par le processus d'institutionnalisation, le personnel soignant et administratif (la gestion ayant pour fonction de garantir les conditions du soin) transforment l'établissement en institution thérapeutique, en partant du principe qui est : l'obligation d'échanger. Il s'agit de créer différents lieux de rencontres : les activités, les réunions et tous les moments forts de la vie quotidienne (repas, distribution de médicaments...), occasions privilégiées du déclenchement des échanges.

C'est essentiellement en réunion d'équipe que se fera l'analyse institutionnelle. L'intérêt est d'appréhender globalement le malade au sein de la collectivité institutionnelle, forme de mini-société, en articulation avec la société en général.

L'objectif est de permettre au patient, au travers des activités partagées et articulées avec d'autres lieux institués, de participer à la trame institutionnelle constituée par l'ensemble des individus.

La psychothérapie institutionnelle valorise tous les échanges relationnels : l'analyse du « transfert, contre-transfert » ne s'adresse pas à un seul thérapeute mais à l'ensemble des soignants et à l'organisation sociale (système de décision, personnel administratif, techniciens...). Tous sont acteurs du soin. Ce fonctionnement se fonde sur un étayage réflexif psychanalytique joint à des apports théoriques comme les séminaires et supervisions individuelles ou groupales.

L'analyse du contre-transfert ne se limite donc pas à la réaction inconsciente du thérapeute et au cadre de la rencontre duelle, mais à l'analyse de l'institution dans les réactions émotionnelles des soignants impliqués, leurs inter-relations, ainsi que dans la structure hospitalière en elle-même : ce sont tous ces éléments qui signifient à chaque malade sa place et son statut. La structure institutionnelle a donc une influence sur les symptômes, leur apparition et disparition.

Le soin du milieu fait donc partie intégrante du traitement du patient. Il nécessite une vigilance constante des transferts latéraux, avec une analyse et remise en cause perpétuelle. Cette approche est contraire aux modes de transmission d'un système vertical qui stérilise les messages, paralyse et entraîne un appauvrissement de l'initiative.

1.2.1.2 Analyse de l'organisation de la psychothérapie institutionnelle.

Sous l'éclairage de Jean NIZET et François PICHULT¹⁰, on peut repérer que cette organisation du travail, imprégnée des influences culturelles de la psychothérapie institutionnelle, évoque un fonctionnement qui renvoie à une structure organique¹¹, et démontre que le degré d'horizontalité et de spécificité est important dans ce contexte. Les ressources du pouvoir sont partagées, et la production du sens d'origine professionnelle est très présente.

1.2.1.3 Recul et remise en question de la Psychothérapie Institutionnelle.

Or, ce mouvement de psychothérapie institutionnelle, plus présent en pédopsychiatrie qu'en psychiatrie générale (l'usage des traitements chimiothérapeutiques y étant plus limité) connaît un recul depuis quelques années. Ce pourrait être lié à une perte de son essence première qui est de n'exister nulle part mais d'être toujours en construction. Ce recul n'est-il pas le reflet d'une conception différente de l'humain et de la maladie par la société ?

Nombreux, cependant, sont ceux qui regrettent le temps de la psychothérapie institutionnelle : ce fonctionnement s'inscrivait dans un contexte culturel et socio-économique différent. La psychanalyse était organisatrice de tout ce qui se référait au patient.

De nombreux facteurs semblent avoir participé au déclin de cette modalité de prise en charge. En effet, depuis les années 1980, on assiste à une remise en question des fondements de cette pratique, parallèlement à l'essor des neurosciences, l'arrivée du DSM-IV (1987), jusqu'au DSM-5 (mai 2013), nouvelles modalités de classification des signes cliniques. La psychothérapie est consommatrice de temps et de personnel. Le contexte économique actuel favorise l'émergence d'une approche de la psychiatrie qui se veut plus objective et plus rationnelle dans un souci d'efficacité : les orientations cliniques se sont alors diversifiées. L'aspect économique, désormais incontournable du fait des crises économiques, a introduit des politiques de santé et des paramètres nouveaux : législatifs, réglementaires et économiques, qui modifient le paysage de la pédopsychiatrie du centre hospitalier Théophile Roussel. Une nouvelle culture du soin apparaît : qualité, gestion du risque, projet, évaluation, planification, contrôle, production du soin...

¹⁰ Jean NIZET et François PICHULT, *La coordination du travail dans les organisations*, éd. Dunod, 2012.

¹¹ Structures organiques : décrites par Tom BURNS et G.M. STALKER en 1961 : « les tâches de chacun sont continuellement redéfinies dans le cadre des interactions entre travailleurs », « les connaissances (...) peuvent être (...) localisées, chez ceux qui exécutent les tâches », et la communication est plutôt latérale.

Cette réflexion sur le mouvement de psychothérapie institutionnelle ne relève pas uniquement de la nostalgie d'un temps révolu mais d'un sentiment d'inquiétude face aux nouvelles formes de soin proposées aux patients souffrant de pathologie mentale.

Le navire de la psychothérapie Institutionnelle ne glisse plus sur un long fleuve tranquille. Les contraintes économiques et les évolutions du soin, avec l'évolution des formations initiales (disparition des infirmiers psychiatriques, introduction d'aides soignants n'ayant pas de formation spécifique, formation des médecins, etc) ont fait oublier à la plupart les fondements de cette pensée et il n'en reste plus que des vestiges qui ont parfois perdu de leur sens.

Les difficultés économiques ont imperceptiblement introduit une pensée plus individualiste. Les rapports de pouvoir se sont amplifiés, déplacés : longtemps les psychologues, médecins ont été en quelque sorte les « gestionnaires de la pensée ». La psychothérapie institutionnelle ne fonctionne plus véritablement dans son esprit d'origine. Bateau vide et à la dérive, une tendance au repli s'est installée. Un sentiment de menace exacerbé provoquant une collusion contre le persécuteur «institution» s'est dessiné progressivement.

On parle ainsi de crise de la psychiatrie : il s'agit bien d'un bouleversement des repères théoriques et cliniques antérieurs liés à des facteurs environnementaux externes et internes. Comme toute crise, elle peut déboucher sur plusieurs solutions: un pseudo-équilibre laissant les dysfonctionnements s'aggraver insidieusement avec renforcement des mécanismes de défense, une solution catastrophique où la psychiatrie ne répondrait plus à sa mission de soin ou une solution positive intégrant les contradictions et menant à un équilibre de niveau supérieur.

1.2.2 La psychothérapie institutionnelle à l'Institut Théophile Roussel.

Sur le centre hospitalier Théophile Roussel, comme sur d'autres institutions, le souci d'efficience a pris une place importante et a désorganisé ce fonctionnement de psychothérapie institutionnelle. Partant d'une modalité transversale, les unités ont fonctionné progressivement en « autarcie » : d'un degré d'ouverture important suppléant l'enfermement carcéral historique, un mouvement de fermeture s'est réinstallé, repli sur une « coquille vide », vidée par la perte de production de sens.

Ce renfermement a introduit un fonctionnement défensif dans les équipes de « peau à peau », mouvement décrit par Didier ANZIEU pour décrire une perte d'individuation dans les

dynamiques de groupes menacés. Cet agglutinement a produit de la confusion, en miroir de la symptomatologie des patients.

Ainsi, dans certains lieux de psychothérapie institutionnelle, lieu de vie des patients et des soignants, des techniciens, cette fusion et confusion a fait émerger l'incestuel¹², aplatissant la perspective entre les professionnels et parfois les soignés. « Tout le monde fait tout ! » est la grande inquiétude des stagiaires, préprofessionnels en quête d'identité. L'incestuel surgit « entre le passé et le présent, entre le conscient et l'inconscient, entre l'autre et soi, et autorisant toutes sortes de confusions et de subversions, à l'image d'un fleuve qui n'aurait ni bords, ni berges, ni aval, ni amont ! » nous dit poétiquement Paul-Claude RACAMIER. Ici, la nécessité de la représentation du tiers avec un potentiel contre-incestuel apparaît indispensable. Il encourage une mise en perspective, principal remède à l'incestualité, valorisant l'individuation par les compétences de chacun des soignants, dans la complémentarité.

Le manque d'appui théorique qui donne sens fait surgir une angoisse légitime faite à la maladie. Pour la neutraliser, les soignants poursuivent les modalités de soin en ayant perdu les objectifs initiaux : co-thérapies et analyses des relations transférentielles. Les activités restent, leur analyse n'a plus véritablement lieu, et les prises en charge perdent de leur sens. Les identités professionnelles sont alors confondues et plus aucune spécificité et compétence ne se dégagent entre les « soignants » : éducateurs, assistants sociaux, aide soignants, infirmiers, agents hospitaliers, orthophonistes, psychomotriciens et ergothérapeutes.

L'abandon partiel de ces références théoriques contribue à une perte de repères. Pour y pallier, le besoin de s'appuyer sur des standards a émergé, ayant valeur de référentiels, d'outils communs. La formalisation s'est amplifiée, justifiée par un besoin et une demande des tutelles de qualité, de gestion des risques et de lisibilité. Sans doute, une vision systémique aurait permis d'anticiper cette évolution.

Se réapproprier son identité professionnelle est donc fondamental, afin de se coordonner en complémentarité et en se référant aux compétences repérées et valorisées pour chacun. Quand l'autre est identifié, individualisé, une véritable relation s'installe, dans la reconnaissance de l'altérité. La compétence renvoyant à l'identité professionnelle est un levier managérial. Ensuite, un ajustement peut-être repensé, dans un cadre posé. Il s'agit

¹² Paul-Claude RACAMIER, *L'inceste et l'incestuel*, éd. Dunod, 1995.

donc de saisir ce levier des compétences pour maintenant accompagner le changement par un management qui correspond à la culture de l'établissement, management participatif, en proposant des repères structurants et sécurisants.

1.2.3 Mon choix : un management participatif.

Le management est une réponse au nouvel environnement des entreprises et des organisations. Cette nouvelle organisation modifie le système de communication et relationnel dans l'institution.

Le management ne doit pas être dans un pouvoir opaque. Il doit être transparent, écrit et posé. Il s'appuie sur « le projet », démarche qui appréhende un problème, propose une méthode, et modélise la réalité du terrain. Le projet est réalisé et évalué. « C'est la productivité qui le motive ».¹³

Un manager d'une grande entreprise, convaincu, expliquait: « Il est indispensable de tendre vers un même projet, un même objectif. Il faut partager les mêmes valeurs, en cohérence. On ne s'approprie pas un objectif qui vient du haut. L'objectif compris, l'équipe se motive : elle est actrice. « Vaincu par la confiance présente dans l'équipe, le stress n'existe plus! » affirme ce manager. Et il insiste : « A cette condition seulement, le projet sera porté et assumé par chacun, sans se cacher sous une responsabilité commune favorisant l'anonymat ».

Ainsi, le management comme accompagnateur de la dynamique du soin peut s'illustrer dans le projet, entendu comme l'espace transitionnel où s'élaborent les différents mouvements connus de toute dynamique de groupe. Le projet est médiateur. Le management se pose comme réceptacle, accueille et contient cette dynamique. Il permet la circulation, la communication. Le groupe est alors créateur, donc vivant. Le management se dit être « producteur du soin », facilitateur du soin. Le management mettrait en scène le cadre dans lequel l'action va se dérouler.

Pourtant le management, incarné par le cadre, inquiète les nostalgiques de la psychothérapie institutionnelle qui ne perçoivent pas sa pertinence. Comment les rassurer ? Comment conserver la qualité de soin de la psychiatrie institutionnelle, véritable art du soin, tout en gardant à l'esprit les réalités économiques ?

La solution pourrait être une « psychiatrie durable ». Nous sommes dans un contexte

¹³ Raymond-Alain THIETARD, *Le management*, éd. PUF, 2003.

de «soin équitable», où tout le monde doit participer à la diminution de la dépense publique et tenir compte du contexte. Ce système viserait à assurer des soins performants dans un esprit de solidarité et d'équité.

« Dans un tel contexte politique, une démarche de « soin équitable » consisterait en une action collective d'organisation de nouveaux chemins de production du soin, incarnés par le management, tout en préservant les trésors d'artisanat que propose la psychothérapie institutionnelle ».¹⁴

Le « soin équitable », comme a été défini le commerce équitable en 2001, serait « un partenariat fondé sur le dialogue, la transparence et le respect afin de parvenir à une plus grande équité ». Il contribuerait au développement durable de la psychiatrie en faveur de « la valorisation de la culture et des savoir-faire ».

Une voie est possible, celle d'une clinique qui donnerait sens au management, action de gestion et de direction qui soutiendrait la clinique. Pour cela, il nous faut admettre l'existence de fondamentaux indispensables à la reconnaissance d'une complémentarité, au refus d'une pensée unique, à la mise en place d'outils permettant une élaboration et une conception communes pour un objectif partagé.

Deux structures se superposent : l'organisation soignante et l'organisation administrative et gestionnaire : nous sommes tous inscrits dans ces deux registres. Or, l'organisation inscrit son existence et son activité dans un environnement en perpétuelle mutation. Face à cette évolution incessante, il est nécessaire de procéder à des ajustements perpétuels s'appuyant sur la capacité des membres de l'organisation à supporter ces ré-accordages, ré-harmonisations.

Pour adhérer à ces mouvements, rester mobilisable, une stabilité interne est indispensable. A mon sens, cette « continuité interne » est acquise par l'intégration de la clinique dans la dynamique managériale. Les équipes doivent comprendre le sens des changements pour pouvoir participer et choisir de s'engager. Le manager doit assurer une sécurité, une enveloppe contenant, souple, filtre, à l'image des enveloppes psychiques¹⁵ décrites par Didier ANZIEU à la suite de ses développements sur le « Moi-Peau ». Accompagner et informer les équipes, dans un souci de transparence, tout en restant protecteur et filtre afin que les échanges avec d'autres ne soient pas une perte de soi mais

¹⁴ Laure MOISAN-LOISEAU, *Management et psychothérapie Institutionnelle*, actes du colloque Les journées de la SFPAEDA, Paris, novembre 2011.

¹⁵ Didier ANZIEU, *Les enveloppes psychiques*, Paris, éd. Dunod, 1996.

un enrichissement, en gardant leurs individualités et leurs capacités à exister : tel a été mon positionnement dans l'accompagnement de mon équipe lors de la restructuration.

Le projet managérial est dans la continuité de ma démarche : faire participer les équipes, les rendre actrices du changement, qu'elles soient informées des contraintes, des avantages, faisant appel à leur réflexion et leur engagement.

Le concept de management participatif repose sur la création d'espaces de partage , avec la présence de tous : les termes forts sont l'écoute, la communication, la reconnaissance, la responsabilisation, la collaboration pour l'amélioration des pratiques, et une efficacité , favorisant l'implication et la qualité de vie au travail.

Le management participatif pour lequel j'opte, prône la communication, le dialogue et la délégation du pouvoir. Il en résulte la naissance d'une véritable culture d'entreprise où deux valeurs principales sont respectées : le respect de chacun et l'égalité des chances. Ce management participatif instaure un climat de confiance facilitant l'engagement et le sentiment d'appartenance à un projet. Cette appropriation du projet valorise les équipes, leur redonne le sentiment d'exister et d'être créatif, sentiment qui permet à l'individu, disait D.W WINNICOTT, de considérer que « la vie vaut d'être vécue ». L'intrication de la clinique avec le management est donc bien évidente : le management, traversé par ses dimensions économique, politiques, stratégiques, clinique doit préserver la capacité soignante des équipes comme elles mêmes préservent la capacité psychique des patients. A cette idée de créativité s'oppose le sentiment d'instrumentalisation vécu lors de la restructuration par certains soignants.

Cette approche managériale reste dans l'esprit de la psychothérapie Institutionnelle, couleur dominante encore de l'établissement.

Dans le guide méthodologique produit par l'HAS sur les Coopérations entre professionnels de santé, il est constaté qu'un management « disponible et légitime » est facteur de réussite.

Ma disponibilité et mon engagement sont, effectivement, des facteurs motivant pour les équipes et l'encadrement. Ma formation initiale d'ergothérapeute, mon expertise en matière de médiations thérapeutiques participent à ma légitimité aux yeux de tous. Cette confiance qui m'est accordée me permet d'être entendue quant au recadrage des pratiques et la proposition de les formaliser. De plus, ma connaissance de l'organisation, des représentations individuelles et collectives, la pérennité de projets antérieurs que j'ai pu mettre en place me donne un capital de confiance nécessaire pour ce projet. La

communication et l'écoute de chacun sont indispensables pour accompagner le changement, sans provoquer des phénomènes de risques psychosociaux.

Cette nécessaire confiance doit être sans cesse entretenue par une planification sécurisante, une gestion des ressources efficiente de cette nouvelle organisation dans un « fragile équilibre entre polyvalence et expertise de l'équipe soignante ». ¹⁶

1.2.4 Le Projet d'Etablissement et le Projet Médical.

Le Projet d'Etablissement du centre hospitalier Théophile Roussel 2012-2016 s'appuie sur le plan directeur qui fixe les orientations stratégiques et les priorités de l'établissement dans la réalisation des opérations immobilières de constructions, aménagements ou regroupements permettant la réalisation du projet médical. L'objectif est d'optimiser l'offre dans les territoires de santé communautaire en cohérence avec le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (C.P.O.M.) qui est cette année en cours de négociation, sachant que le socle commun ¹⁷ a été signé.

1.2.4.1 Les axes stratégiques du Projet d'établissement.

Trois lignes de force sont définies pour l'introduire :

Une volonté de construire un projet médical indissociable du projet de soin, ayant le souci de la cohérence, de la complémentarité et de convergence des prises en charge.

Une volonté « d'appréhender les besoins du patient d'une manière globale et de rendre le parcours de soin lisible, accessible, sécurisé et coordonné » ¹⁸ : les axes du projet médical sont présentés par filières. Chaque filière répond aux besoins d'une population spécifique.

Une volonté de fluidifier le parcours de soin à l'aide d'un travail en réseau avec les partenaires médicosociaux, éducatifs et judiciaires.

Ces trois axes confirment l'actualité de mon projet managérial qui est en totale adéquation avec ces trois orientations maîtresses, piliers du Projet d'Etablissement.

Une situation d'équilibre financier et un taux d'endettement « très faible » offrent la possibilité de se projeter en avant.

¹⁶ « Conditions de succès et retour sur les expérimentations de 2004 à 2007 », dans *Coopération entre professionnels de santé, guide méthodologique*, t.1, Haute Autorité de Santé, juillet 2010.

¹⁷ Socle contractuel et éléments réglementaire: il rappelle les fondements du contrat, définit le champ de la contractualisation, arrête ses conditions de mise en œuvre (suivi, révision, sanctions, renouvellement, durée), les Missions de Service Public, les Autorisations, les Reconnaissances contractuelles, les Financements.

¹⁸ « Projet d'Etablissement du Centre Hospitalier Théophile Roussel 2012-2016 » 2012.

1.2.4.2 Projet médical et de soin-managérial - Qualité et Gestion des Risques – Social.

Le Projet Médical et de Soins et le projet managérial 2012-2016 répondent aux besoins d'une population répartie sur deux territoires de santé. Ils se déclinent en 4 filières (périnatalité-petite enfance, enfance, adolescence et adulte) et trois champs d'actions spécifiques (soins-étude, soins somatiques et permanence des soins).

Il est spécifié que la filière se caractérise par une offre de soins complète, graduée et coordonnée aux besoins d'une population cible sur un territoire géographique donné : elle concerne le parcours du patient et son niveau primaire, secondaire ou tertiaire. La filière s'intéresse aussi bien à l'hospitalisation qu'aux structures hospitalières en amont et en aval. Elle s'inscrit dans des projets transversaux et des réseaux de partenaires.

Un point-clé du projet de soins est : « coordonner et harmoniser le parcours de soins du patient, notamment en priorisant la prise en charge du patient en équipe pluridisciplinaire. » Le projet de soins développe aussi la nécessité d'une promotion d'une posture éthique, réflexive. Il insiste sur le développement des évaluations des pratiques professionnelles pour une qualité des soins, en contribuant à la gestion des risques liés aux soins. Favoriser le développement des compétences des professionnels du service de soins est un des points majeurs de ce projet.

Le projet managérial est donc bien en adéquation avec ces orientations : il souligne lui aussi la nécessité d'adopter une posture managériale éthique, tout en adaptant et en accompagnant le management aux évolutions et aux réformes en privilégiant le mode participatif, et tout en intégrant la politique d'amélioration de la qualité et la sécurité des soins dans des pratiques managériales en lien avec l'analyse et le suivi de l'activité. La mise en place d'une communication institutionnelle efficace est aussi un axe fort.

Le projet Qualité et Gestion des Risques préconise d'évaluer et de réajuster l'organisation permettant de faire face aux situations de crise en favorisant une politique de gestion des risques globalisée et coordonnée.

Le Projet Social, s'appuyant sur une philosophie d'action qui est la promotion du dialogue social et de la bienveillance, se donne parmi de nombreux objectifs, celui de poursuivre les actions de prévention de la violence, de développer les compétences en initiant un dispositif de mobilité, en favorisant l'échange des pratiques professionnelles et en développant et transférant les compétences.

Tous ces points sont en totale cohérence avec le projet de Thérapies Médiatisées Mutualisées et motive d'autant plus sa réalisation.

1.2.5 Les pôles.

Les pôles sont de création récente : l'article 6 de l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 initie les pôles dans une « vision systémique des réformes de l'époque »¹⁹, avec le lancement du « chaînage du parcours du patient ». Trois logiques interfèrent : médicale, universitaire et de gestion. Le 18 mars 2014, la revue Hospimedia informe que le rapport des conférences des présidents de CME et des directeurs des hôpitaux « maintient le statu quo sur l'organisation en pôles »²⁰ : l'implantation des pôles est effective dans le paysage hospitalier, mais plusieurs dysfonctionnements sont relevés.

Une enquête réalisée par les intersyndicales de praticiens hospitaliers, rendue publique en octobre dernier, fait état d'un désintérêt, voire « d'un rejet », de la majorité des praticiens hospitaliers pour l'organisation en pôles. Pourtant l'organisation en pôle s'est généralisée, a été plutôt bien acceptée et la grande majorité des décideurs des hôpitaux ne fait état d'aucune difficulté sur la pertinence de l'organisation en pôle. Il est à noter la situation des établissements mono disciplinaires, spécialisés en psychiatrie, pour qui la logique sectorielle prévaut. Si l'organisation en pôle semble faire consensus, c'est aussi parce qu'elle s'est constituée sur une logique médicale avant tout.

Les conférences déplorent une absence de dialogue social au sein des pôles. La délégation de gestion reste sous le contrôle du directeur, qui craint la « balkanisation », note l'auteur de l'article²¹. Or, dans l'esprit de la réforme, les pôles ont été mis en place pour déconcentrer cette gestion.

Dans l'optique d'une meilleure participation des équipes dans la vie du pôle, il est préconisé de favoriser l'expression directe, « en rendant obligatoire, dans le projet social, les modalités d'expression et de concertation au sein des pôles et en les inscrivant dans le manuel de certification de la Haute Autorité de Santé »²². Le développement du management participatif est fortement conseillé. On peut donc conclure à la lecture de l'article que la mise en pôle n'a pas toujours eu les résultats escomptés.

Pour la direction du centre hospitalier, les objectifs de la restructuration étaient clairement de décroiser et de mutualiser les pôles. La loi sur la mise en pôle sur le centre hospitalier a sans doute été détournée pour maintenir des organisations en secteur, pour

¹⁹Guy VALLET, préface, dans *Management de pôle à l'hôpital*, Thierry NOBRE et Patrick LAMBERT, Paris, éd. Dunod, 2012.

²⁰ Jean-Bernard GERVAIS, dans *Hospimedia*, 18/03/2014.

²¹ Ibid.

²² Ibid.

des raisons diverses : maintien d'un système qui fonctionnait, enjeux de pouvoir... L'effet a été alors inverse, enfermant les pôles, allant à l'encontre d'un système déjà installé, comme la sectorisation, initiatrice à l'époque d'un équivalent d'un parcours du patient.

La non-circulation entre les unités qui s'approprièrent « leurs » patients et refusaient l'entrée des autres patients a fait apparaître un phénomène brutalement appelé « la défectologie » : des patients institutionnalisés, restant dans les unités car n'ayant aucune autre perspective. Inévitablement, cette violence subie par le patient a retenti sur les équipes et provoqué des situations à risques. Ces patients ont « embolisé » les unités, sans permettre à d'autres de bénéficier d'hospitalisations séquentielles, post-aiguës ou programmées, qui dynamisent les unités par leur circulation. L'institution a recréé des situations d'abandon, de séparation, de violence, réactivant chez ces patients leurs propres problématiques.

1.2.6 La restructuration.

1.2.6.1 *Notion de restructuration hospitalière.*

Le rapport public annuel 2013 de la Cour des Comptes²³ précise qu'une restructuration hospitalière peut prendre plusieurs formes :

Une réorganisation des services pour les adapter à la demande, aux nouvelles techniques et à la démographie médicale.

Une fermeture de services du fait d'un non-respect de normes ou d'une activité trop faible, qui peut déboucher sur la décision d'une reconversion, un transfert d'activité sur un autre établissement, ou la construction d'une structure neuve regroupant les anciennes activités des établissements fermés.

Plus largement, une amélioration de la qualité de l'offre de soins aux meilleurs coûts sur un territoire de santé, dans une logique de coopération et de partage d'activités entre établissements.

La Cour des Comptes, dans son rapport public annuel de 2013, qualifie de « décevantes » les restructurations hospitalières. Malgré la nécessité manifeste de ces restructurations, elles se heurtent d'une part aux réticences des personnes impliquées (communautés médicales, hospitalières, populations et élus) auxquelles se surajoute un flou

²³ Cour Des Comptes- *Rapport public annuel 2013* « les restructurations hospitalières : trois illustrations de difficultés rencontrées », www.ccomptes.fr.

dans les décisions, l'organisation et la mise en place de ces restructurations. La Cour note que les restructurations ne « sauraient se limiter à des fusions ou à des regroupements... ». Elles nécessitent une « réorganisation des activités de soin fondées sur un projet médical de territoire ».

« Les A.R.S. se sont vues confier la responsabilité de définir les adaptations et les complémentarités de l'offre de soin, ainsi que les coopérations entre l'ensemble des acteurs hospitaliers et ambulatoires (articles L.1431-2 2^o, L.1434-7 et L.1434-9 du code de la santé publique) ». ²⁴

1.2.6.2 La restructuration sur le centre hospitalier Théophile Roussel.

En septembre 2011, une restructuration a donc été réalisée sur le site du centre hospitalier, introduisant la notion de filière infanto juvénile s'écartant de la notion de pôle et s'inscrivant dans un esprit de mutualisation et de transversalité.

Les objectifs étaient les suivants : à court terme, de répondre à des besoins de relocalisation ; à moyen terme, de se restructurer en interne pour dynamiser l'activité et gagner en efficience ; à long terme, d'anticiper et de se préparer aux négociations pour pérenniser l'avenir de l'établissement.

La mise en place de la restructuration a lieu en septembre 2011 et les équipes médicales et paramédicales ont été « mixées », créant des groupes de « cultures » différentes (quatre pôles-secteurs réunis), avec leurs difficultés et leurs richesses. Dans le souci d'une cohérence intégrant les différentes pratiques, il s'agissait de préserver les valeurs communes et la qualité, la sécurité des soins et le travail d'équipe. Il a donc été créé une inter sectorialité, une organisation par filière enfance et adolescence, un regroupement des unités, et prévu le développement de lieux d'activités thérapeutiques diversifiées.

Cette restructuration s'appuie sur une logique de territoire. Il existe une logique de responsabilité populationnelle, traduisant une évolution sociétale. Son objectif est d'assurer un état de santé maximal pour la population d'un territoire, en fonction des ressources disponibles : elle vise à coordonner l'offre de services en fonction d'une population donnée plutôt qu'en fonction des individus qui consomment les services. La permanence de l'idée d'une solidarité sous tendue par les liens entre l'ambulatoire et l'hôpital permet d'avoir une légitimité lors des entrées et sorties : il est nécessaire de penser la continuité du soin pour sortir du modèle asilaire.

²⁴ Réponse de la Ministre des Affaires Sociales et de la santé à la Cour des Comptes, rapport 2013.

Le centre hospitalier Théophile Roussel est bi-territorial (78 et 92), c'est donc un outil partagé afin que toutes les personnes puissent profiter des mêmes bénéfices. Les équipes ne sont pas identifiées à leur territoire.

Un partenariat entre pôles ayant échoué auparavant, il est actuellement ré-institué sur le même modèle que celui du service de psychiatrie adulte. Ce service comprend trois unités intersectorielles avec un espace de médiations thérapeutiques partagé, dont les référents sont les rééducateurs : ergothérapeutes et psychomotriciens.

1.2.6.3 Le Groupe Efficience et la Coordination de Filière.

Parallèlement à la préparation du projet médical, afin de réfléchir et coordonner cette restructuration demandée par la direction et incitée par les tutelles, un groupe a été mis en place début 2011 : le groupe Efficience. C'est un groupe qui a été chargé de mesurer en termes médico-économiques la pertinence d'une restructuration. Il a choisi la stratégie pour sa mise en place, en s'assurant que les conditions de l'hospitalisation infanto juvénile sur le site de Montesson pouvaient être améliorées. Il accompagne la mise en œuvre de la restructuration et son suivi.

Il est constitué de tous les chefs et cadres de pôles de la pédopsychiatrie, animé par l'Adjointe à la Direction, et du Coordonnateur des Soins et Responsable de la Qualité et Gestion des Risques. C'est une instance de réflexion, d'élaboration, de dialogue et de force de proposition, en lien constant avec l'instance décisionnelle qu'est le Directoire .

La réflexion conduite au sein de ce groupe a permis de rendre opérationnelle cette restructuration dès 2011. Elle en est actuellement à l'évaluation.

Un autre outil de coordination et d'accompagnement est la création d'une Coordination de Filière qui se réunit mensuellement pour assurer le suivi : redéfinition des projets de chaque unité et validation par le Directoire, bilan de l'activité, réflexion sur les articulations entre chaque unité pour une cohérence et dessin d'un parcours patient clarifié.

La Coordination de Filière rassemble les chefs de pôle, les cadres supérieurs et les cadres de proximité des unités de la filière enfance et adolescence intra hospitalière. Elle se réunit mensuellement. Elle est le lien entre chacun: elle a une fonction de régulation, d'articulation, de coordination, de réflexion et a pour mission d'assurer la mise en place du parcours du patient.

Ce groupe Efficience, à l'origine de ma mission actuelle, émane donc de cette dynamique de changement et de projet. « La préoccupation d'efficience, c'est le résultat de

la qualité du processus et de la valeur ajoutée. L'efficacité de l'hôpital est le résultat de l'extrême finesse de construction des processus qui le traversent : le rôle du cadre est de les penser plus finement ». ²⁵

Montrer à l'A.R.S. que l'établissement est capable à coût constant de produire une meilleure activité fait partie de la stratégie de l'établissement : l'intérêt est de « se montrer capable de performances, les augmenter sans demander de budget supplémentaire pour gagner la confiance de l'A.R.S. », explique un membre du groupe du Directoire. L'autre point visé est le fonctionnement en filière enfance et adolescence : une seule entité interlocutrice des tutelles, au lieu de quatre pôles différents, « légitime et reconnu(e), ayant autorité transversale dans l'institution permettant d'accélérer la prise de décision » ²⁶.

Actuellement, l'idée de deux pôles émerge : un seul pôle d'hospitalisation en temps plein et un pôle en extra hospitalier. Cette proposition pourrait être une évolution positive, mais il me semble qu'elle cliverait les deux temps d'hospitalisation, déjà bien dichotomisés.

1.2.6.4 La restructuration des unités d'hospitalisation des secteurs infanto-juvéniles.

En 2013, le Centre hospitalier a pu mesurer les impacts de la recombinaison en terme d'efficacité effective. En voici quelques exemples :

<i>Avant la restructuration</i>	<i>Ce qu'a préconisé la restructuration</i>	<i>La réalité</i>
insécurité : un seul soignant la nuit dans certaines unités	toujours au moins 2 soignants la nuit	sécurité
des problèmes d'articulation entre unités et pôles qui a fait que beaucoup plus d'enfants ont été institutionnalisés	actuellement, les hospitalisations en séquentiel sont acceptées par tous	modalité de soins plus adaptée
unité de regroupement pour le WE pas utilisé car trop conflictuel entre les pôles	seule l'unité d'urgence accueille le WE	manque d'une unité qui accueille 7J/7J qui ne soit pas unité d'urgence
équipes insuffisantes, donc pas d'entrées	équilibre : effectif soignant en fonction de l'accueil préconisé de patients	pas suffisamment d'activité et beaucoup d'arrêts ou manque de personnel suite à la restructuration
séparation des unités/pôles	unités inter pôles	mixage difficile à mettre en place en ce qui concerne le médical mixage soignants fait sans concertation

²⁵ Jean-Paul DUMOND, « Stratégie et organisation, transformation des organisations », cours MTMOS 2013-2014, 10/2/2014.

²⁶ C.COLLET, « Coopération et droit hospitalier », cours MTMOS 2013-2014, 6/1/2014.

1.2.6.5 La reconfiguration architecturale.

La restructuration a bouleversé l'occupation des locaux du fait de l'augmentation de la capacité des pavillons en lits et en soignants. Des lits « gelés », le temps de la transition, ont entraîné la fermeture de deux unités. Des équipes et des patients « déménagent » et fusionnent avec d'autres équipes qui se reconstituent complètement. Des pavillons sont fermés, d'autres refaits, laissant imaginer de nouvelles configurations.

L'augmentation du nombre de malades par pavillon implique un renforcement des espaces à l'extérieur, espaces tiers répondant à la clinique de la psychose et la gestion des groupes : l'Espace de Thérapies Médiatisées et Mutualisées a été conçu lors de la restructuration sur un pavillon qui devait être libéré. Or ces locaux ne sont plus disponibles : il faut donc envisager d'autres lieux pour les médiations.

2 LES CLES DE LECTURE POUR COMPRENDRE LE PROJET.

2.1 LA SECTORISATION.

Le secteur psychiatrique a inauguré le travail dans la cité et a inspiré des pratiques nouvelles, des réseaux, des équipes mobiles ainsi que ce qui est préconisé actuellement par la loi H.P.S.T. : le « parcours du patient ».

Les psychiatres, conscients des conséquences sociales de la maladie, souhaitent structurer la coordination pour assurer la continuité des soins, dans une approche pluridisciplinaire, en réponse à cette spécificité de la maladie mentale qui nécessite un suivi dans le temps. La circulaire du 15 mars 1960, relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales, crée le secteur psychiatrique. Elle met en place une organisation administrative relative à la maladie mentale sur un territoire, organisée en structures de soins en intra hospitalier et extra hospitalier. Le médecin psychiatre référent est coordonnateur du suivi du patient, soutenu par une équipe pluridisciplinaire qui fait le lien entre les différentes structures de soins dont le patient bénéficie. Les Centres Médico Psychologiques, hôpitaux de jour, Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel, hôpitaux de nuit, lieux d'hospitalisations en temps complet, et appartements thérapeutiques sont mis à disposition de la population dans un objectif de prévention, de diagnostic, de soin, de réadaptation et de réinsertion.

Ce mouvement désaliénant et anti-ségrégatif a promu la psychiatrie de secteur dont le principe est de séparer le moins possible le malade de sa famille et de son milieu. La pertinence de la sectorisation existe à la condition d'une articulation des différentes structures intervenant dans le soin du patient, enrichissant les moments d'élaboration pour le patient et l'équipe.

Ce dispositif permet de surcroît à un même malade de s'inscrire au cours de sa trajectoire dans des lieux proposant des degrés variés de contenance psychique et par là, de favoriser l'analyse du transfert sur le cadre de soin et de travailler la question de la dépendance.

La politique de sectorisation s'oppose à « l'hospitalo-centrisme », facteur de désinsertion du patient : la notion de travail « en secteur » nécessite de fait un travail de coordination du réseau tissé autour du patient. Cette notion de sectorisation, en psychiatrie,

initiait déjà cette idée de parcours de soin. Cet attachement à une continuité du soin, à l'aspect pluridisciplinaire du secteur fait donc bien étonnamment écho aux nouvelles injonctions politiques actuelles.

Depuis 2003, le secteur psychiatrique n'a plus de valeur juridique, le concept de carte sanitaire ayant disparu, les secteurs ont disparu aussi: c'est la notion de Territoire qui est validée. La mise en place des pôles a souvent été réglée en psychiatrie par une opération simplifiée : « un secteur égale un pôle », évitant les changements et remaniements.

2.2 LA MEDIATION.

«La médiation est un travail en présence, un rapport de recouvrement vers l'effacement d'où émerge la transformation au travers du support, du médium malléable».²⁷

2.2.1 Définitions.

Anne BRUN²⁸ observe que l'impossibilité de travailler exclusivement avec le verbal a motivé l'utilisation des médiations thérapeutiques au sein des thérapies d'enfants et d'adultes psychotiques, en deçà des processus de symbolisation. Aussi, les médiations thérapeutiques leur sont souvent proposées.

Différents auteurs définissent la médiation thérapeutique en observant certaines caractéristiques: dans médiation, il y a « média », médium, la médiation permet que l'on passe de deux (relation duelle) à trois. Média s'oppose à l'immédiat. C'est un support d'expression et de création²⁹. « C'est la malléabilité qui permet la création... La caractéristique des thérapies à médiations est la proposition de l'utilisation d'un ou de plusieurs objets, médium malléable, proposé pour jouer et mettre en forme ce qui ne peut l'être dans la relation directe au clinicien. Cette expérience subjective singulière, en présence du soignant, ouvre la possibilité d'un traitement représentatif de la zone traumatique du sujet»³⁰.

« Le médium est interprète, transformateur, transmetteur, symboliseur entre réalité psychique et réalité externe... il est malléable, indestructible, extrêmement sensible...»³¹. Il

²⁷ Daniel MARCELLI, «Les médiations thérapeutiques », Actes des journées SFPEADA, Paris, 23/11/2012.

²⁸ Anne BRUN, *Les médiations thérapeutiques*, éd. Erès, 2011.

²⁹ Ivan DARRAULT-HARRIS, « La médiation dans la relation d'aide », dans *Ecrire encore*, n°19, éd. l'Erre, juin 2009, p.54.

³⁰ René ROUSSILLON, membre de la Société Psychanalytique de Paris

³¹ Dominique QUELIN-SOULIGNOUX, *L'enfant en psychothérapie de groupe*, éd. Dunod, 2000, p.36.

a un rôle de relais entre la communication consciente et inconsciente et l'articulation entre les subjectivités de deux ou plusieurs personnes. Le médium est porteur de qualités concrètes par sa matérialité, et de qualités abstraites par la relation.

Dans le travail psychique sollicité dans les espaces de soins médiatisés, le sujet va mobiliser son imaginaire, un espace de jeu relationnel s'installe sur un mode verbal et/ou gestuel : on y « parle de soi sans parler de soi, dans un vécu paradoxal : c'est moi et c'est pas moi »³². C'est dans cette aire de jeu, espace potentiel, que peut se déployer la créativité : « c'est en jouant que l'enfant et l'adulte sont libres de se montrer créatif »³³ et « que la vie vaut d'être vécue »³⁴. L'objet concret externe traduit les affects, figure, met en forme ce qui pourra se mettre en sens : la pensée va « prendre figure, pouvoir s'intégrer à l'ensemble d'une histoire, à l'ensemble d'un récit »³⁵.

2.2.2 Historique.

Depuis l'Antiquité, la valeur thérapeutique de l'activité a été promue : déjà, un peu plus de 3000 ans avant notre ère, en Mésopotamie, la naissance de l'écriture est un système de représentation, expression symbolique du travail produit, échangé. En 450 av. J.C., HERODOTE affirme que le travail «...en alternance avec des concerts, danses et promenades en bateaux » est favorable aux personnes souffrantes. Au milieu du XVIe siècle, Thomas MORE clame que « le travail est un des droits principaux de l'Homme ». Plus tard, au XVIIIe, siècle des Lumières, Philippe PINEL et Jean-Baptiste PUSSIN libèrent les aliénés de leurs chaînes et constatent que le travail peut être « thérapeutique ».

Début XXe, Sigmund FREUD considère le travail comme indispensable : « lien de transfert... forme sublimée de penchants affectifs et d'énergies instinctives ». En 1929 Herman SIMON prône la « méthode dite active, faisant référence à la partie saine du psychisme en opposition à la partie malade ». Hans PRINZHORN publie en 1922 : *Expression de la folie. Dessins, peintures, sculptures d'asile*. Pour lui, l'artiste comme le patient s'exprime dans son œuvre.

Dès la fin de la seconde guerre mondiale, l'essor de la psychothérapie institutionnelle met en avant l'ergothérapie et les techniques de médiation comme étant une stratégie institutionnelle. Des psychanalystes comme François TOSQUELLES, Paul SIVADON disent que

³² Monique DONAZ, *Ergothérapie en psychiatrie*, Marseille, éd. Solal, 2007.

³³ Sigmund FREUD

³⁴ Donald Woods WINNICOTT

³⁵ Bernard CHOUVIER, *Les processus psychiques de la médiation*, éd. Dunod, 2012.

« le travail thérapeutique ne peut apparaître qu'après le « je » ». Ils favorisent cette modalité de soin. En 1958, le Dr SOLANES, au Venezuela, définit l'ergothérapeute qui pratique des médiations thérapeutiques dans l'hôpital comme étant « celui qui coud un bouton de plus sur un gilet ». « ...L'ergothérapie constitue le tissu même de l'Institution » de la même façon que tous les acteurs du soin qui proposent des médiations thérapeutiques corporelles, artistiques et culturelles.

2.2.3 Des théories.

De nombreux théoriciens enrichissent les fondements de la médiation thérapeutique : Sigmund FREUD souligne l'interaction entre art et psychanalyse et évoque le processus créateur. Donald Wood WINNICOTT, précurseur des thérapies à médiations, définit son approche de la transitionnalité : l'objet transitionnel, intermédiaire entre la psyché du sujet et la réalité perceptive, apparaît sous la forme de la matérialité spécifique d'un objet. Le squiggle³⁶, technique proposée par le même Donald Wood WINNICOTT, décrit l'inscription des mouvements pulsionnels par l'élaboration d'une forme externe, liée à un mode d'expression qui engage le corps dans une dimension visuelle, sonore, tactile ou kinesthésique selon les arts. Ce jeu devient une médiation incontournable pour les enfants.

Pour Anna FREUD, Mélanie KLEIN ou Marion MILNER, l'enfant utilise les jouets comme l'artiste le médium malléable : « substance d'interposition à travers laquelle les impressions sont transmises aux sens ».

Gisela PANKOW théorise le modelage comme méthode de structuration dynamique de l'image du corps, René KAES développe les médiations en groupe, Didier ANZIEU étaye par ses théories (*Le Moi peau, Le Corps de l'œuvre*) l'utilisation des médiations thérapeutiques. Nombreux sont ceux qui continuent d'approfondir l'intérêt de cette modalité de prise en charge qu'est la médiation thérapeutique.

2.2.4 Les principes.

L'objet médiateur ne présente aucune portée thérapeutique en lui-même, indépendamment du cadre et du dispositif. La médiation thérapeutique est attentive au langage du corps (mise en jeu de la sensori-motricité) et à l'acte. La prise en compte de l'associativité reste indispensable : conservation d'une place privilégiée au langage verbal et

³⁶ Petit jeu qui permet de découvrir le monde imaginaire de l'enfant.

aux associations (chaines associatives en situation de groupe).

La médiation thérapeutique se réfère au champ de la psychanalyse car elle se fonde sur la prise en compte de la dynamique transférentielle : une partie du transfert s'effectue sur l'objet de médiation, la manipulation « impitoyable »³⁷ est infiniment moins dangereuse que celle d'un « autre-sujet », comme le groupe qui offre une décondensation du processus transférentiel, une diffraction.

Le thérapeute s'offre comme espace de projection. « L'utilisateur » (le patient) utilise le soignant (« l'utilisé ») comme « matière à symboliser ». Une manière de détourner cette difficulté, et pour le patient et pour le thérapeute, est de détourner le processus « évacuateur » en direction d'un objet médiateur, représentant du soignant, mais différent et détaché de lui : l'objet médiateur doit être capable d'accueillir et de mettre en forme la « matière première psychique » qui s'y transfère.

La fonction de pare-excitation de l'objet de relation rend la rencontre possible : « par sa concrétude et son existence comme objet externe, il est un support qui peut recevoir les émotions qui risqueraient de déborder le clinicien (et le patient) et rendraient impossible le travail psychique »³⁸.

2.2.5 Moyens.

Les caractéristiques des espaces et dispositifs médiateurs sont spécifiques.

L'objectif n'est pas l'objet, mais le processus. Il est cependant nécessaire d'être attentif aux éléments du dispositif proposé pour que le processus s'enclenche :

2.2.5.1 Les qualités du médium.

Le choix du médium est adapté au système perceptivo-sensori-moteur du sujet utilisateur. Il doit être « créable » par ce dernier : « on ne transfère pas n'importe quel contenu psychique sur n'importe quel objet »³⁹. Chaque médium privilégie un mode de rapport spécifique à la sensori-motricité : odeur, vision, tactile. Il induit un transfert spécifique. Le médium est à tout le monde, utilisable pour la symbolisation. Le patient doit le conquérir et se l'approprier.

³⁷ Donald Woods WINNICOTT, *Jeu et Réalité*, éd. Folio.

³⁸ Guy GIMENEZ «Objet de relation et gestion du lien contre transférentiel avec une patiente hallucinée : les couleurs d'une rencontre », Actes des journées d'Etudes du COR : Objet et contre transferts, Arles, hôpital Joseph-Imbert, 1995, p.61.

³⁹ Anne BRUN, « *les médiations thérapeutiques* », éd. Erès, 2011.

2.2.5.2 *Le cadre de la médiation.*

En plus de son aspect contenant et protecteur, ce dispositif installe aussi une vision d'ouverture et de champ des possibles. Le dispositif « se doit d'être pensé et interrogé pour qu'il garde sa fonction soignante »⁴⁰. Le cadre est souvent défini comme le possible et l'interdit. Le cadre thérapeutique est une position psychique et physique permettant la rencontre. Didier ANZIEU compare le cadre thérapeutique à un contenant maternel, enveloppe protectrice, élaborée et garantie par le thérapeute. Le cadre a le rôle « d'une seconde peau psychique, les pensées du sujet peuvent se déployer ». Contenant et contenu sont étroitement liés : le cadre influe sur la qualité de la relation.

Le cadre thérapeutique évoque les conditions matérielles : lieu, durée, horaires... Le cadre est ferme et souple à la fois, interface vivante qui consiste en un lieu, un temps, des rythmes, des repères, des règles, des objectifs, des seuils et des personnages. Tout cela donne vie au cadre. « Le cadre, c'est avant tout dans l'esprit des opérants du soin qu'il réside⁴¹ ».

2.2.5.3 *Les qualités du thérapeute.*

Il accueille, écoute et repère les éléments cliniques. Il est le présentateur du médium : il n'est pas le médium. Il est garant du cadre et de son utilisation symbolique. Ses interventions sont destinées à optimiser l'utilisation du dispositif et du médium pour favoriser le travail de symbolisation. Il ne fait pas d'interprétations « sauvages » de contenu, qui installeraient des résistances à la symbolisation.

2.2.6 *L'intérêt de la médiation.*

Bernard CHOUVIER⁴² s'interroge sur le statut du médiateur, tout le long de la médiation : que peut-on en attendre ? Où opère le médiateur ? Et pourquoi ? Qu'est ce qui est essentiellement actif ? Quelle mise en œuvre propre à cet objet est capable de révéler et de libérer ce noyau actif ?

2.2.6.1 *Objectifs.*

Les enjeux sont l'activation des processus de passage du registre perceptif et sensori-moteur au figurable : mettre en forme l'infigurable, ce qui n'était préalablement ni

⁴⁰ « Les médiations », dans *Revue santé mentale*, novembre 2002.

⁴¹ Paul Claude RACAMIER, *L'esprit des soins - le cadre*, éd. Les Editions du Collège, 2001.

⁴² Bernard CHOUVIER, *Les processus psychiques de la médiation*, éd. Dunod, 2002.

représenté, ni symbolisé. La signification se donne avec la forme et ne peut être traduite dans un autre langage. L'engagement d'un travail thérapeutique avec des patients favorise et facilite le lien en s'appuyant sur un tiers médiateur.

2.2.6.2 *Plusieurs dimensions de la médiation.*

La médiation a un effet cathartique : c'est une décharge, on met hors de soi afin de s'extérioriser, se projeter. Elle a aussi une fonction signifiante : lors de ces activités sensori-motrices associées à la pensée, « il se joue des choses, pas toujours recherchées... »⁴³ et pas toujours attendues (!). La médiation a une dimension relationnelle. Lors de la médiation, « l'animateur accepte d'être malléable pour qu'il existe du transitionnel. C'est l'idée d'un « effet réparateur » : la médiation est une restauration de soi-même (positif de soi) »⁴⁴.

L'objet de la relation garde la trace de l'histoire de la rencontre : le processus qui émerge lors de cette médiation s'inscrit et ne se perd pas. C'est un « lieu de dépôt d'un impensé »⁴⁵. Guy GIMENEZ complète ces dimensions avec celle de pare-excitation qui « filtre la violence fondamentale sous-jacente à toute rencontre », permettant au patient et au soignant de se « pare-exciter réciproquement ».

2.3 LE SERVICE CULTURE ET COMMUNICATION.

Comme l'école intégrée à l'hôpital, ce service participe à une dynamique de transversalité.

En 1999, une première convention est signée entre le Ministère de la Santé et le Ministère de la Culture invitant à une politique commune d'accès à la culture pour tous les publics en milieu hospitalier. L'objectif est de promouvoir une politique de la santé qui prenne en compte toutes les dimensions de la personne. Une nouvelle convention en 2010, dans le prolongement de la précédente, réaffirme l'importance d'une action interministérielle en matière de culture et de développement de celle-ci. Cette politique s'inscrit dans la perspective de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Une vie culturelle réduit l'isolement du malade et participe au respect du patient en

⁴³ Christian MILLE, Professeur chargé d'enseignement à l'Université d'AMIENS, pédopsychiatre. « Médiations thérapeutiques et soin », Journées SPFDEA, le 23 novembre 2012.

⁴⁴ Ibid.

⁴⁵ Guy GIMENEZ, dans *Les processus psychiques de la médiation*, Bernard CHOUVIER, éd. Dunod, 2012, p.95.

maintenant un lien avec la cité. La prise en compte de la culture, facteur d'identité du patient, vecteur de valorisation personnelle, professionnelle et sociale, est considérée comme une contribution à la politique de santé qui accorde une nouvelle place à l'utilisateur. De même une action culturelle au sein des établissements de santé améliore l'inscription des établissements dans la cité. Personnes hospitalisées, familles, professionnels de santé : tous sont concernés. Cette convention favorise les liens avec l'ensemble des professionnels de la culture et de la santé, ainsi que les entreprises engagées dans le mécénat culturel. Les collectivités territoriales sont invitées à devenir partenaires de ce dispositif. Ces allers et retours entre hôpital et la cité participent à l'inscription du patient comme étant au centre du dispositif.

Cette Commission Culture a initié un mouvement de transversalité entre les équipes, les patients et les pôles : elle est au carrefour du maillage institutionnel et a beaucoup œuvré pour le partage de médiations en faisant intervenir des artistes, intervenants culturels, mixant les équipes, les patients, avec beaucoup de ténacité.

Déjà, ont été repérés et répertoriés les espaces partagés, ainsi que la planification des salles : gymnase, salle activité manuelle, bibliothèque patients, et de la même façon les salles de réunion.

Aujourd'hui, le responsable de cette Commission est complètement concerné par mon projet managérial. Il a rappelé sur un des volets du projet Culturel du Projet d'Etablissement le besoin de la création d'Espaces de Thérapies Médiatisées Mutualisées. Il est donc particulièrement attentif à l'avancement du projet, et se tient disponible pour toute collaboration, notamment lors de la phase de communication du projet tout le long de son processus: réunions, communications dans le journal, gestion sur l'intranet des dossiers partagés pour l'utilisation de formulaires, de réservations de salles et organisation d'une journée d'information.

2.4 COORDINATION et MUTUALISATION.

Le dictionnaire le Petit Robert⁴⁶, définit le terme « mutualiser » : il a pour origine le sens de « rendre la pareille ». Le mot mutualisme est un terme de zoologie décrivant l'association de deux animaux d'espèces différentes qui retirent des bénéfices réciproques

⁴⁶ Le nouveau Petit Robert de la langue française, sous la direction de Josette REY-DEBOVE et Alain REY, 2009. Paris

de cette union, sans vivre au dépend l'un de l'autre.

Mutualiser implique une association et donc une coordination obligée. Mutualiser, c'est regrouper des moyens, des savoirs et savoir-faire : cela évoque une mise en commun, le partage, le lien, voire la convivialité mais peut aussi renvoyer, en fond d'écran, à une restriction de moyens et de ce fait effrayer les partenaires éventuels.

La postmodernité s'est caractérisée par l'accélération du temps et la multiplication des échanges⁴⁷. Les sociétés deviennent ouvertes (mondialisation), le mode d'organisation privilégie la réactivité, l'immédiateté, la réponse à l'urgence, l'instantanéité, la transparence et répond à un impératif de communication. Ce nouveau rapport au temps et à l'espace favorise les échanges et le métissage, mais renforce les craintes identitaires et les replis communautaires. Cette circulation, que peut induire un mouvement de coordination, ne doit pas être privée « de son sens humain de parcours symbolique, le réduisant à une agitation, ... symptôme du malaise post-moderne »⁴⁸.

La coordination du travail en organisation répond à une « exigence de convergence, de mise en cohérence ... il importe que le travail de chacun s'articule, s'harmonise, s'intègre avec celui des autres pour aboutir à un résultat commun »⁴⁹. Henry MINTZBERG décrit cinq configurations organisationnelles en fonction de variables déterminantes qui sont la conception de la structure, les facteurs de contingence, les buts et le pouvoir. La structure des équipes de soins se réfère plus à une « configuration organisationnelle professionnelle ». Le mot-clé « professionnelle » indique que le personnel de ces organisations est très qualifié. L'organisation dans la santé est le plus souvent structurée sur les compétences de ses opérateurs, qui les perfectionnent continuellement.

L'expression du besoin de coordination émerge de toute part : de l'Etat, des organisations, des usagers... des réformes (Plan Alzheimer, cancer) apparaissent pour répondre à un besoin croissant. Deux champs d'activités se dégagent⁵⁰ : l'accompagnement des personnes, notamment en situation complexe comme les pathologies chroniques, et l'accompagnement du changement à l'intérieur des établissements sanitaires et médico-sociaux et au sein des territoires.

⁴⁷ Monique CASTILLO, *La modernité contre elle-même*, Séminaire du 2/10/2013, MTMOS 2013-2014.

⁴⁸ « Espaces de mobilité, espaces de liberté », 4^{ème} congrès national des équipes mobiles de psychiatrie, Bourges, 14-15/11/2013.

⁴⁹ Jean NIZET-François PICHHAULT, *La coordination du travail dans les organisations*, éd. Dunod, 2012, p.7-19.

⁵⁰ MA.BLOCH et L.HENAUT, *Coordination et parcours*, Paris, éd DUNOD, 2014, p.20.

« A l'heure où le nombre de personnes en besoin d'aide à l'autonomie ne cesse d'augmenter, un des enjeux majeurs des systèmes de santé est de garantir la continuité et la cohérence des soins et des accompagnements apportés à ces personnes, que ce soit pour les personnes âgées dépendantes, pour les personnes handicapées ou pour les personnes atteintes de maladies chroniques invalidantes. »⁵¹

Cette coordination dans le monde du soin dont le besoin se révèle actuellement nécessaire pose problème à différents paliers: pour l'utilisateur, sa famille, les aidants qui sont confrontés à une offre difficilement repérable car éclatée, qui participe à la discontinuité du parcours du soin, entraînant soit des répétitions superflues d'actes de soins, soit des manques dans les soins. Elle pose problème aussi aux professionnels qui ont des difficultés de coopération par « manque d'outils communs et de culture commune »⁵² aggravée par une spécialisation croissante ayant pour effet de cloisonner. S'ajoutent encore des modalités de financement morcelées, pas toujours en adéquation avec les besoins, parfois aléatoires car non pérenne. Un dernier problème est la grande diversité de structures, ayant le soutien des pouvoirs publics, dont l'efficacité reste à prouver du fait du manque de lisibilité de leur activité.

Face à ces constats, comment permettre aux professionnels de coopérer dans des conditions de sécurité, de qualité et d'efficacité économique en croisant les compétences et en articulant au mieux les soins dispensés sur le parcours du patient ? Les tentatives de création de dispositifs de coordination restent encore à améliorer à ce jour.

On a pu voir émerger des volontés de création de dispositifs de coordination qui n'ont pas toujours abouti : l'étude réalisée pour la Fondation Paul Bennetot interroge sur le repérage des facteurs de succès pour la mise en place d'une coordination du soin pérenne, impliquant les organisations et les professionnels, qui puisse améliorer le parcours des personnes en besoin d'aide à l'autonomie et leur prise en charge. Un des dysfonctionnements repéré serait le manque d'apprentissage organisationnel. Les attentes se sont reportées en partie vis-à-vis de professionnels tout ou partie dédiés à la coordination, en créant de nouvelles dynamiques professionnelles se traduisant par

⁵¹ Marie-Aline BLOCH, Léonie HENAUT, Jean-Claude SARDAS, Sébastien GAND, « La coordination dans le champ sanitaire et médico-social », Etude réalisée par le Centre de Gestion Scientifique de Mines-Paris Tech pour la Fondation Paul Bennetot sous l'égide de la Fondation de l'Avenir, 2011.

⁵²Ibid.

l'évolution des activités assurées par ces professionnels, les recompositions opérées dans la division du travail entre les différents types professionnels, des nouveaux enjeux d'identité et de pouvoir en identifiant les potentialités et les limites de ces fonctions portées par des professionnels pour l'amélioration de la prise en charge des personnes .

2.5 LE PARCOURS PATIENT.

Après la publication de leur ouvrage *Coordination et parcours*⁵³, Marie-Aline BLOCH et Léonie HENAUT sont favorablement surprises par le nombre d'espaces de débats, de rapports, d'ouvrages concernant leur sujet, et le nombre d'instances mobilisées.

2.5.1 Le parcours de soin.

L'étymologie du mot « parcours » peut nous éclairer : c'est au XIII^e siècle le « droit appartenant aux habitants de deux communes de faire paître leurs bestiaux sur les vaines pâtures des deux communes⁵⁴ ». Dans la définition du Littré, le parcours est un terme de féodalité : « c'est le droit de parcours et entre-cours, traité que faisaient des seigneurs voisins, en vertu duquel les vassaux libres pouvaient passer d'une seigneurie à une autre sans crainte d'être asservis ».

La notion de parcours dans la santé est introduite officiellement par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. D'un souci de structuration des soins de premiers recours, de rationalisation d'un « parcours de soin coordonné », dont le médecin traitant était la porte d'entrée, on a évolué vers un « parcours de santé ». Le but est de personnaliser la prise en charge dans une vision holistique du contexte de vie du patient, et ceci dans le temps. Actuellement, il est plus demandé une formalisation du parcours de santé, un repérage des différentes étapes que le patient peut suivre, accompagnée d'une analyse de leur efficacité.

Alain CORDIER, en 2012, chargé de la commission concernant le parcours de soins, considère que c'est par « la qualité du parcours de soins que nous parviendrons à surmonter le double défi de la chronicité et de l'endettement public ».⁵⁵

« De la coordination au parcours : un changement de paradigme »⁵⁶ : la notion de

⁵³ Marie-Aline BLOCH et Léonie HENAUT, *Coordination et parcours*, Paris, éd. Dunod, 2014.

⁵⁴ « *Coutumes du comté de Bourgogne* », Centre National de Ressources textuelles et Lexicales, 2012.

⁵⁵ Alain CORDIER, dans *Lettre HAS*, n°30, janvier-mars 2012.

⁵⁶ Marie-Aline BLOCH et Léonie HENAUT, *Coordination et parcours*, Paris, éd. Dunod, 2014.

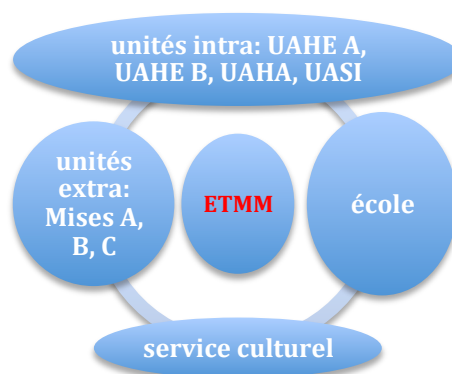
parcours de soin s'inscrit dans la nouvelle Stratégie Nationale de Santé : l'objectif est de fluidifier le parcours et de supprimer les ruptures de prises en charge dues aux cloisonnements du système de santé. De la recherche d'une mise en cohérence du soin, il s'agit désormais de prendre en compte les besoins des personnes pour adapter l'offre de soin. En mai 2012, l'H.A.S. publie des « guides de parcours de soin » pour optimiser les parcours : la qualité et l'efficacité du soin se croisent avec la préoccupation économique. Le parcours de soin est désormais une priorité majeure, en particulier pour les pathologies chroniques.

Le concept de parcours paraît évident. Cependant, dans sa mise en œuvre, il oppose apparemment deux fonctionnements : la nécessité de standardiser pour avoir des outils et un langage commun et la nécessité d'adaptation pour un accompagnement personnalisé, dans le souci du respect des particularités et des désirs de chacun.

Sur ce thème du parcours des personnes en situation de handicap psychique, il s'agit pour la H.A.S. de promouvoir la coopération entre les différents acteurs : les champs sanitaire, médico-social, social, éducatif, et de réinsertion professionnelle. Un premier travail sur les certificats destinés aux Maisons Départementales des Personnes Handicapées, mené avec la C.N.S.A.⁵⁷ et l'A.N.E.S.M.⁵⁸, doit proposer des réponses pratiques aux professionnels de santé.

2.5.2 Le parcours patient au centre hospitalier Théophile Roussel.

Sur le site du centre hospitalier Théophile Roussel, quatre entités sont concernées dans ce parcours du patient : l'Espace de Thérapies Médiatisées Mutualisées (E.T.M.M.) serait au cœur du circuit.

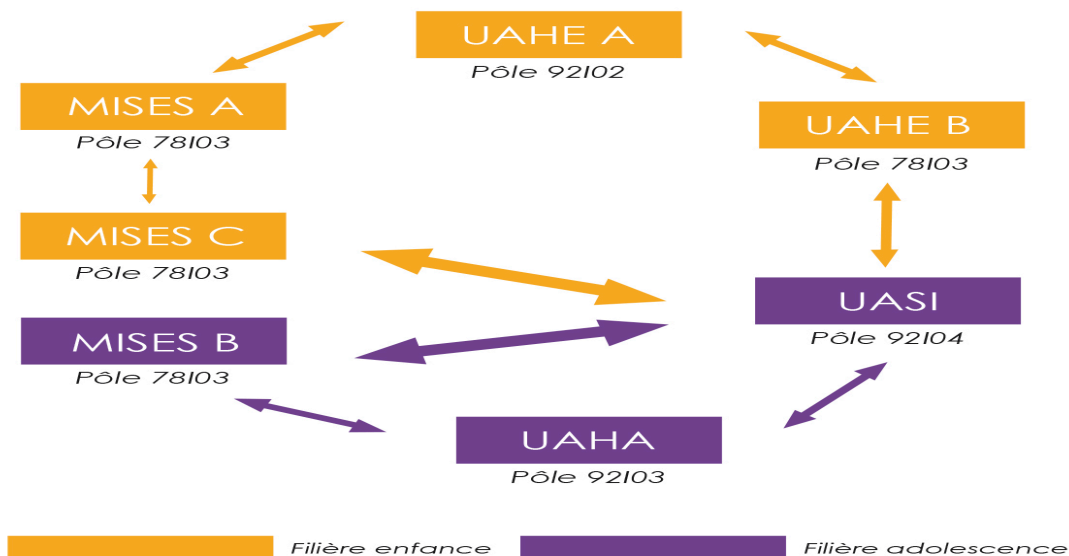


⁵⁷ C.N.S.A : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie.

⁵⁸ A.N.E.S.M. : Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux.

Sur le site, deux parcours s'entrecroisent : la filière enfance et la filière adolescence :

Parcours de la filière enfance et adolescence



Des tentatives et des actions ont déjà été mises en place pour favoriser ce parcours patient. Une Commission de Situations Complexes peut être interpellée dans les cas aigus, les plus difficiles : ceux qui nécessitent une coordination et la mobilisation de tous les acteurs du médicosocial, social, judiciaire. L'objectif du parcours patient serait d'utiliser ce dispositif de façon régulière pour éviter d'en arriver aux situations extrêmes créant une institutionnalisation des enfants et adolescents. Des tentatives de créations d'équipes mobiles ont échoué : dotées de peu d'effectif, elles ont été absorbées par l'activité intra hospitalière priorisée par l'encadrement.

Pourtant ces dispositifs font le lien entre le dehors et le dedans du parcours du patient et doivent être de nouveau promus. La difficulté de leur mise en place traduit encore les résistances à imaginer le patient au centre d'un dispositif et non pas « appartenant » à des unités.

2.6 LES COMPETENCES.

2.6.1 Les compétences spécifiques à la médiation.

En pédopsychiatrie, la pratique de médiation est partagée, mais les compétences sont inégales. La différence d'orientation des formations initiales explique ces disparités.

Le psychomotricien, l'ergothérapeute, l'orthophoniste, les éducateurs spécialisés ainsi que les éducateurs de jeunes enfants, lors de leur formation initiale, consacrent une large

part du programme aux médiations thérapeutiques, abordées en fonction de leurs spécificités professionnelles et donc de leurs objectifs thérapeutiques.

Les infirmiers, n'ayant plus de diplôme spécifique en psychiatrie depuis 1992, ont perdu la richesse d'une formation spécifique et n'ont plus de temps de formation sur la médiation. De la même façon, les aides-soignants ne bénéficient pas de formation sur les médiations en psychiatrie. La formation continue peut apporter sur des temps courts des apports théoriques. L'expérience, la transmission entre soignants, le travail en équipe et les supervisions, quand elles ont lieu, soutiennent les soignants impliqués dans une médiation spécifique.

Cependant, aucune évaluation véritable sur la médiation n'est réalisée. Le regard est porté essentiellement sur la relation mise en œuvre avec le patient et l'aspect éducatif est souvent prédominant du fait de l'âge du public concerné. L'aspect thérapeutique de la médiation en elle-même est peu exploité.

Les évolutions professionnelles font apparaître des manques : « Il manque un métier entre aide-soignant et infirmier », explique Xavier MARCHAND⁵⁹. Il s'agit « d'accompagner le changement par l'amélioration des compétences. Tout changement fait perdre de l'activité : il est préférable de passer par l'amélioration des compétences, et pas uniquement par le changement des structures ».

2.6.2 Développement Professionnel de Compétences (D.P.C.).

Il s'agit de garantir la valeur du service du soin annoncé. Aussi, afin de réduire l'exposition aux risques au niveau de l'Institution, il est nécessaire d'avoir une vision systémique de l'organisation du travail et de renforcer les savoir-faire en équipe, et de l'équipe. L'accompagnement au changement passe obligatoirement par l'amélioration des compétences.

Le D.P.C. permet d'apprendre à partir de l'activité et de situations de problèmes : l'analyse du travail questionne. Les deux tiers des Analyses de Pratiques Professionnelles partent des événements indésirables, des registres médicaux et de documents, traces de l'activité. En interrogeant à distance le travail, en s'appuyant sur des supports physiques puis en complétant par une acquisition des connaissances, on améliore sa pratique par la production d'une formalisation de son apprentissage. Par le suivi de l'amélioration des

⁵⁹ Xavier MARCHAND, cours LMD, MTMOS 2013-2014, 11 avril 2014.

pratiques, en se référant à des indicateurs, on est alors en moyen de transmettre, de se mettre en position de tutorer, après avoir été en position d'apprenant.

On sait que les réformes de la Formation Professionnelle Continue sont issues du constat que l'accès à la formation est inégal : ce sont les plus formés qui sont les plus demandeurs. Les personnes nécessitant le plus d'actions en bénéficient le moins.

L'article 59 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, a introduit dans le code de la santé publique la notion de Développement Professionnel Continu des professionnels de santé, désormais obligatoire pour les soignants depuis 2013. Afin d'élaborer les programmes de D.P.C. associant l'analyse des pratiques, les apports cognitifs et le suivi, il est nécessaire de choisir les orientations définies par l'H.A.S. et les méthodes et modalités validées.

Cinq objectifs sont décrits : évaluer les pratiques professionnelles, perfectionner les connaissances, améliorer la qualité et la sécurité des soins, prendre en compte les priorités de santé publique et agir pour la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

Dans tout programme D.P.C., le thème retenu doit s'inscrire dans une des six orientations nationales définies dans l'arrêté du 26 février 2013 : contribuer à l'amélioration de la prise en charge des patients, contribuer à l'amélioration de la relation entre professionnels de santé et patients, contribuer à l'implication des professionnels de santé dans la qualité et la sécurité des soins et la gestion des risques, contribuer à l'amélioration des relations entre professionnels et au travail en équipes pluri professionnelles, contribuer à l'amélioration de la santé environnementale, ou contribuer à la formation professionnelle continue.

« La culture compétence est une culture du raisonnement professionnel. Cela signifie qu'il faut comprendre le processus qu'un professionnel met en œuvre pour agir de façon pertinente, compétente et responsable, dans une situation qu'il doit gérer... C'est ce processus qu'il s'agit de connaître, de faciliter, de rendre possible, de conforter, de faire évoluer, et aussi d'évaluer ». ⁶⁰

D'un croisement de regards sur des expériences pratiques diversifiées et riches, éclairés d'apports théoriques issus de différentes disciplines et d'un mouvement créatif partagé, émerge un objet commun. Il naît alors un sentiment d'appropriation et d'appartenance communautaire.

⁶⁰ Christiane SICOT, responsable formation, cours MTMOS 2013-2014, 27/9/2013.

Sur le centre hospitalier, le projet est que les soignants volontaires, ayant la pratique des médiations dans les unités, se réunissent pour partager leurs expériences sur les différentes situations de travail et se questionnent mutuellement. En s'appuyant sur la notion d'opérateur collectif, notion décrite par Richard WITTORSKI⁶¹, un travail collectif est favorisé par la mise en place de groupes de travail dans une démarche de processus collectif. L'auteur étudie comment l'analyse du travail « par et dans les groupes d'opérateurs », génère une « production de compétences collectives susceptible d'accompagner le changement » de l'individu au collectif, puis dans l'organisation.

La démarche constructiviste, socio-constructiviste permet au groupe d'avancer ensemble, pas à pas, et de se recréer des représentations partagées, un langage commun, le travail se transformant en même temps que les soignants : tout changement est un apprentissage. Ainsi, chaque soignant retrouve dans cette dynamique une identité socio-professionnelle, résultat d'une destruction/restructuration des représentations, grâce à un dispositif de formation innovante initiant ce que pourrait être la mise en place d'un D.P.C., souhaité par les équipes. La formalisation des pratiques, traduction de l'émergence d'un « objet commun » sera l'aboutissement d'une création commune soutenue par une culture commune, partagée et vivante, élaborée à l'occasion de la mise en place d'un Développement Professionnel Continu (D.P.C.).

2.7 COOPERATION.

La coopération est l'aspect opérationnel de la coordination qui en est la dimension managériale.

Pour Christophe DEJOURS⁶², ex-psychiatre et psychanalyste, le travail implique le collectif et « le rapport à autrui », et donc la question de la coopération. Pour l'auteur, la coopération diffère de la coordination, car elle exige « un remaniement consensuel de l'organisation prescrite », nécessitant une relation de confiance. Il s'agit bien de la problématique et du paysage de la psychiatrie : un décalage entre l'organisation du travail prescrit, dénommé coordination et l'organisation du travail effective ou coopération. Christophe DEJOURS considère que la coordination est un outil de pouvoir et de domination,

⁶¹ Richard WITTORSKI, « Analyse du travail et production de compétences collectives dans un contexte de changement organisationnel », dans *Education permanente*, n°118, 1994, p. 65-85.

⁶² Christophe DEJOURS, « Le soin en psychiatrie entre souffrance et plaisir », dans *Le souci de l'humain : un déficit pour la psychiatrie*, Colette CHILAND, Clément BONNET, Alain BRACONNIER (dir.), éd Erès, 2010.

car elle invite à la division des tâches, limite les rôles et les fonctions, contrairement à la coopération qui incite à travailler ensemble, en remaniant les tâches, réinventant les règles « admises et respectées par tous » pour une meilleure adéquation du travail.

Parler de coordination oblige donc à évoquer la dynamique des coopérations, mouvement émergeant, bouleversant l'évolution des pratiques soignantes.

Trois modalités de coopération sont à distinguer. On parle de coopérations institutionnelles qui regroupent des entités juridiques. On a aussi les coopérations intra institutionnelles du centre hospitalier qui réinterrogent le dispositif «un secteur, un pôle » : cette dynamique de coopération est un véritable enjeu de la direction du centre hospitalier. Il existe enfin les coopérations professionnelles, qui se réfèrent à l'article 51, et visent les « transferts de compétences », plus justement dénommés les « pratiques avancées », les « nouveaux métiers ».

Le projet managérial aborde la coopération intra hospitalière entre les pôles et les coopérations entre professionnels de santé. Ces dernières sont actuellement mises en place de façon informelle, mais nécessitent d'être, à mon sens, repérées et formalisées. La valorisation et la validation des acquis gagneraient à être véritablement reconnues : l'attractivité et l'évolution de carrière serait un levier managérial, motivant l'engagement des professionnels par la légitimation de leurs compétences.

2.7.1 Cadre juridique : l'article 51.

L'article 51 de la loi H.P.S.T. apparait comme un moyen de mettre en application les idées développées dans les différents rapports qui se succèdent depuis dix ans et dont la mise en œuvre était restée trop limitée. Il existe pourtant une réelle volonté de certains professionnels de santé de s'impliquer dans ces coopérations.

La loi H.P.S.T. du 21 juillet 2009 autorise par l'article 51 « les professionnels de santé à s'engager dans une démarche de coopération ayant pour objet de transférer, entre eux, des activités ou des actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès des patients »⁶³.

Des initiatives locales établissent des protocoles de coopération transmis à l'ARS. Celle-ci vérifie la cohérence du projet avec le besoin de santé régional, et le soumet à la HAS qui vérifie que ces protocoles apportent une garantie de qualité et sécurité des soins aux

⁶³ H.A.S., « Coopération entre professionnels de santé, conditions de succès et retour sur les expérimentations de 2004 à 2007 » Juillet 2010.

patients. L'ARS autorise alors ou non, par arrêté, la mise en œuvre de ces protocoles⁶⁴.

2.7.2 Le contexte actuel.

L'évolution des formes de prises en charge des malades et une nouvelle répartition des rôles entre professionnels de santé incitent à déroger aux règles de compétences qui s'imposent : les coopérations entre professionnels de santé recouvrent une réalité plus vaste que le cadre de ce seul article 51. Des aménagements ont été mis en place par les professionnels de santé dans le monde hospitalier, et se sont développés en dehors de tout encadrement juridique.

Deux sénateurs, Catherine GENISSON et Alain MILON, auteurs d'un rapport d'information sur la coopération entre professionnels de santé en janvier 2014, prônent la création de professions intermédiaires et jugent intéressante la création d'une profession d'infirmier clinicien⁶⁵. Catherine GENISSON a estimé que les expérimentations précédentes sur les coopérations entre professionnels révélaient « en creux les imperfections de l'organisation actuelle et les marges d'amélioration ». Elle dénonce une organisation autour du « monopole médical », « hiérarchie cloisonnée et rigide », qui a pour conséquence « une faible continuité » entre les compétences et les niveaux de responsabilité des médecins et professionnels de santé. Elle souligne un vide dans la chaîne des compétences en matière de soins.

En réponse, plusieurs séries de propositions sont faites pour valoriser l'ensemble des professions de santé et améliorer la qualité des soins : Catherine GENISSON préconise la stabilisation des « compétences dévolues aux métiers socles, c'est-à-dire aux professions actuellement existantes tout en ajustant et validant certaines pratiques constatées sur le terrain ». Elle appelle aussi à s'engager résolument sur la voie de la création de professions intermédiaires. La mise en place de tels métiers devrait prioritairement passer par une élévation du niveau de compétence des professions socles et la définition de pratiques avancées. La profession d'infirmier clinicien constitue une piste intéressante, ce qu'avait confirmé la ministre des affaires sociales et de la santé, Marisol TOURAINE, lors du Salon Infirmier en octobre 2013.

⁶⁴ Santé.gouv.fr

⁶⁵ « Professionnels de santé et coopération: la profession d'infirmier clinicien, une piste intéressante (rapport sénatorial) », dans *Revue APM*, 4/2/2014.

2.7.3 Développer des coopérations au service de la gradation des soins.

Les objectifs concernant les coopérations suivent différents axes : la fluidité des prises en charge, le maillage territorial, l'organisation de recours au niveau territorial et régional de l'offre de soin, et l'optimisation de l'organisation de l'offre de soin en général.

Dans le Pacte de Confiance⁶⁶, afin de rétablir un service public hospitalier, il est notifié la nécessité de repositionner les acteurs. L'idée est de renforcer les liens sanitaires et médico sociaux, d'accompagner et associer les actions de coopération en favorisant le parcours du patient en partant des initiatives des professionnels. Ce qui est visé, c'est essentiellement la valorisation de la qualité et la pertinence des prises en charge et des parcours, plutôt que la quantité d'activité produite. Il s'agit « de rétablir la confiance perdue avec la loi H.P.S.T. par un rétablissement d'une gouvernance équilibrée, de bonne taille, avec un management adapté au service public, couplé d'un dialogue social authentique.⁶⁷ » Il est nécessaire de conforter avec l'Etat, donc l'A.R.S, des relations basées sur la confiance en créant des contrats, des coopérations et des relations avec le Directeur Général de l'A.R.S.

La Stratégie Nationale de Santé, après le Pacte de Confiance, dans sa feuille de route de septembre 2013, confirme la volonté politique de promouvoir le développement de nouveaux métiers et compétences.

Les nouvelles orientations de politique de santé favorisent les coordonnateurs de soins et remettent en question la tendance à l'« hospitalo centrisme ». Ce changement de conception, cependant, n'efface pas l'importance de l'hôpital, notamment pour l'intérêt de la recherche en termes d'enjeux économiques.

Il est nécessaire de « mutualiser, mais pas dans un modèle unique : créons des conditions de coordination sans qu'il y ait redondance. Désormais, le parcours de soin et la Stratégie Nationale de Santé sont deux maîtres mots »⁶⁸. Déjà des formules se créent pour l'accompagnement coordonné des patients : case management, care management (similaire aux infirmiers en psychiatrie), gestionnaires de cas, etc. Il est intéressant de se référer à l'exemple récent et prometteur de la dynamique d'appropriation par les A.R.S. du dispositif Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des maladies d'Alzheimer (M.A.I.A.). Il est confirmé dans une enquête⁶⁹ menée en 2012 que « le dispositif a été inscrit dans

⁶⁶ Rapport d'Edouard COUTY en mars 2013.

⁶⁷ Dominique LETOURNEAU, « Dépasser la loi HPST », cours MTMOS 2013-2014 du 12/2/2014.

⁶⁸ Ibid.

⁶⁹ Lydie WATREMETZ, « La dynamique d'appropriation par les ARS du dispositif Maia », dans *Hospimedia, Politique de santé*, 12/3/14.

les Schémas Régionaux d'Organisation Médico-Sociale (S.R.O.M.S.) comme une méthode en soi pour atteindre l'objectif de continuité des parcours des personnes âgées.

2.7.4 Coopérations professionnelles.

Seuls les médecins et les soignants paramédicaux sont juridiquement concernés par les coopérations professionnelles. Or, « il n'y a pas de coordination si il n'y a pas de coopération, juridique et informelle⁷⁰ ».

En effet, actuellement ces coopérations répondent à plusieurs besoins, dont la démographie médicale, les nouvelles technologies, la complexification des prises en charge et le vieillissement de la population. L'enjeu de cette démarche est de permettre aux professionnels d'optimiser leur plus value et de favoriser des nouveaux métiers complémentaires. Cette dynamique part le plus souvent d'un besoin du terrain, auquel a répondu une pratique aménagée, « avancée », sous forme de coopération originale, « réponse opportune. Cette pratique est soumise à l'approbation de l'H.A.S. qui valide et la rend applicable. Cette évolution entraîne un repositionnement des acteurs et propose une véritable valeur ajoutée.

Le Professeur BERLAND, corédacteur avec le député Laurent HENART et Danièle CADET du récent rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire, s'intéresse aux « nouveaux métiers » qui s'appuient sur des « métiers socles » existants, avec de nouveaux rôles, de nouvelles fonctions dans les métiers, et de nouvelles missions. L'idée est de mieux répartir les tâches entre les différents acteurs de santé devant la nécessité, d'aller vers la délégation de tâches, les transferts de compétences et la coopération entre les différents acteurs de santé. Les expérimentations ont été menées en donnant des missions médicales à des personnels paramédicaux. L'H.A.S. et l'Observatoire de la Démographie des Professions de Santé en ont dégagé des recommandations qui ont fait l'objet, en 2009, de l'article 51 de la loi H.P.S.T. portant sur les coopérations entre professionnels de santé. Laurent HENART insiste sur « la nécessité de réfléchir à la création de nouveaux métiers qui pourraient donner plus de clarté à la coopération entre soignants, vis-à-vis des patients ».

Ces coopérations touchent les organisations et les relations entre professions. Elles provoquent inévitablement des résistances de la part des différents pouvoirs. Plutôt que de « transfert de compétences » qui nécessiterait en droit de revoir en profondeur les

⁷⁰ Dominique LETOURNEAU, «Transfert de compétences en médecine», cours MTMOS 2013-2014 du 14/3/2014.

compétences, on parlera de « pratiques avancées », notion qui émerge mais n'est pas encore véritablement légiférée et stabilisée.

Il s'agirait d'être « habilité » à dispenser des soins experts dans un domaine, propose Xavier MARCHAND⁷¹. En évoquant le manque de certains métiers et leur évolution, il imagine, comme étant de « la science fiction » mais allant devenir certainement une réalité, la possibilité de « labélisation » et de « mini-habilitation » professionnelles, accompagnées par des D.P.C. Cette évolution semble inexorable : déjà, « les Masters d'Infirmiers existent et les pratiques avancées aussi », confirme-t-il. L'Association Nationale pour la Formation du personnel Hospitalier, très connue dans les hôpitaux et agréée par le ministère de la santé, propose dans son programme régional 2012 en île de France deux journées sur le thème « Nouvelle coopération entre les professionnels de santé et mise en œuvre » : l'idée est d'encourager les démarches de coopération et de savoir démontrer son intérêt. Le but est d'inscrire son action en complémentarité avec celle des autres professionnels de santé et du secteur social composant l'équipe interdisciplinaire.

Les besoins de santé toujours croissants et certaines spécialités se développant, il est nécessaire de rester vigilant sur les besoins de la population afin d'avoir une gestion des personnels soignants cohérente. La démarche prospective concernant les métiers consiste à déceler les besoins des populations, et à définir des champs sanitaires nécessitant des métiers et des compétences. Viennent ensuite les formations et les diplômes correspondants. Un tronc commun pourrait être envisagé. Ces nouvelles fonctions de coordination et coopérations doivent amener à penser de nouvelles modalités de rémunération, reconnaissances financières légitimes, avec de nouveaux modes d'exercices plus partagés.

2.7.5 Expérimentation de l'H.A.S.

Suite aux missions confiées au Pr Yvon BERLAND, en 2002 et 2003, le Ministre de la santé a annoncé le lancement de projets expérimentaux de « nouvelles formes de coopérations », favorisant l'émergence de « pratiques dérogatoires, activités se situant hors champ de compétences réglementaires ». Déjà certains ont été réalisés. Ces réorganisations du processus de travail concernent pour le moment les collaborations médecins et soignants paramédicaux. C'est l'amélioration de la qualité des soins qui est recherchée en premier lieu,

⁷¹ Xavier MARCHAND, cours LMD, MTMOS 2013-2014, 11/4/2014.

sachant que les dépenses, notamment en formation, ne généreront pas de façon immédiate des économies. Cependant, l'évolution des pratiques participera à l'évolution des métiers et à l'attractivité des professions. La reconnaissance de l'évolution des compétences offre des possibilités de mouvement de carrière, s'appuyant sur une reconnaissance de compétences rémunérées.

2.7.6 Procédures A.R.S. et H.A.S.

Un guide méthodologique a été produit par l'H.A.S. pour accompagner les candidats à la coopération. Des conditions sont indispensables pour créer un protocole de coopération: penser la coopération, rédiger le protocole de coopération ou adhérer à un protocole de coopération autorisé par l'A.R.S., c'est à dire créer ou reprendre un protocole existant, déjà validé, avec un suivi obligatoire d'indicateurs. Tout ceci dans un certain contexte : la nécessité d'assurer des prises en charges efficaces, de favoriser l'accès au soin et une diversité de l'offre pour une meilleure qualité et sécurité des soins. Cette démarche de coopération répond au souhait des professionnels de faire évoluer et valider leurs compétences, leur cadre d'exercice et leur demande de reconnaissance.

Les enjeux de ces protocoles sont une prise en charge et un parcours de soin optimisés par une coordination performante, une mutation de l'exercice professionnel et l'extension des champs d'intervention des pratiques professionnelles des paramédicaux. Les objectifs des protocoles sont vérifiés par l'H.A.S., pour une efficacité de la prise en charge, « au moins équivalente » de celle habituelle, un accès au soin de qualité et une maîtrise des risques inhérents à cette nouvelle prise en charge.

Ces nouveaux modes d'exercices partagés réorganisent la prise en charge, et entraînent, inexorablement, une évolution vers de « nouveaux métiers ».

2.7.7 Des enjeux financiers.

Dans l'actualité des territoires de santé, l'édition quotidienne *Hospimedia*⁷², au sujet des politiques de Santé, s'interroge : « Les divergences sur la rémunération de la coordination des soins primaires sont loin de s'estomper ». C'est par les professionnels libéraux que la question arrive et différentes propositions sont faites : le paiement à l'acte

⁷² Dans *Hospimedia* du 26/2/14.

ou au forfait, avec l'idée que l'acte de coordination soit rémunéré en sus aux professionnels de santé. Le président de l'Union Nationale des Professionnels de Santé souhaite également voir reproduit le modèle de Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (R.O.S.P.) « avec mise en place de protocoles de prise en charge incluant les étapes de la coordination ».

Ce point d'ombre et d'incertitude est un frein au développement des coopérations.

2.7.8 La coopération sur le centre hospitalier Théophile Roussel.

La filière de soin infanto juvénile, en incitant les différents pôles à coopérer, organise autour du patient une succession d'interventions médicales et paramédicales. Le centre hospitalier Théophile Roussel propose diverses modalités d'hospitalisation: temps plein, de semaine, de jour, de nuit, consultation, soins somatiques.

Cette restructuration a introduit un principe de coopération entre pôles, avec comme outil la Coordination de Filière, d'où émane mon projet managérial. Le Directeur, lors d'un entretien, m'a confirmé que la mission principale de la Coordination de Filière est d'assurer l'installation d'un parcours patient fluide et lisible. La coopération entre professionnels n'a été abordée que dans un second temps et n'est pas apparue comme un enjeu primordial pour la direction.

En effet, la première idée de la direction était de confier aux seuls rééducateurs (ergothérapeutes, psychomotriciens et orthophonistes) la référence et l'expertise de ces médiations dans le cadre d'une supervision directe s'appuyant sur la standardisation des qualifications et annulant les compétences des autres soignants (infirmiers, aides-soignants, éducateurs), acquises par une longue expérience. Cette configuration aurait pu dégager les autres soignants pour les rendre plus disponibles dans les unités. Or, seuls 4,5 ETP rééducateurs sont sur le site pour 60 ETP soignants, pratiquant régulièrement des médiations thérapeutiques.

Lors de la réunion du Groupe Efficience, l'annonce de ces résultats a surpris tout le monde. Les rééducateurs, de par leur grande présence dans l'accompagnement réflexif des médiations sont particulièrement reconnus dans les équipes, ce qui justifiait la demande de l'encadrement de s'adresser à ces rééducateurs en premier lieu dans la construction de mon projet. Cependant leur présence, physique, « réelle » est faible. Les rééducateurs, ayant peu de temps disponible, interviennent essentiellement lors des temps de réunion et de réflexion pour apporter et transmettre leur expertise : leurs actes sont peu nombreux. Un cadre supérieur, nouvellement arrivé, se montrait choqué de cette disproportion entre

temps de réunion et temps d'actes techniques pour les rééducateurs. Il me semble, en fait, que cette délégation, véritable coopération, est déjà agie et non formalisée sur les unités, depuis longtemps.

Dans la mesure où les chefs de pôles ont insisté sur le besoin de la présence des rééducateurs sur l'ambulatorio, l'option retenue a été de valoriser les compétences des soignants et de mettre en place des Formations Professionnelles Continues plutôt que de demander aux rééducateurs plus de disponibilité sur le site.

Pour s'assurer d'une réussite du projet de coopération, il sera nécessaire de se fixer un objectif réaliste en portant une attention particulière aux identités professionnelles de chacun. Un profil de poste sera demandé aux acteurs. Dans une démarche collective et d'appropriation, on formalisera le projet sous forme de protocole. La mise en commun d'outils et de protocoles facilitera la communication et l'information. Le contexte institutionnel se doit d'être porteur, un cadrage dans le temps donne une crédibilité. La motivation des acteurs, une confiance partagée et soutenue par l'accompagnement du D.P.C. et d'experts. Une démarche réflexive et d'évaluation et d'ajustement accompagnera cette construction tout le long de son processus et de son suivi, dans une démarche qualité, processus d'accompagnement d'amélioration de la sécurité, de l'impact sur le patient et à plus long terme économique.

3 LE PROJET MANAGERIAL.

Mon projet managérial concerne les unités qui se situent sur le site du centre hospitalier Théophile Roussel. Il s'adresse donc aux structures impliquées dans les réunions de la Coordination de Filières infanto juvéniles : les unités intra hospitalières. Trois unités enfant de jour installées sur le site se joindront au projet afin que les enfants en bénéficient du fait de leur proximité. Les autres unités ambulatoires sont trop éloignées du fait du large périmètre des territoires : mais le projet est bien, dans un temps futur, d'associer l'intra hospitalier à l'ambulatoire.

3.1 CE QUI A MOTIVE LE PROJET.

Sous l'incitation de la direction du centre hospitalier Théophile Roussel, la restructuration est donc décidée et déclenchée en 2011, dans un souci d'efficience et d'une meilleure adéquation de l'offre de soin aux besoins.

Les équipes, les patients et les pôles sont séparés et fusionnés dans un climat social houleux dû à la rapidité de sa mise en place et la quasi non-concertation des équipes. Les « cultures » de soin des pôles, identifiées très fortement aux orientations et à la personnalité des chefs de pôles ont été véritablement mises à mal, processus qui s'est répercuté sur les patients et les équipes : violences et accidents du travail dénoncés par le C.H.S.C.T.⁷³ dans les instances. Des Espaces de Thérapies Médiatisées Mutualisées ont été prévus dans le plan de la restructuration et ce projet est inscrit dans le Projet d'Etablissement. Le volet Culture insiste sur l'intérêt de ce projet. Il s'inscrit dans la continuité de la restructuration, toujours dans une logique d'efficience.

3.1.1 Une demande des équipes.

Ce projet est le seul souhait émis par les soignants lors de la restructuration qui a été entendu et planifié par la direction. Aussi, sa réalisation est un véritable enjeu managérial. Intégrer la hiérarchie a été nécessaire afin qu'elle s'approprie le projet.

Des lieux tiers, des personnes tiers, des locaux, du matériel et la mutualisation de

⁷³ Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail.

compétences sont les demandes émergentes : les équipes ayant été « éclatées », des (re) liens entre équipes et soignants sont souhaités. L'expérience de la transversalité est moins menaçante.

3.1.2 Une filière enfance et adolescence à affermir.

La notion de filière enfance et adolescence n'est pas encore totalement intégrée : la dissolution de la Commission d'Admission, dispositif inter pôles chargé de fluidifier le parcours des soins et créé par la coordination de filière, témoigne de ces difficultés.

De nombreux patients dits « lourds » sont considérés par les équipes comme de mauvais objets et s'institutionnalisent, faute de perspectives et d'orientations. Aucune unité ne se prête à des relais séquentiels. La coordination de filière a mis en place une Commission d'admission pour faciliter les admissions difficiles inter unités. Cette instance était censée être un lieu de négociation et de compromis entre les pôles pour accompagner les indications et transferts de ces patients. Très peu de demandes ont été formulées et cette commission, ignorée, a été dissoute.

Malgré les efforts permanents des équipes, la demande de la direction concernant la lisibilité des médiations exprime bien la non-lisibilité générale de l'offre de soins. Malgré des groupes de travail concernant la traçabilité, le dossier unique, les maintes tentatives d'uniformisation des pratiques entre les différents pôles et unités sont emblématiques du manque de coordination sur l'ensemble de l'hôpital. Ce fonctionnement traduit un manque de communication et des difficultés organisationnelles. Le souhait d'ouverture et de mise en lien, exprimé le plus souvent à l'intérieur des pôles, est donc une nécessité.

3.1.3 Une demande de lisibilité, une aide à la décision du projet : ma mission.

En Juin 2013, suite à la réunion du groupe Efficience de la psychiatrie infanto-juvénile, la Directrice Adjointe et le Coordonnateur des Soins et Responsable de la Qualité et Gestion des Risques, tous deux pilotes du groupe Efficience, m'ont sollicitée pour assurer la mission suivante : l'élaboration d'un projet d'Espace de Thérapie Médiatisée Mutualisé (E.T.M.M.), projet de création et de coordination d'Espaces de Thérapies Médiatisées Mutualisées (ateliers artistiques, corporels, sensoriels).

Le groupe me demande d'effectuer un état des lieux de l'existant en termes d'activités, de locaux, d'effectifs, de compétences et d'organisation. Une analyse de l'existant en termes de points forts et de points à améliorer permettra de dessiner les

grandes lignes d'un projet global et d'une réorganisation mutualisée, optimisée et répondant mieux aux besoins des patients. Il m'est aussi demandé de faire une prospective pour réaliser, examiner la localisation et la mise en place des lieux d'activités.

L'idée est que ce travail se fasse dans une concertation la plus large possible, en utilisant mes compétences de cadre de santé de la filière ergothérapeute, ma connaissance de l'institution et mon expérience professionnelle, toutes mises au service des patients. Il m'est donc demandé en tant qu'experte, un avis sur la faisabilité d'un projet d'Espaces de Thérapies Médiatisées Mutualisées qui impliquerait une réorganisation optimisée.

Ce projet se situe dans la transversalité, et « à effectif constant », à la demande des pilotes du groupe Efficience. Il s'appuiera sur un groupe de travail représentatif des quatre secteurs de psychiatrie infanto-juvénile.

En tenant compte du délai très court qui m'est accordé pour la première présentation en juillet 2013 de ce projet, j'ai créé un groupe pilote réunissant deux médecins et un cadre supérieur motivés et représentant l'hospitalier et l'ambulatoire, souhait de la coordination de filière.

3.2 UN CADRE JURIDIQUE.

L'Espace de Thérapies Médiatisées Mutualisées pourrait être positionné comme une unité fonctionnelle. Cette unité fonctionnelle devrait alors s'inscrire dans un pôle, tout en restant intersectorielle, comme l'a instauré la politique de la restructuration. Toute unité sur l'intra hospitalier est intersectorielle, mais chacune reste sous la responsabilité d'un pôle. Il a été choisi que cette entité serait inter pôle, confirmant sa position transversale.

3.3 DEFINITION DU PROJET.

3.3.1 Définition.

Les équipes ont donc demandé, lors de la restructuration, des plateaux techniques pour une meilleure qualité de soin : locaux adaptés, équipement adaptés, partage de compétence et continuité du soin.

Actuellement, les médiations sont toutes réalisées dans chaque unité avec deux soignants. Ces médiations thérapeutiques mises en place dans les unités sont très nombreuses et présentent des difficultés : locaux non adaptés, nombreuses annulations par

manque d'effectif (absence pour congés, arrêts maladie, accompagnement à faire, gestion de crises clastiques), et manque de formation ou groupes d'enfants trop restreints.

Le projet est d'abord de proposer des salles adaptées, dans des espaces tiers, en dehors des unités. Les locaux seraient mutualisés. De la même façon, les soignants seraient « mutualisés », c'est à dire qu'un soignant de chaque unité participerait à une médiation, en binôme avec un autre soignant d'une autre unité, afin de ne pas démunir les unités de deux soignants, chaque fois qu'elles ont lieu.

Les patients seraient eux aussi regroupés, enrichissant la dynamique des groupes. Cette mutualisation favoriserait la fluidité des échanges avec les patients et les soignants.

3.3.2 Délimitation du projet.

Pour le moment, il est décidé que seules les unités de la filière enfance et adolescence sont concernées et seules celles situées sur le site du centre hospitalier : une unité de soins intensifs, une unité d'accueil et d'hospitalisation de semaine, deux unités d'enfants, et trois hôpitaux de jour pour enfants et adolescents, soit sept unités. Quatre pôles de pédopsychiatrie sont impliqués. L'idée est d'expérimenter sur le site une coordination des médiations thérapeutiques, puis de l'élargir dans un second temps.

3.3.3 L'esprit du projet.

Il est important de garder à l'esprit que le propos n'est pas de niveler et d'uniformiser tous les ateliers, mais de répondre à des besoins existants en créant progressivement une implication de chacun, tout en proposant et créant de nouvelles approches, de nouveaux ateliers et des modalités plus adaptées. Dès la naissance du projet, l'esprit, la manière de penser et de le concevoir repose sur ces notions : le respect, la mutualisation et la transversalité, et l'ouverture.

Le respect : les activités font partie de l'histoire et de la dynamique de l'unité. Cette vie, il faut absolument la maintenir et la valoriser. L'idée est de décroisonner pour un enrichissement mutuel. Il est cependant indispensable de reconnaître la richesse de chacune des activités déjà mises en place, certaines ayant déjà une longue histoire. Mutualiser ne signifie pas tout unifier ou planifier en annulant l'existant. La mise en place d'une médiation est souvent issue d'une motivation, d'un engagement personnel de certains soignants et de rencontres avec ces soignants : c'est une matière qui prend sens et tisse un maillage dans le soin. Valoriser cet engagement et le potentialiser est l'objectif principal : offrir un « plus »,

sans annuler l'existant.

La mutualisation et la transversalité : un partage et un échange de moyens (logistique, effectifs, matériel) potentialiseront des actions qui se croisent de façon complémentaires, et ce, au bénéfice du patient. Cet esprit a déjà été initialisé par le projet Culture animé par le responsable culturel. D'autres projets déjà cités ont mobilisé différentes équipes avec le souhait de construire « ensemble », et ont d'ailleurs initié la démarche du projet actuel. Pour certains, mutualiser se traduit par une perte de moyens. Ici, c'est une réorganisation partielle qui est projetée, avec, sinon une augmentation de personnel, des moyens en équipement et une amélioration des conditions de travail doublés d'un intérêt clinique.

L'ouverture : l'objectif est de faciliter l'accès à des pratiques, permettre les échanges, favoriser les rencontres et sensibiliser les agents pour qu'ils soient, sinon moteurs d'actions, en tout cas facilitateurs en étant impliqués et concernés. L'implication dans une référence d'atelier et la proposition de formations sur site pour chacune des médiations sont des opportunités pour chacun.

3.3.4 Comparaisons avec d'autres structures.

Afin d'évaluer la pertinence et la faisabilité du projet, j'ai rencontré deux cadres supérieurs et une cadre de santé travaillant en pédopsychiatrie.

Entretien avec un cadre supérieur de la Fondation Vallée : l'organisation s'appuie sur trois pôles issus du même secteur: un pôle adolescent, un pôle enfant et un pôle universitaire. Chaque unité propose ses ateliers adaptés à la population accueillie, en début d'année scolaire pour une meilleure pertinence. Le fonctionnement semble très similaire à celui, actuel, du centre hospitalier Théophile Roussel. Les médiations thérapeutiques sont animées de façon pluridisciplinaires (aides-soignants, infirmiers et éducateurs) et pour certaines par un enseignant et des intervenants extérieurs. Elles peuvent se pratiquer dans l'unité ou à l'extérieur. Certains locaux sont partagés : gymnase et balnéothérapie. Seule une activité est mutualisée : le cirque, entre deux unités. Cette dernière activité a lieu en extérieur, et a débuté cette année.

Le turn-over du personnel peut expliquer le cloisonnement de ces ateliers que l'encadrement déplore. Le cadre supérieur espère que la mise en place récente de collègues et de séminaires propres à l'institution, ainsi que la pérennité d'un tutorat pour tous les professionnels, incitera à plus de transversalité : ainsi, les soignants pourront « se reconnaître les uns les autres ».

Entretien avec une cadre de santé du centre médico universitaire Georges Heuyer : on constate ici aussi un cloisonnement des unités, malgré la volonté de l'encadrement. Le fonctionnement d'anciens soignants, nombreux dans les services, a peut-être freiné cette transversalité qu'ils ne semblent pas souhaiter. Une activité mutualisée de cinéma a tenté de se mettre en place, mais n'a pas perduré : seuls certains éducateurs, une rééducatrice et un enseignant (professeur de sport) sont actuellement en transversal.

Entretien avec un cadre supérieur du centre hospitalier Georges Mazurelle, à La Roche-sur-Yon : la mutualisation des thérapies médiatisées est inscrite dans le projet d'établissement. La Fédération des Thérapies Médiatisées (F.T.M.) a son projet propre. Au cours des années 60, dans le courant de désaliénisation qui accompagne la chute des murs de l'asile, des activités sont mises en place en dehors de l'hôpital et à l'extérieur des pavillons d'hospitalisation. C'est l'ébauche des premiers ateliers d'ergothérapie et du service de rééducation psychomotrice. En 1973, ces ateliers s'installent dans la ville et sont intersectoriels par choix des médecins. La loi du 31 juillet 1991, n°91-748, portant réforme hospitalière, oblige à repenser l'organisation intersectorielle. Celle-ci peut s'organiser selon deux modalités : Département et Fédération. Les activités se diversifient et se structurent en département d'ergothérapie et en département de thérapies à médiation corporelle, un praticien hospitalier étant rattaché à chaque département.

Suite à ces différents entretiens, on entend que les cadres qui n'ont pas de fonctionnement mutualisé le déplorent. Ils témoignent de tentatives qui ont échouées, face à des résistances importantes provenant le plus souvent des professionnels les plus anciens.

Quant à l'expérience du centre hospitalier Georges Mazurelle, sa pérennité pourrait confirmer sa pertinence. Ce modèle d'espace de thérapies médiatisées mutualisées existe dans de nombreux services adultes : pour exemple l'hôpital de Becheville aux Mureaux, l'Institut Marcel Rivière à La Verrière, dont Paul SIVADON avait d'emblée pensé l'architecture afin qu'une circulation des patients et des soignants existe, créant des espaces tiers et favorisant le maillage d'un tissu relationnel : cafétéria, bibliothèque, ateliers d'ergothérapie, salle de kinésithérapie, ferme, terrains de sports, théâtre, poste.

Aussi, les structures mutualisées appuyées sur le fonctionnement adulte consolident sans doute celles de la pédopsychiatrie.

3.3.5 Une définition partagée de la médiation.

Lors d'une réunion du groupe Efficience au centre hospitalier Théophile Roussel, afin que tous puissent s'appuyer sur la même définition, un texte sur la médiation est proposé comme document « martyr » : tous les participants sont invités à le modifier, le transformer, se l'approprier, afin qu'il devienne partagé et commun. Voici le texte finalisé :

« Pourquoi la médiation thérapeutique : l'impossibilité de travailler uniquement avec le verbal a motivé l'utilisation des médiations thérapeutiques au sein des thérapies des enfants et des patients psychotiques. La prise en compte du langage du corps (mise en jeu de la sensori-motricité), de l'acte et de l'associativité est indispensable. L'objet médiateur ne présente aucune portée thérapeutique en lui-même, indépendamment du cadre et de son dispositif.

Une attention particulière est donnée à la rencontre, à la relation thérapeutique dans la médiation thérapeutique. La psychanalyse propose de s'appuyer sur la dynamique transférentielle : une partie du transfert s'effectue sur l'objet de médiation, sa manipulation « impitoyable ⁷⁴ » est infiniment moins dangereuse que celle de l'autre sujet. De la même façon, le groupe offre une décondensation du processus transférentiel, une diffraction. La médiation permet que l'on passe de deux (relation duelle) à trois. Par sa concrétude, le médium peut avoir fonction de pare-excitation dans la relation thérapeutique et permet le travail psychique. C'est un support d'expression et de création, il a un rôle de relais, d'articulation, de communication. C'est la malléabilité du médium qui permet la création et un processus de transformation : l'objet médiateur doit être capable d'accueillir et de mettre en forme la « matière première psychique » qui s'y transfère. « Le médium est interprète, transformateur, transmetteur, symboliseur entre réalité psychique et réalité externe... » (René ROUSSILLON) ».

3.4 LA METHODOLOGIE.

On déclinera le projet en cinq étapes clés :

3.4.1 Anticiper les freins en définissant les objectifs.

La possibilité de ne voir aucun sens dans ce projet pouvait apparaître. Je me suis donc efforcée d'en démontrer la plus value afin de motiver les différents partenaires :

⁷⁴ Donald Wood WINNICOTT.

Pour l'encadrement médical et paramédical : la mutualisation des soignants diminuerait le problème d'effectifs qui justifie l'annulation des médiations. L'inscription d'une transversalité faciliterait les remplacements entre équipes par une meilleure connaissance de chacun, les peurs ou rivalités tombant. Les activités extérieures mutualisées pourraient réduire le cout par des négociations et conventions de partenariats communs. L'offre de soin serait élargie. Je n'ai pas insisté sur la possibilité de détacher totalement des agents de leurs équipes, les cadres craignant la fuite de leurs effectifs. L'aspect clinique est toujours pris en compte et l'implication des référents médicaux du projet le garantit. Les nombreuses réunions d'informations sur les avancées du projet ont donné à tous le sentiment d'être acteur.

Pour la direction, l'idée de bientraitance, après le mouvement social qui a suivi la restructuration, était une réponse opportune. Ce projet, ayant l'approbation définitive du groupe Efficience, pourra être mis en œuvre avec une large concertation des équipes soignantes. Un chef de pôle, à l'écoute de cette première ébauche, a soumis l'idée de le présenter au C.H.S.C.T. afin de faire entendre que l'institution était soucieuse de la bientraitance des équipes et avait entendu les messages exprimant les difficultés dues aux changements créés par la restructuration en pédopsychiatrie. En réponse, l'encadrement s'attache à proposer une reconquête du sens de cette nouvelle organisation en rendant acteurs les personnels, en favorisant leur sens de l'autonomie et de plaisir au travail et en sortant d'un sentiment d'aliénation au travail⁷⁵. En effet, « la bientraitance ... nécessite une confiance pérenne entre les intervenants, et donc la contradiction, l'écoute, puis la remise en cause permanente, éthique et technique, de tous les acteurs de la communauté soignante dont elle centre les actions et les engagements sur la personne soignée et ses proches... »⁷⁶.

Pour les soignants, le souhait d'améliorer les conditions de travail par des moyens humains, matériels, d'équipement et de formation a mobilisé les équipes, parfois plus réactives que l'équipe d'encadrement. D'autant que ce sont les personnes motivées qui s'intègrent aux groupes. Le sentiment d'avoir la possibilité d'être acteur du projet a satisfait nombreux professionnels.

Les partenaires sociaux informés du projet se sont félicités de cette prise en compte de

⁷⁵ Nicolas MATHIEU, « Le plaisir de travailler ou travailler comme un romain du tripallium à l'opus », *Soins cadres*, n°78, mai 2011, p.16.

⁷⁶ Michel SCHMITT, « Bientraitance et Management », *Soins cadres*, n°83, août 2012, p29.

l'amélioration des conditions de travail du personnel.

L'équipe de direction souhaitait un décloisonnement des pôles, un parcours de patient opérationnel et de plus à « effectif constant » : ce projet répond à leurs demandes.

3.4.2 Les outils.

3.4.2.1 Les indicateurs.

Les indicateurs doivent par principe être pertinents, fiables, simples, évolutifs et visualisables. Afin d'assurer le suivi, le projet s'appuiera sur les indicateurs repérés tout au long de ce travail : fiches d'évènements indésirables, rapport annuel du C.H.C.T.⁷⁷, questionnaires et recensement d'activités (cf. annexe n°2), tableaux d'E.T.P. de la Direction des Ressources Humaines, recensement des formations continues, activité recensée par le D.I.M., et rapports d'activités.

Plus précisément, un questionnaire sur les médiations et les demandes d'amélioration (cf. annexe n°3) est adressé à chaque acteur de la médiation : le questionnaire, à la demande du groupe Efficience est d'abord donné aux rééducateurs, puis aux autres acteurs des médiations. C'est par l'intermédiaire du collège des rééducateurs que les rééducateurs concernés ont été contactés. Après leur avoir expliqué le projet, il leur a été donné un premier questionnaire sur leurs médiations et les axes à améliorer. Un second les a interrogés sur les locaux qu'ils utilisent.

3.4.2.2 Fonctionnement de type managérial participatif.

Il a été choisi la démarche participative pour solliciter la motivation et le sentiment d'appartenance, facteurs de réussite du projet. On peut décrire trois niveaux : des espaces d'échange des différents groupes de travail avec une étude des besoins de terrain, une démarche projet pour résoudre les problématiques de terrain avec les équipes de cadres et enfin, la création d'espaces d'informations des équipes.

Afin d'être efficace, la composition des groupes, tout en restant représentative, doit être discutée et ne doit pas comprendre trop de personnes : la participation de chacun en dépend. La communication dans un travail de coordination occupe une place majeure : l'information pour favoriser l'implication tout le long de l'évolution du projet est prépondérante. C'est un outil stratégique. L'organisation et le suivi de réunions et de

⁷⁷ Au moins une fois par an l'employeur doit remettre un rapport annuel au Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail relative à la situation de l'établissement.

groupes de travail à tous les niveaux sont des éléments fondateurs pour mobiliser les acteurs.

Une première ébauche de ce travail a été présentée aux membres du groupe Efficience le 9 juillet 2013. En tenant compte du délai très court qui m'avait été accordé pour la première présentation de ce projet, j'ai créé dans un premier temps un groupe de travail restreint avec deux médecins et un cadre supérieur.

Ces deux médecins psychiatres se sont positionnés comme référents médicaux du projet d'Espace de Thérapies Médiatisées Mutualisées : l'un et l'autre travaillent sur l'intra et l'extra hospitalier et ont l'expérience des deux situations. C'est un véritable choix, confirmé par le vice président de la Commission Médicale d'Etablissement. Pour lui, il s'agit de développer « le parcours du patient ». Ce groupe s'axe sur l'aspect clinique et s'engage à suivre les groupes de travail. Ce groupe offre une dimension réflexive et a mission d'accompagner le changement.

La première réunion du groupe Efficience organisée par la Directrice Adjointe de l'Etablissement, a eu pour objectif d'informer l'encadrement du démarrage d'une réflexion sur la mise en place d'Espaces de Thérapies Médiatisées Mutualisées, afin de recueillir leurs avis. Un premier état des lieux est fait rapidement avec des données datant de 2009 et 2011, donc juste après la mise en place de la restructuration. Le groupe Efficience a accompagné et suivi le projet dans ses questionnements divers en se réunissant régulièrement⁷⁸. Ce groupe, issu de la restructuration, est un groupe de réflexion décisionnel, sous le regard du Directoire.

La Coordination de Filière qui se réunit mensuellement a suivi l'avancée du projet qui est à chaque fois énoncée lors de ces temps d'échange.

Le groupe d'encadrement, avec les cadres supérieurs, cadres de proximité et les deux médecins référents du projet, s'est plus orienté vers l'organisation concrète du projet et la mise en lien avec les soignants. Il s'est réuni lui aussi régulièrement⁷⁹. Il est proposé au groupe de réfléchir sur l'organisation optimale de ce projet. Les cadres sont d'emblée motivés et le soutiennent, car il répond à des besoins, mais restent prudents sur la mutualisation des effectifs. Ce groupe est opérationnel.

Les groupes de travail avec les soignants se mettent en place progressivement : ils

⁷⁸ 9 juillet 2013, 15 octobre 2013, 21 janvier 2014, 04 mars 2014, 08 avril 2014 et une réunion prévue en mai 2014 pour décider de la livraison du projet final, prévu en septembre 2014.

⁷⁹ 30 juin 2013, 11 décembre 2013, 14 janvier 2014 et le 2 avril 2014.

réunissent ceux qui ont des activités similaires. Cependant, des problèmes d'effectif limitent leur présence aux réunions. Pour certains soignants, la mise en place de groupes de travail avec les plus motivés est déjà avancée : par exemple, l'espace sensoriel Snoezelen.

Pour tous les groupes de travail, Il s'agit de préciser le rôle et les responsabilités de chacun, les objectifs et les conditions de réalisation, sans oublier les moyens nécessaires au long terme pour la bonne marche et la pérennité du projet. Un compte rendu est systématiquement fait et communiqué à tous les membres, avec le relevé de décisions. En rappel de la date des réunions, l'ordre du jour est joint.

3.4.3 Créer un environnement favorable.

Tout le travail préparatoire avec le groupes Efficience, la Coordination de Filière et le groupe d'encadrement a été de clarifier la définition du projet et la volonté de la direction quant à sa réalisation et ses modalités. Le projet viabilisé et clarifié est donc proposé aux équipes avec l'assurance d'une faisabilité. Mobiliser des équipes pour un projet nécessite des objectifs clairs et des moyens alloués pour sa crédibilité.

3.4.3.1 Les objectifs.

Les objectifs cliniques de réfèrent à l'étayage et l'élaboration clinique qui émane des activités thérapeutiques et des formations prévues.

Les objectifs organisationnels sont de prendre en compte cet apport clinique dans le projet de soin, dans le parcours de soin supposant une planification et une coordination des activités optimisées et lisibles. La mutualisation des moyens a aussi l'ambition d'améliorer les conditions de travail et nécessite de s'intégrer dans le plan organisationnel.

Les objectifs « politiques » sont d'initier le parcours patient, de développer la coopération entre les pôles et d'accompagner la coopération entre professionnels de santé pour une qualité et gestion des risques optimums.

3.4.3.2 Les locaux doivent être adaptés.

Ne pas avoir connaissance des locaux attribués freine le projet : certaines propositions d'activités, comme l'espace Snoezelen, sont presque finalisées et attendent juste de savoir où s'installer. Les autres ateliers, faute de concrétisation des lieux, ont du mal à se mobiliser. Certains considèrent que le projet doit être soutenu par la direction et manifestent leur mécontentement : « c'est à la direction de nous trouver des moyens ». Un pavillon libéré par le déménagement d'une équipe, suscite beaucoup d'envie : la Directrice Adjointe assure que

ce n'est pas le lieu envisagé par la Direction, mais confirme qu'une recherche de locaux est mise en œuvre. La question des locaux reste en suspend et ne favorise pas la crédibilité du projet.

3.4.3.3 Les effectifs.

La demande d'effectifs reste sous-jacente, même s'il est expliqué qu'un des objectifs de la réorganisation est une meilleure gestion des effectifs. La participation aux groupes de travail est formalisée afin que les participants puissent être légitimés : une programmation et une planification des réunions est diffusée sur la plate forme intranet de l'établissement. Une information est communiquée à l'encadrement et une convocation remise aux soignants, afin que chacun puisse anticiper et participer aux réunions.

3.4.4 Une démarche qualité.

La démarche qualité du projet est bien un processus mis en œuvre pour implanter un système qualité et s'engager dans une démarche d'amélioration continue. Les objectifs ont été définis et sont atteignables : chaque compte rendu des réunions définit les (ré)-orientations et les enjeux poursuivis. La présentation de l'état des lieux permet de définir les objectifs, l'organisation générale et la répartition des responsabilités. La qualité étant représentée par la satisfaction des bénéficiaires, une évaluation tout au long du projet est effectuée lors de ces groupes de travail et formalisée sur les comptes rendus.

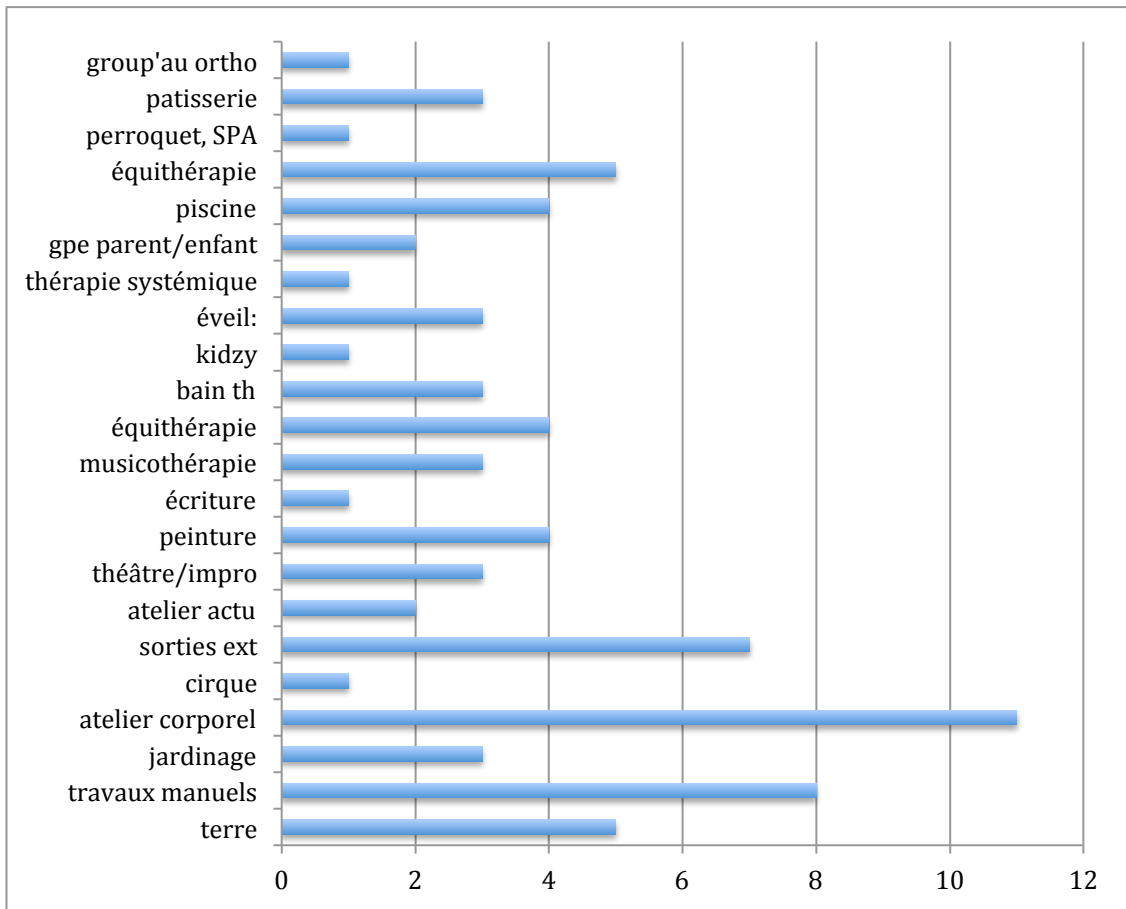
L'implication de la hiérarchie du fait de la légitimation de ma mission est acquise et garantit le déroulement du projet. La démarche qualité s'articule autour de plans d'action successifs, précisant les objectifs à court et moyens terme. Cette démarche est avant tout un esprit, partagé par les équipes. Une démarche qualité s'inscrit dans un management participatif. La réussite du projet tient à la communication qui en est faite.

3.5 ETAT DES LIEUX et ANALYSE de l'EXISTANT.

3.5.1 Les médiations.

Il est demandé aux cadres de proximité de lister toutes les médiations existantes sur le site sur l'année 2014. Un récapitulatif des médiations par unité (cf. annexes n°2) est distribué aux cadres pour recenser les différentes médiations thérapeutiques.

Diversité des médiations sur le site.



On constate une profusion d'activités, très riches, souvent proches. Ce sont les activités corporelles qui dominent : l'atelier corporel, piscine, théâtre, bains thérapeutiques, cirque... Sans doute, le nombre prédominant de psychomotriciens est un facteur d'engouement pour ces médiations. Les activités manuelles sont aussi très nombreuses : travaux manuels, terre, pâtisserie, etc.

Les soignants « acteurs de médiations » sont interrogés sur les médiations qu'ils pratiquent : ce sont les infirmiers, éducateurs spécialisés de jeunes enfants, aides-soignants, psychologues, médecins. Je me suis appuyée sur les trente neuf questionnaires revenus après avoir qu'ils aient été remis par l'intermédiaire des cadres des unités chargés de les distribuer. D'autres sont arrivés trop tard, chacun désirant cependant y répondre et exigeant que sa parole soit entendue : 52% du nombre de soignants des unités ont répondu au questionnaire, sachant que tous ne sont pas forcément impliqués dans les médiations. Tous sont satisfaits des médiations mises en œuvre par eux. Tous sont impliqués et engagés. Ces résultats engagent à être prudent : chaque médiation est, comme dit précédemment, une

implication particulière à préserver. L'engagement et la motivation des soignants sont clairs.

Pour confirmer l'intérêt du projet, une unité a été auditée la première semaine de février 2014 : on constate que quatre des ateliers de médiations sur les douze programmés sont annulés sur une semaine, soit un tiers des activités !

Planning d'activité d'une unité de soin

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	vendredi
Piscine	Danse : manque un soignant	Terre Peinture piscine : manque de patient	Improvisation théâtre : l'entretien avec le psychologue mobilise un soignant.	
Pâtisserie	Sortie théâtre : patients trop agités, manque soignants	Sortie culturelle Sport	Cuisine	Médiathèque

Pour résumer, les médiations sont nombreuses, investies, mais précaires.

3.5.2 Les locaux.

En ce qui concerne les salles, chacun « bricole » dans son unité et aucune salle n'est véritablement adaptée : elles sont souvent polyvalentes (salle de synthèse, salle d'activité, bureau d'entretien, etc.). Actuellement, certains lieux de médiation sont déjà mutualisés, et gérés et planifiés par le responsable culturel:

Disponibilité des salles déjà mutualisées

Salles déjà mutualisées sur le site	Gymnase	Salle d'art plastique de l'école	Salle de spectacle	Salle psychomotricité bibliothèque patients
Disponibilité	1heure disponible	20heures sont disponibles	15heures sont disponibles	3heures disponibles

On peut s'interroger sur la sous exploitation de ces salles, étant donné les demandes de salles adaptées. On peut penser qu'un manque d'organisation et d'information en est la raison, s'ajoutant au fait que les salles proposées ne sont pas en adéquation avec les demandes d'équipement.

A propos des salles des psychomotriciens, un questionnaire spécifique a été soumis aux rééducateurs. Pour l'ensemble, les locaux leur conviennent, avec toutefois une nuance : pour les enfants une salle dans l'unité est souhaitée alors qu'un espace tiers sera préféré

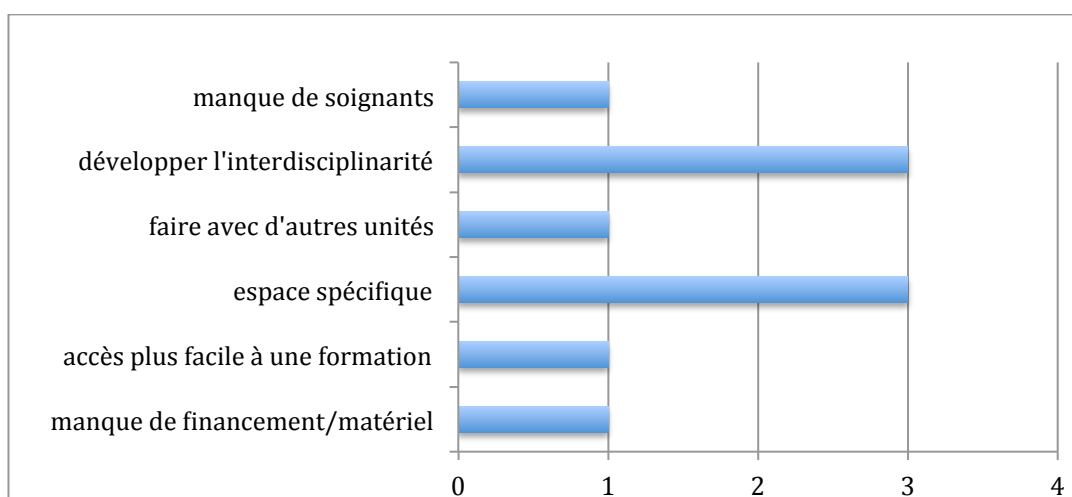
pour les adolescents. Le partage des salles ne semble pas possible, l'identification du soin au repère spatial est privilégiée, et les rééducateurs tiennent à la spécificité de leur salle, ce qui peut s'entendre cliniquement.

3.5.3 Les compétences.

3.5.3.1 Les rééducateurs.

Les rééducateurs ont d'emblée été reconnus comme les acteurs essentiels des médiations par leurs compétences spécifiques et leur permanence horaire qui stabilise les médiations. Ils sont reconnus comme étant la colonne vertébrale des médiations. Leurs avis ont donc été les premiers consultés au travers des différents collègues : psychomotriciens, orthophonistes et ergothérapeutes.

Axes à améliorer selon les rééducateurs travaillant sur le site.



Deux points paraissent essentiels : d'une part, l'interdisciplinarité est fortement souhaitée et particulièrement appréciée car considérée comme enrichissante. C'est d'ailleurs leur pratique la plus habituelle sur le site : ils s'appuient sur ces coopérations.

D'autre part, un vrai besoin de salles spécifiques est attendu. Certains évoquent l'idée de « faire » avec d'autres unités comme le besoin de formation et les difficultés concernant le matériel et l'équipement. Ils ne ressentent pas les problèmes d'effectifs de la même façon que les soignants, mais les repèrent cependant. L'interdisciplinarité est un point fort.

Les rééducateurs ont participé tous volontiers aux questionnaires : un retour est prévu en réunion de collège de psychomoteurs et orthophonistes.

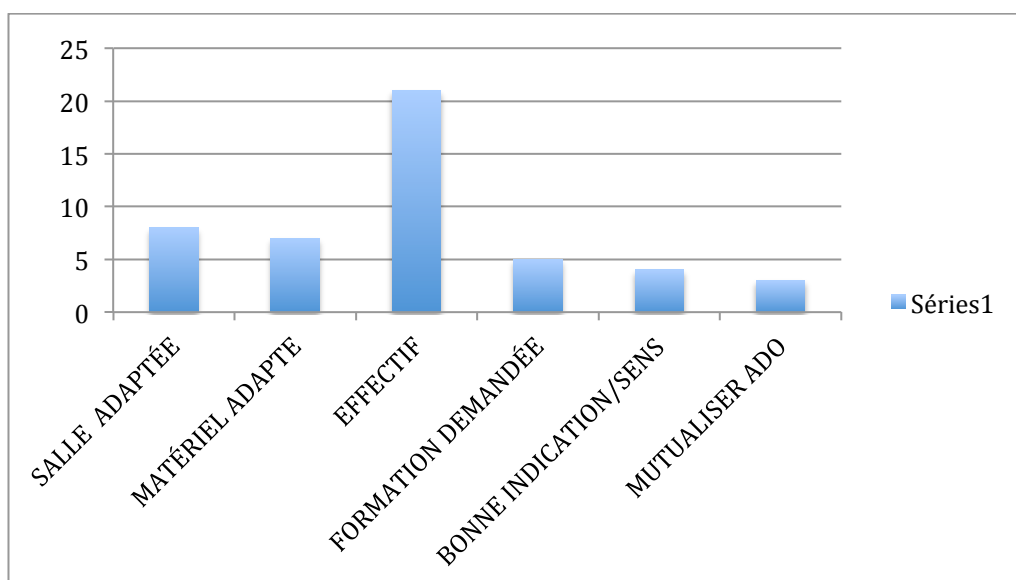
3.5.3.2 Les autres acteurs de la médiation thérapeutiques.

Ce sont les soignants: infirmiers, aides-soignants, auxiliaires puéricultrice, les éducateurs, les éducateurs de jeunes enfants, les psychologues, et un médecin. Certains éducateurs ont été positionnés dans leurs plannings comme les rééducateurs : en journée. De par leur formation, ils participent à l'étayage réflexif des médiations, ainsi que à la continuité du soin. La disparition des infirmiers spécialisés en psychiatrie privent cruellement les jeunes professionnels de la transmission de leur savoir. Les psychologues participent le plus souvent au travail réflexif en amont et en aval, mais leur présence dans les ateliers est très formatrice et dynamisante pour les soignants.

Il est assez surprenant de noter que les deux tiers des soignants ne répondent pas à la question de la définition de leur fonction : l'esprit d'équipe semble annuler fortement les identités professionnelles et la spécificité de chacun.

Toutes les médiations thérapeutiques en groupe se font avec un ou deux soignants (seul un groupe fonctionne avec 2 rééducateurs). Tous sont satisfaits globalement de l'interdisciplinarité, de la mixité des compétences et des résultats obtenus avec les patients qui attestent de l'intérêt des médiations. Pour les ateliers, ils notent l'intérêt d'avoir un espace adapté. On demande à ces mêmes soignants de proposer des axes d'amélioration.

Axes d'amélioration pour les acteurs de la médiation.



Pour les équipes, c'est le manque d'effectifs qui est le plus problématique. Les salles non adaptées sont le deuxième point important soulevé. Une demande de formation est exprimée, sans paraître une priorité.

3.5.3.3 L'amélioration des compétences.

Concernant la formation Continue, en 2014, il y a 73 demandes de formations sur la filière infanto-juvénile, soit 69% des demandes sur le centre hospitalier : psychiatrie générale et pédopsychiatrie. 34% des demandes de la pédopsychiatrie ciblent les médiations thérapeutiques. 8 demandes concernent des professionnels exerçant sur le site : 3 infirmiers, 2 rééducateurs, 2 aides-soignants et 1 éducateur.

Les compétences sont évolutives en situation de travail et dans le cadre de l'analyse des pratiques : des temps de réunions, de supervisions pour les médiations sont souvent proposés. C'est beaucoup par le compagnonnage que les compétences en matière de médiation évoluent.

3.5.4 Les organisations.

3.5.4.1 Des indicateurs de gestion des risques entre deux activités.

Une analyse des fiches d'évènements indésirables en 2013 pour les unités concernées et situées sur le site confirme l'intérêt du projet et traduit l'impact de la désorganisation sur la gestion des risques : sur 193 déclarations Fiche d'Evènements Indésirables concernant les passages à l'acte (agressions physiques, auto et hétéro mutilations, dégradation de locaux, équipement et véhicules, agressions à caractère sexuel), seules 13 d'entre elles ont lieu lors d'une activité : 2 suite à des actes sans intention, 1 causée par l'interruption de l'activité pour un soin, provoquant une frustration (une pesée !), 6 dont le cadre de l'activité ne semble évidemment pas adéquat. Donc 4 fiches indésirables sur 193 (0,02%) concernent un passage à l'acte en cours de médiation thérapeutique sur l'année 2013, ce qui est infime et confirme la pertinence des médiations thérapeutiques, à la condition de disposer d'un cadre et d'un dispositif adéquat. Les autres passages à l'acte ont lieu dans des moments d'errance, dans des couloirs, lors de transferts...

Il est évident que les annulations d'activités de médiations thérapeutiques démotivent des équipes et engendrent une discontinuité dans le soin qui entraîne une insécurité chez les patients. Elles réactivent des sentiments vécus dans leur histoire parsemée de ruptures, d'abandons et renvoient directement à leur problématique. La médiation, son cadre et son dispositif ont pourtant l'objectif d'un effet contenant et sécurisant. Ces annulations, ruptures du cadre, sont directement la cause de réactivations d'angoisses qui se traduisent par des passages à l'acte, auto ou hétéro agressifs, d'errances sujettes à toutes sortes de rencontres malveillantes ou de fugues.

Un article dans *Santé Mentale* de décembre 2013 confirme que ces moments entre deux activités sont à risques. Virginie de MEULDER⁸⁰ propose, pour y remédier une autre activité (!). Or il ne s'agit pas de « remplir » le patient. Le manque et l'ennui sont structurants pour l'enfant, mais ces intermèdes entre deux médiations sont souvent périlleux et doivent être pensés.

A ce sujet, Camilo RAMIREZ⁸¹, psychologue clinicien en pédopsychiatrie, évoque la « difficulté à circuler dans l'unité durant ces moments appelés les temps interstitiels », lorsque la rencontre avec les patients ne se déroule pas à l'intérieur d'un cadre spécifique, que ce soit un entretien, un atelier thérapeutique ou une sortie planifiée : moments d'exposition « ouverts » à la rencontre avec les patients sans la protection de ce qui vient cadrer habituellement ces moments de rencontre formels comme une « médiation », une tâche, les limites temporelles des entretiens. Ces temps de rencontre, dans des « lieux fermés plutôt qu'à l'extérieur », se prêtent à des rencontres imprévues ou des interpellations, qui favorisent l'émergence de l'inattendu, des mouvements psychiques brusques et crus, bruts, directs, frontaux, et sans médiations. Les corps se rencontrent entre corps de façon plus directe que dans les espaces de soins dans lesquels le cadre, la dissymétrie des places et la circulation de la parole, sans occulter pour autant la présence des corps, permettent de maintenir une médiation, un espace tiers, entre le corps des soignants et ceux des patients dans les couloirs et espaces communs. « C'est l'omniprésence de la pulsion, des mouvements pulsionnels propres à la clinique des psychoses, c'est-dire peu bordés ou pas du tout par le symbolique, faisant effraction en suivant une voie abrupte » qui suscite l'angoisse du patient et du soignant : les espaces ouverts, les circuits et déambulations dans l'institution exposent d'avantage à la rencontre avec l'angoisse.

Camilo RODRIGUEZ nous invite à être attentif à l'apparition de cette angoisse afin de mieux la cerner et de la comprendre : « l'angoisse peut fonctionner comme une boussole et un point de repérage clinique... Ces manifestations de la psychose obéissent à une logique dont le repérage s'avère précieux et nécessaire pour orienter la conduite des projets thérapeutiques à condition de se tenir à une certaine rigueur clinique ».

⁸⁰ Virginie de MEULDER, « Entre deux activités... », dans *Santé Mentale*, n°183, décembre 2013, p.13.

⁸¹ Camilo RAMIREZ, « De l'angoisse comme boussole », Intervention à la journée d'étude de la Fondation Vallée, 2012.

3.5.4.2 Une organisation à l'image des fonctionnements en pôle.

La restructuration a redistribué certains soignants dans des unités de différents pôles. Les patients reçus sont issus de tous les pôles. En se restructurant, les unités ont reproduit leurs organisations et leurs planifications de médiations prévues le plus souvent à l'année, en fonction de la population accueillie. Les plannings sont alors adaptés au mieux tout le long de l'année afin que les ateliers puissent avoir lieu.

Ces ateliers sont traversés par de multiples aléas incontournables : le manque d'effectif, la scolarité, les entretiens médicaux, entretien infirmier, les différentes prises en charges de rééducation spécifiques, activités et rendez vous extérieurs, les psychothérapies, les évènements culturels, les passages à l'actes des autres patients... Chaque enfant a son planning et les soignants s'attachent à ce qu'il soit respecté. Les soignants référents se mobilisent particulièrement et font le lien afin d'assurer une continuité du soin.

Les hôpitaux de jour centrent leur fonctionnement sur les médiations et ont moins d'aléas que les structures intra hospitalières plus sujettes à des urgences et des modifications d'organisation à la dernière minute.

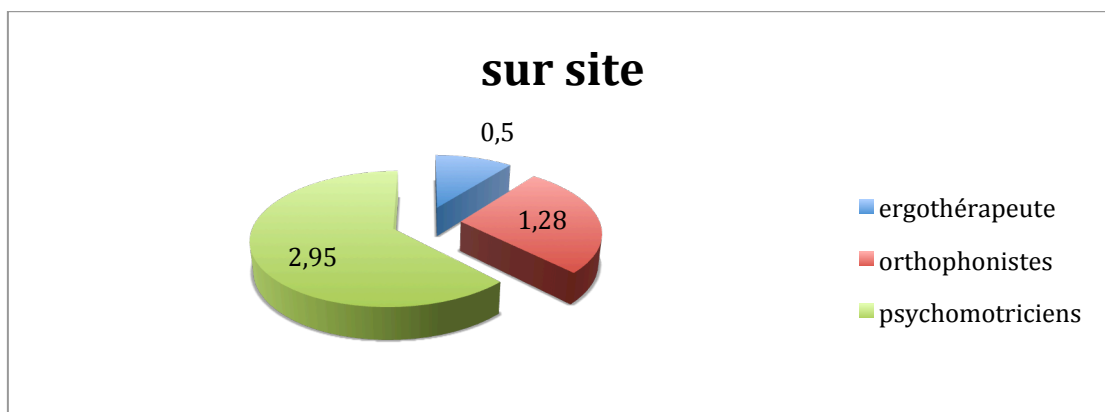
Peu de suppléance est prévue en transversal. Certaines activités prévues d'emblée, mutualisées, souvent à l'initiative de l'école ou du service culturel échouent : piscine, atelier création ou autre. Les raisons les plus fréquentes invoquées sont : les différences de modalités de prise en charge, la non « compatibilité » des patients d'un niveau d'autonomie et d'âge trop différents.

Les unités, comme les pôles, restent clivées et comptent sur leurs propres moyens. Des tentatives de mutualisations à l'intérieur des pôles est expérimentée : hospitalisation avec un Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel, par exemple. Les unités ambulatoires, paradoxalement sur le site, permettent des mutualisations de médiations : un atelier percussion existe. Mais ces échanges ne sont pas courants.

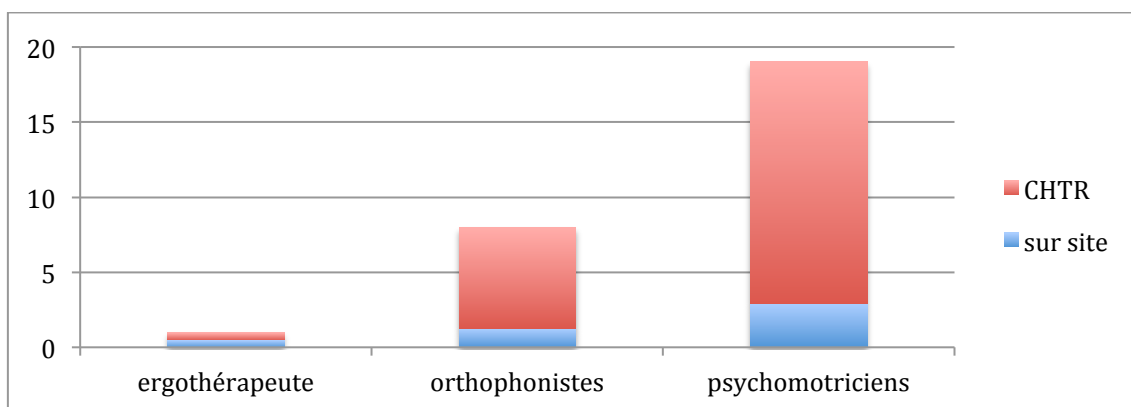
3.5.5 Les effectifs.

Une enquête exploratoire a été menée auprès des rééducateurs qui interviennent. A cette occasion la répartition des effectifs des rééducateurs en E.T.P. est apparue : sur 23,27 E.T.P. de rééducateurs sur le C.H.T.R., seuls 4,73 E.T.P. exercent sur le site :

Recensement des rééducateurs sur le site



Recensement des rééducateurs sur le centre hospitalier

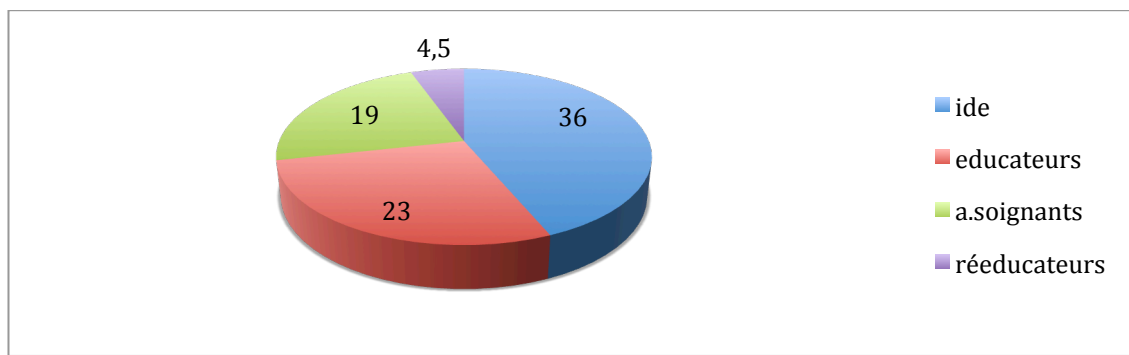


La grande majorité des rééducateurs interviennent sur l'ambulatorio. Pourtant, on peut penser que les patients en intra hospitalier sont les plus complexes et nécessitent l'intervention d'experts. Cependant, les médecins soutiennent cette répartition car les besoins sur l'extra hospitalier la justifient.

Les autres acteurs directs de la médiation sont les infirmiers, les aides-soignants, les auxiliaires de puériculture, les éducateurs et les éducateurs de jeunes enfants. Les médecins et les psychologues n'interviennent que rarement en direct, mais très souvent sur les

supervisions. Sur le site, interviennent 36 infirmiers, 23 éducateurs (spécialisés et de jeunes enfants) et 19 aides-soignants : soit 75 soignants susceptibles d'animer des médiations, même si tous ne sont pas toujours intégrés dans un atelier, particulièrement sur les unités intra hospitalières.

Répartition des intervenants sur les médiations



Les médiations sans la présence des rééducateurs se révèlent précaires : la permanence des rééducateurs facilite la continuité des médiations. En effet, les médiations menées par les rééducateurs semblent les plus pérennes du fait de la continuité de leur présence. On peut aussi supposer que leur formation fait sens et motive l'implication dans les médiations.

Les autres soignants sont tributaires des variations de leur planning. La mutualisation permettrait d'assurer une continuité des soins sans exiger la présence d'un rééducateur comme garant de la continuité de la médiation.

Une autre difficulté en lien avec les effectifs est le temps nécessaire à une médiation : une médiation ne peut être thérapeutique qu'à la condition que soient prévus un temps de réflexion (en amont et en aval) et de transmission. Or la consigne de la direction est claire, la commande est sous condition d'un « effectif constant » : il faut mettre en adéquation l'organisation et les impératifs cliniques.

Avec la restructuration, les problèmes d'effectifs devaient être résolus. C'est donc, sans doute, une mauvaise organisation qui crée le sentiment général d'un manque d'effectif pour la réalisation des médiations.

3.6 LE PROJET : PREMIER SCENARIO.

Suite aux différents groupes de travail, le projet se dessine plus concrètement. Les orientations s'adaptent aux besoins et aux demandes de chacun.

3.6.1 Médiations.

Pour finaliser les besoins, un listing des ateliers, des propositions de locaux et des moyens humains sur support papier, est proposé à tous les membres du groupe Efficience et du groupe des cadres avec les différentes activités, les locaux envisagés et les compétences requises.

Les médiations sont répertoriées en fonction de celles déjà mises en œuvre dans les unités. Huit médiations sont retenues, rassemblant les plus utilisées et celles nécessitant un équipement adapté. L'adéquation avec les locaux pose problème. Ces questionnements amènent des débats qui affinent le projet : c'est l'occasion d'échanger sur le cadre concret des médiations, sur ce qui est souhaité ou refusé, ainsi que les indications.

L'utilisation des salles partagées avec l'école est remise en question car l'image de l'école peut faire reculer les enfants, l'école étant souvent synonyme de difficultés, bien qu'un équipement déjà en place, notamment informatique, est conséquent et utilisable.

Les ateliers esthétiques doivent garder leur aspect de proximité dans les unités.

3.6.2 Les locaux.

Il y a donc des lieux à créer:

Projection sur les locaux nécessaires et propositions.

Activité	Locaux nécessaires	Proposition de la direction de l'équipement
Balnéothérapie	Pavillon Lafontaine	Pavillon Lafontaine
Musique	Salle Insonorisée : A Créer	Pavillon préfabriqué
Médiation Corporelle	Salle Spécifique : A Créer	Pavillon préfabriqué ?
Eveil Sensoriel : Snoezelen	Salle Spécifique : A Créer	Pavillon Lafontaine ?
Peinture	Salle Ecole	Salle Ecole ou garage ?
Modelage	Salle Spécifique : A Créer	Garage ?
Hortithérapie	Jardins	Jardins
Sorties Culturelles Et Equithérapie	Extérieur	Extérieur
Esthétique	Dans Chaque Unité	Dans Chaque Unité

Sans locaux déterminés, il est difficile pour les équipes de se projeter et s'impliquer. En fait certains locaux disponibles sont ciblés mais plusieurs projets se positionnent sur les mêmes locaux. Des cadres ont soumis des propositions : chaque pôle propose un lieu qu'il mutualiserait. Les diverses propositions rassemblées, j'ai rencontré à la demande du groupe l'Efficienne la Directrice de l'Équipement et des Achats, qui ne valide qu'une partie des propositions : des salles sont impossibles à aménager pour des raisons de sécurité, tandis que d'autres salles auxquelles les groupes n'avaient pas pensé sont possibles. Un pavillon préfabriqué est disponible et des « garages » sont aménageables.

3.6.3 Les compétences : D.P.C. et coopérations.

Pour accompagner le changement et motiver les équipes, il est important de proposer une formation adaptée. Le programme D.P.C. offre un temps d'analyse de l'activité qui donne l'occasion de différencier le travail prescrit et le travail réel. C'est un des points clés qui participe à l'identification des coopérations « tacites » et non validées.

La formalisation des coopérations entre professionnels favoriserait l'amélioration des compétences par leur lisibilité et l'identification du rôle complémentaire de chacun.

Pour Christophe DEJOURS⁸², il est difficile de mesurer objectivement le travail en psychiatrie, « de ces savoir-faire informels » : le Développement Personnel Continu, au travers de l'analyse de la pratique mettra à jour tout ce travail « invisible ».

L'intégration de nouvelles formes de coopérations et de mutualisations transforme l'organisation et doit être accompagné par une adaptation, un ajustement et une délimitation des compétences. Le D.P.C. favorise l'interdisciplinarité, les pratiques collaboratives et approche les problématiques d'identité professionnelle.

Conformément aux directives de l'H.A.S., l'orientation choisie est la n°2 qui recommande de contribuer à l'amélioration des relations entre professionnels de santé, et au travail en équipes pluri professionnelles.

Les objectifs sont le développement des compétences spécifiques pour améliorer les pratiques des professionnels en approfondissant les connaissances théorico cliniques, pour acquérir un langage commun, une culture commune, pour développer un esprit de coopération par un partage de connaissances et d'expériences concernant la technique de médiation thérapeutique afin d'élaborer des stratégies pour les projets concernant les

⁸² Christophe DEJOURS, « Le soin en psychiatrie entre souffrance et plaisir », dans *Le souci de l'humain : un déficit pour la psychiatrie*, Colette CHILAND, Clément BONNET, Alain BRACONNIER (dir.), éd Erès, 2010.

jeunes patients. La méthode choisie est une modalité présentielle, avec une approche dominante qui est l'approche réflexive par l'analyse des pratiques, complétée par un apport cognitif, activité d'acquisition des connaissances et de compétences en groupe. L'évaluation se situe à différents niveaux : en amont pour identifier les besoins et les demandes (évaluations annuelles, réunions de travail, C.H.S.C.T.) et en aval pour évaluer les acquis et effectuer un suivi des actions d'amélioration mises en œuvre (mise en situation de travail pour l'évaluation individuelle et suivi des indicateurs pour l'évaluation collective).

Les publics concernés sont les acteurs des médiations thérapeutiques. En terme d'intervenants, on identifiera les ressources internes et éventuellement les ressources externes complémentaires, en respectant les principes de communication des programmes et en inscrivant les programmes D.P.C. dans une démarche d'accréditation et de certification de l'établissement. L'amélioration de la qualité des soins et la gestion des risques sont au cœur des objectifs.

Ces formations sont la traduction en terme de Ressources Humaines du Projet d'Etablissement en matière de prospective et d'anticipation des nouveaux métiers.

La construction du programme pluri annuel est envisagé sur deux niveaux : un socle commun et une déclinaison selon les différentes médiations, avec un apport cognitif et analyse de pratique en groupe et en présentiel. Le socle commun apporte les fondamentaux correspondant aux techniques des médiations. Il est aussi le lieu où est approfondi l'exercice coordonné. Des procédures communes (simples et accessibles) sont élaborées et proposées aux équipes de soin : fiches de présentation des médiations, fiches de prescriptions et d'indication de la médiation, modalités de transmission et traçabilité, modélisation de charte de bonnes pratiques et liste d'indicateurs communs.

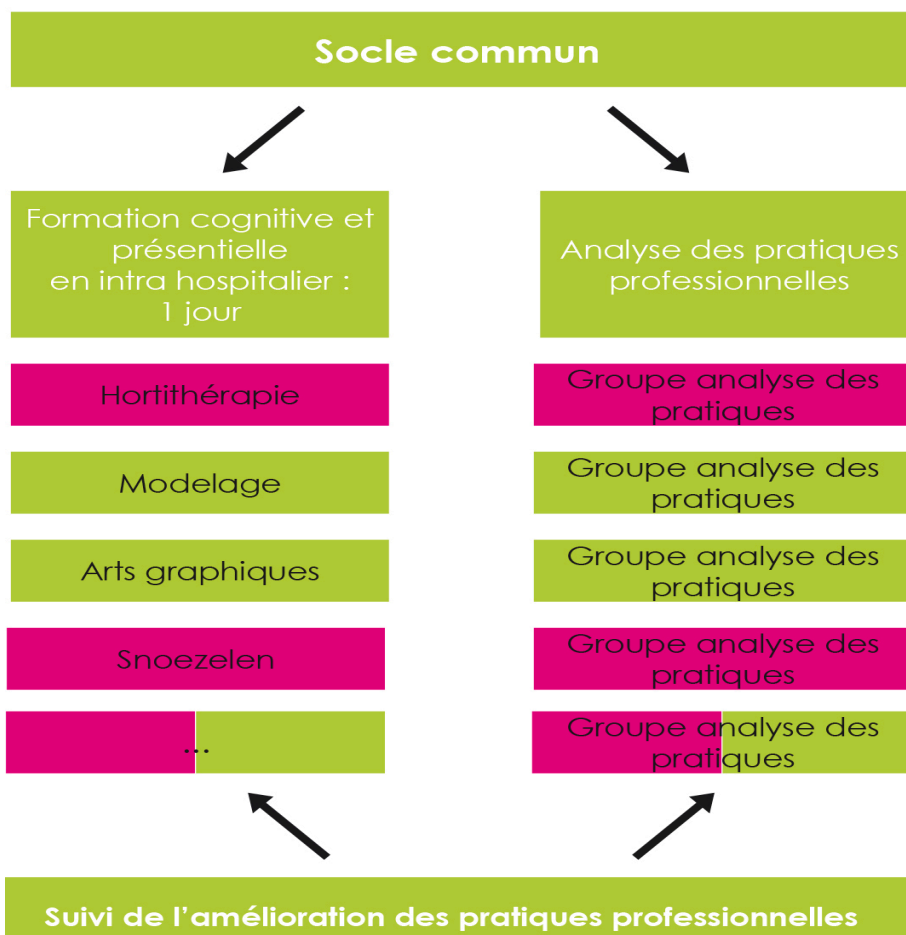
Ces derniers seront déclinés dans chaque médiation. Les soignants volontaires, ayant la pratique des médiations dans les unités, se réunissent donc pour partager leurs expériences sur les différentes situations de travail et se questionnent mutuellement. Il est nécessaire d'expliquer sa pratique plutôt que de rester dans l'implicite: « On gagne toujours avec une explicitation, sinon c'est l'inertie des pratiques et l'improvisation...⁸³ ».

Le centre Hospitalier est agréé à l'O.G.D.P.C. (Organisme Gestionnaire pour le Développement Personnel Continu). La responsable de formation a été sollicitée et s'est inscrite dans le projet : des programmes extérieurs sont repérés, notamment l'hortithérapie

⁸³Ali BENMAKHOULOUF, cours MTMOS 2013-2014.

et la formation Snoezelen qui font l'objet d'un appel à projet actuellement, d'autres nécessiteront d'être construits sur le site.

Développement Professionnel Continu : Médiations thérapeuthiques



■ sur site ■ programme extérieur

En s'appuyant sur la notion d'opérateur collectif développée par Richard WITTORSKI⁸⁴, dans une démarche de processus collectif, un travail collectif est favorisé par la mise en place de groupes de travail. La démarche constructiviste, socioconstructiviste permet au groupe d'avancer ensemble, pas à pas, et de se recréer des représentations partagées, un langage commun, le travail se transformant en même temps que les soignants : tout

⁸⁴ Richard WITTORSKI, « Analyse du travail et production de compétences collectives dans un contexte de changement organisationnel », dans *Education permanente*, n° 118, 1994, pp.65-85.

changement est un apprentissage. Ainsi, chaque soignant retrouve dans cette dynamique une identité socioprofessionnelle, résultat d'une destruction-restructuration des représentations, grâce au dispositif de formation innovante qu'est le D.P.C.. La formalisation des pratiques, traduction de l'émergence d'un « objet commun » sera l'aboutissement d'une création commune soutenue par une culture commune, partagée, enrichie et vivante.

L'élaboration pluri professionnelle de protocoles spécifiques à chaque médiation répondra aux besoins identifiés au cours de l'analyse des pratiques et déterminera des plans d'actions.

La proposition est aussi de se situer dans une démarche de formalisation de coopération. Cette formation sera l'occasion de préciser les besoins de santé, en précisant l'objet et la nature de la coopération entre les professionnels concernés. Les actes et activités seront énumérés. Il s'agira de repérer les freins, souvent culturels, et de s'appuyer sur l'échange et la communication. L'organisation de ces coopérations se fera dans le cadre des Thérapies Médiatisées Mutualisées. Un temps de réflexion sur ces nouvelles pratiques sera prévu.

Concertant les tâches, il n'est pas vraiment question d'une réalisation de tâches, mais une conception de la réalisation de la tâche qui est à déléguer. Par exemple, un atelier cuisine peut être réalisé de façon occupationnelle avec un soignant non formé aux médiations, comme une aide-soignante. Faite par un soignant formé, cette activité s'inscrit dans les différentes dimensions des médiations thérapeutiques décrites ci-dessus : cathartique, signifiante, relationnelle et réparatrice.

L'importance de la pluridisciplinarité des groupes de formation déterminera la qualité de ce travail. Ainsi, le repérage des zones de coopérations entre professionnels, souvent déjà actées, seront formalisées afin d'être reconnues.

Pour Dominique LETOURNEAU, les « pratiques avancées » en psychiatrie est une pratique déjà ancienne et validée : l'infirmier en psychiatrie assume depuis bien longtemps des fonctions s'inscrivant dans cette logique de complémentarité, reconnue tacitement par tous. L'auteur remarque, qu'étonnamment, aucune expérimentation de coopération conduite par l'H.A.S. et l'O.N.D.P.S.⁸⁵ n'a concerné la psychiatrie. Pourtant les infirmiers en psychiatrie « mettent en œuvre des pratiques avancées sans que celles ci soient rendues lisibles extérieurement....sous la responsabilité et la reconnaissance du médecin psychiatre,

⁸⁵ Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé

mais majoritairement dans la plus parfaite illégalité.⁸⁶ ! Cette complémentarité médecin psychiatre et infirmier est historique. Cette coopération est repérable sur différents niveaux en psychiatrie.

Dans l'établissement, le peu de temps dont disposent les rééducateurs les oblige à cibler des prises en charges spécifiques et spécialisées. Le reste de leur temps sur le site est consacré au travail de réflexion pour guider et éclairer les soignants dans les médiations, de moins en moins formés dans ce domaine. Face à ce constat, l'équipe médicale et les soignants soutiennent ce fonctionnement de « transfert » de compétences, de coopération, sans véritablement saisir la portée de ce fonctionnement « avalisé » par tous.

Les infirmiers spécialisés en psychiatrie, désormais très peu nombreux sur l'établissement, ont le même positionnement que les rééducateurs, auprès de leurs jeunes collègues et des aides-soignants.

Comme la sectorisation, la psychiatrie a souvent mis en œuvre des approches innovantes. De la même façon, les pratiques de coopérations ont été des démarches originales. Les soignants impliqués dans cette dynamique apportent une contribution majeure à ce qui est déjà une coopération. Pour Christophe DEJOURS, cette implication est sous tendue par l'espoir d'une rétribution symbolique, c'est à dire une reconnaissance. Y répondre est donc vital, aussi une formalisation de ces compétences acquises est indispensable.

La reconnaissance de cette plus-value au niveau institutionnel peut se formuler par différentes propositions : dans un premier temps, un temps dévolu à l'implication dans une activité de médiation et une priorité pour l'accession à des formations, et dans un deuxième temps, une expertise reconnue avec la possibilité d'être intervenant dans le cadre de formations D.P.C. internes (rémunérées, l'établissement étant agréé O.G.D.P.C.). Un accompagnement institutionnel peut être privilégié dans des travaux de recherche : comme actuellement avec la prise en charge des autistes avec l'utilisation de perroquets comme médiation ou avec l'espace Snoezelen. La rémunération financière n'est actuellement pas envisagée, mais le repérage du dynamisme de ces professionnels favorise leur évolution de carrière et ces derniers doivent être prioritaires pour des formations qualifiantes. Le processus du D.P.C. mettra « à plat » ces complémentarités et leurs reconnaissances seront

⁸⁶ Dominique LETOURNEAU, « Le psychiatre et l'infirmier : une collaboration historique entre complémentarité et ambiguïté », dans *Le souci de l'humain : un déficit pour la psychiatrie* Colette CHILAND, Clément BONNET et Alain BRACONNIER (dir.), Toulouse, éd. Erès, 2010.

un enjeu de réussite du projet.

3.6.4 Les organisations.

Ces Espaces de Thérapies Médiatisées Mutualisées seront sous la responsabilité d'un coordonnateur et de deux médecins référents. Une première modalité organisationnelle se dégage suite à la réunion avec l'encadrement paramédical.

Chaque atelier aurait de commun un référent (éventuellement un rééducateur en sachant qu'il existe seulement 4,7 E.T.P. concernant 9 rééducateurs sur le site) et un remplaçant avec une charte de bonne pratique.

La mutualisation concernerait soit la médiation avec un soignant de chaque unité, chacun accompagnant ses patients, soit uniquement la salle qui serait partagée. Les modes de prises en charge peuvent être soit en groupe, soit en individuel. La durée de ces prises en charge est variable suivant les données médicales apportées par la prescription individuelle et en fonction des objectifs définis pour chaque atelier.

Pour permettre les transmissions et la traçabilité, il est convenu que le plus fonctionnel serait que chaque soignant accompagne « ses » patients et anime l'activité avec ou non un autre soignant ayant « ses » propres patients.

L'aspect thérapeutique de la médiation exige un temps direct et indirect de réflexion : on entend par temps direct, les temps de présence du patient dans la structure auprès du soignant, à savoir : les temps d'accueil du patient qui précèdent le temps sur l'atelier, les temps de prise en charge dans l'atelier, les accompagnements du patient avant et après la prise en charge (accompagnement entre l'unité d'hospitalisation et l'espace de thérapie médiatisée). Les temps indirects sont les temps d'élaboration, de réflexion, de préparation et de formation nécessaire à la qualité des prises en charge, hors de la présence des patients. Une durée de temps indirect de 25% maximum du temps, en plus de celui dévolu à la médiation, est une base qui préserve l'intérêt thérapeutique et tient compte des réalités économiques : pour 1h de temps auprès du patient, cela signifie $\frac{1}{4}$ h de temps indirect.

Un temps consacré plus particulièrement à l'évaluation du projet en général et à l'établissement d'indicateurs de suivi doit être prévu.

Différents autres axes sont à travailler:

Dans le contexte actuel, le budget de fonctionnement ne peut être prélevé que sur les budgets déjà alloués aux unités : il constituera un budget propre à l'E.T.M.M.. Pour l'heure, le principe est accepté par l'encadrement. Le plus, pour ceux qui le souhaitent, serait de

créer des conventions de partenariats pour certains des ateliers qui font appel aux mêmes prestataires : l'équithérapie, la piscine, les musées et lieux de séjour thérapeutiques. Cela permettrait d'étudier des « prix attractifs », d'harmoniser les tarifs et de se donner les moyens de les négocier. Le budget des premiers investissements et équipements est prévu par la direction : four à poterie, travaux de réfection...

La coordination et la planification seront établies sur un tableau de fonctionnement informant sur les lieux, les plages horaires, les souhaits, les disponibilités de chacun, l'entretien, les règlements, les conventions.

La communication utilisera les supports institutionnels avec comme outils iTheo, site intranet de l'établissement, et le logiciel de l'établissement pour les plannings d'effectifs et de réservations par dossiers partagés. Au démarrage du projet, une communication en amphithéâtre sur une demi-journée sera proposée pour tous les intéressés, relayée par un article dans le journal de l'établissement.

Des protocoles qualités nécessaires seront établis avec la responsable qualité et les groupes de travail, accompagnés par le coordonnateur et les médecins référents.

Il est indispensable de tracer l'activité et de l'évaluer pour garantir la qualité de l'offre de soin en rapport avec les activités dans les projets individualisés des patients : évaluation et réévaluation régulières contribueront à sa qualité et son amélioration. Des outils et des supports seront donnés sous forme de fiches à remplir de façon quotidienne. L'évaluation du suivi permettra de modifier ou réajuster l'organisation et d'en rendre compte au groupe Efficience de façon mensuelle les six premiers mois, puis en espaçant à deux fois par an.

Former et participer éventuellement à la recherche, ou publier restent des priorités pour motiver et donner du sens au travail, et donc du plaisir.

3.6.5 Les effectifs

Les effectifs sont dans cette nouvelle organisation un point important : faciliter les médiations et ne pas démunir les unités. La question est de décider si des enfants ou adolescents peuvent être accueillis dans un atelier sans un soignant référent de leur unité : cela semble difficile à envisager pour les cadres de proximité.

La solution retenue est de laisser un soignant faire une médiation avec « ses » patients. Le temps de la médiation comprend le temps de préparation des enfants pour venir à l'atelier (¼h), l'activité en elle-même (1h/atelier), le post groupe (¼h/atelier), le travail clinique de restitution aux équipes (1h tous les 15 jours par adolescent ou enfant).

Une heure par mois devra être consacrée à l'analyse des pratiques et une formation D.P.C. pour chaque médiation thérapeutique mise en place. Nous arrivons à un total de 8h par mois, soit un peu plus d'une journée par soignant exerçant une médiation.

Si ces soignants devaient prendre en charge d'autres patients et donc participer à des synthèses d'autres unités, il faudrait compter au moins 3 heures en plus (synthèses et transmissions écrites) : cette solution inquiète les cadres et ne leur paraît pas envisageable. Pour eux, leurs effectifs ne sont pas suffisants.

Il est évident que si les soignants s'engagent dans des médiations, le cadre de proximité fera en sorte de rendre disponible le professionnel. En cas d'urgence, une solidarité doit être envisagée pour maintenir l'atelier.

3.6.6 Le coût du projet.

Peut-on chiffrer le « coût de la non qualité », le coût du risque que l'on ne fait pas prendre ? S'interroge Xavier MARCHAND⁸⁷. « Vingt à trente actes de soin seraient non pertinents ». On doit donc garantir la valeur du service au patient par la mesure du résultat, donc l'évaluation. A l'inverse, on peut parler du gain de la qualité, en plus du fait que le projet soit à effectif constant. Ce projet a une vision d'efficience et d'amélioration de la qualité.

Les budgets de roulement devront être puisés dans les « budgets délégués », réservés aux activités des unités et répartis dans chacune d'entre elles : la somme est ventilée en fonction de l'activité prévisionnelle. Un pourcentage (entre 5% et 10%) devra être prélevé sur les unités concernées pour le budget de roulement de l'E.T.M.M..

Les formations proposées ont aussi un coût : temps de formation essentiellement, les intervenants pouvant être puisés, pour certains, dans les ressources internes ou proposés par l'A.N.F.H. auquel cotise l'établissement.

Le démarrage du projet oblige à un budget d'investissement qui concerne essentiellement la réfection des bâtiments pressentis et l'équipement de base des salles. Concernant les bâtiments à rénover, un coût maximum est évalué à 35 000 euros pour chacun : soit deux « garages », une ouverture extérieure sur le bâtiment La Fontaine, évaluée à 30 000 euros (à condition que les travaux soient autorisés, le bâtiment ayant une valeur historique) et une salle Snoezelen dont le devis s'élève à 15 000 euros. Le projet total

⁸⁷ Xavier MARCHAND, cours MTMOS 2013-2014 du 11/4/2014.

a été budgétisé à 150 000 euros, ce qui laisse une marge pour l'équipement et l'aménagement des diverses salles. Le 27 janvier 2014, le Directeur du Centre Hospitalier Théophile Roussel déclare « un résultat financier à nouveau excédentaire⁸⁸ » sur l'exercice budgétaire 2013, « quand bien même le montant de cet excédent soit inférieur à celui observé les deux années précédentes. ». De fait, cette situation incite à « une prudence accrue », laisse entendre le Directeur. Malgré tout, il m'a été confirmé récemment que le budget du projet est provisionné pour l'année 2014. Le projet écrit sera validé définitivement en septembre et communiqué. Un tableau de fonctionnement et de planification sera établi.

L'intérêt du projet est la réorganisation d'activités dont nombreuses sont en « doublons », consommatrices de soignants et répondant à peu de patients : il en résultera une meilleure utilisation des ressources.

Aussi, c'est la pérennité de ce projet et sa plus-value pour l'hôpital qui dégageront la motivation de réinjecter de l'investissement dans la création d'autres médiations.

3.7 LE PROJET : DEUXIEME SCENARIO.

Le premier scénario est à mon sens, celui qui permettra d'aborder un projet plus large qui sera véritablement la réalisation de ce projet managérial.

Le deuxième scénario est en fait une vision plus systémique du projet. L'idée de départ est le parcours du patient. Le patient au centre du soin obligera une mobilité des équipes dans une plus large mesure. Le projet sera de définir des médiations en intra hospitalier et en extra hospitalier, et de déléguer véritablement des soignants référents des médiations.

Il est indispensable de travailler en ouverture entre l'hospitalisation et l'ambulatoire pour favoriser et multiplier l'offre de soin en adéquation avec la clinique. Déjà, des enfants sont hospitalisés en séquentiel, en plein temps et en hôpital de jour, pour inscrire du « tiers » et amorcer un dehors, en accompagnant « l'entre-deux ». La fluidité de leur parcours pose des problèmes économiques, notamment pour les transports.

Cette politique installée, une meilleure organisation, due à l'élargissement de ce système, peut faciliter la mobilité de tous : par exemple, un accompagnement des soignants acteurs des médiations dans les activités extérieures avec un groupe d'enfants accompagnés

⁸⁸ Thomas QUEGUINER, « Le CH Théophile Roussel a su préserver en 2013 un résultat budgétaire excédentaire », dans *Hospimedia*, le 27 janvier 2014.

de chauffeurs, plutôt que plusieurs chauffeurs pour différents enfants.

Une véritable coopération de pôle fait envisager la délégation de soignants en inter pôle non pas comme une perte d'effectifs, mais comme une participation et un partage de compétences. Chaque pôle devra s'engager à participer dans la même mesure, en E.T.P., pour équilibrer les équipes.

Déjà des soignants se posent la question de se « spécialiser » dans les médiations : des peurs et l'inquiétude se mêlent à une envie de tenter l'expérience. Des débats ont lieu.

Inévitablement les soignants moins impliqués actuellement dans le projet vont perdre une certaine activité de médiation dans les unités et leur travail se réorientera vers plus d'accompagnement et de disponibilité pour d'autres actions. Certains le réclament, se plaignant d'être obligés de faire des médiations sans en avoir l'intérêt, ni la compétence. Les autres, en général, ont fait la démarche de participer aux groupes de travail.

Un encadrement et une coordination de cette nouvelle organisation seront nécessaires, dans la continuité du premier scénario, en élargissant le champ des lieux de médiations et des acteurs de l'intra et extra hospitalier.

er 1 scénario	ème 2 scénario
Chaque soignant accompagne « ses » patients: seuls les médiations ou équipements sont partagés	Les soignants experts en médiations sont en transversal (partiellement ou non) : ils n'accueillent pas uniquement leurs patients
Transmissions par les accompagnants	Temps réservé pour les transmissions aux différentes unités
Uniquement sur le site	Sur le site et l'extra hospitalier : parcours du patients.
Partage de ressources humaines, architecturales et matériel.	Plateau technique performant (spécialisation) mais risque d'isolement

3.8 DIFFICULTES et AVANTAGES DES DEUX SCENARII.

3.8.1 Difficultés : inconvénients et freins.

Ce projet de transversalité peut mettre en péril l'identité des équipes qui sont souvent le moteur de dynamiques de groupe. La mise en avant de certains professionnels peut être ressentie par les autres comme un abandon. Le risque de ce projet serait que les équipes

abandonnent toutes activités médiatrices au sein des unités, avec le prétexte que des lieux et des personnes y sont dévolus. La spécialisation de certains pourrait justifier l'abandon d'une pratique quotidienne des médiations pour tous. Ces médiations impliquent profondément les personnes, et l'occasion pour certains serait de saisir cette opportunité pour ne pas avoir à s'engager, en s'occupant plus du quotidien des patients, aspect du travail vécu à priori comme moins mobilisant psychiquement. Or ce serait une mauvaise « opération », car c'est ces médiations qui rendent intéressant et « vivable » le quotidien avec les patients.

L'externalité des locaux et la mobilité des personnes sont vécues comme une ouverture : des espaces tiers « diffractent » la relation. Pour certains enfants, notamment les autistes, le changement est trop déstabilisant. Cependant, en parallèle avec mon projet managérial, un espace dédié aux autistes se met en place et des passerelles s'établissent.

Ce projet d'Espace de Thérapies Médiatisées Mutualisées reste dans une évolution logique hospitalière et s'installe malgré les difficultés évoquées dans cette étude plus avant : la lenteur du processus du projet m'a semblé être accentuée par la prudence des cadres à mobiliser les équipes. Bien que ce projet soit attendu, il remet en question les appartenances aux pôles et réactive les conflits de loyauté de soignants vis à vis de leur équipes. La mobilisation et la coordination des personnes va dans le sens contraire de la dynamique actuelle qui reste « polaire » : proposer de se réunir en transversal est plus complexe. Les missions transversales ont la réputation, en général, d'être plus éprouvantes que les autres par la difficulté de la mise en lien, me prévient gentiment un cadre supérieur.

La consigne de base du projet « à effectif moyen » peut inquiéter et freiner les élans. Le terme « mutualisation » est synonyme pour certains de « restriction des moyens » et incite à être prudent dans ce type d'engagement. D'autre part, la coordination peut donner le sentiment d'entraver l'autonomie professionnelle par le partage des informations, la standardisation et l'harmonisation de certaines pratiques de travail. Cet « accordage thérapeutique » peut inquiéter le professionnel censé être seul à détenir ses savoirs.

3.8.2 Les avantages.

Lors de la présentation du projet au groupe Efficience, j'ai insisté sur la nécessité de répondre aux demandes des équipes. Ce projet est très attendu et des équipes se sont déjà inscrites dans ce mouvement : notamment l'équipe du projet de salles Snoezelen, qui implique déjà des soignants en transversal, de façon pluridisciplinaire.

La direction, dans son Projet d'Etablissement insiste sur le parcours du patient et la coopération des pôles : ce projet de thérapie médiatisée y contribue largement. La visibilité de l'activité mise en lumière par cette coordination valorise ce qui était dans l'ombre. La réorganisation, par son efficacité, effacera en partie les problématiques d'effectifs, stigmatisées dans la mise en place des médiations actuelles.

Les souhaits exprimés à la fois par les soignants et par la direction démontrent l'intérêt clinique et organisationnel d'avoir des espaces tiers, dans des locaux adaptés, et des médiations dont la continuité serait assurée régulièrement.

4 LES ENJEUX.

Tout au long du processus de mise en place du projet, en faisant des liens avec les apports de ma formation de Master 2 « Management et Organisation Soignantes », j'ai réalisé que la dynamique du projet était comme un support de projection permettant un processus de transformation en profondeur, accompagnant l'établissement à s'inscrire dans les nouvelles politiques nationales.

4.1 INSCRIPTION DANS LES NOUVELLES ORIENTATIONS DES POLITIQUES DE SANTE.

Nous l'avons vu précédemment, ce projet s'inscrit totalement dans les nouvelles orientations préconisées par la loi H.P.S.T. : la coopération entre les pôles, le parcours du patient, la coopération entre professionnels de santé pour une logique d'efficience, une amélioration de la qualité et de la gestion des risques en suivant les recommandations de la Haute Autorité de Santé.

On peut retenir que parmi les enjeux du Contrat Pluriannuel d'Objectif et de Moyens 2013-2018 d'Ile de France, il est préconisé la transformation de l'offre de soins territoriale. Les contrats définiront le positionnement de chacun des établissements dans la structuration de l'offre de soins ainsi que les synergies avec les autres acteurs du territoire en référence aux orientations du S.R.O.S.-P.R.S.⁸⁹. Ils définiront l'amélioration de la performance des établissements, ainsi que la nécessité de faire une place importante aux actions transversales en lien avec le C.P.O.M. Etat-Agence Régionale de Santé d'Ile de France (A.R.S.I.F.) et le Plan Stratégique Régional de Santé (P.S.R.S.) d'Ile-de-France : notamment le Parcours de Santé en psychiatrie.

4.2 POSTURE ETHIQUE.

Les recommandations de l'H.A.S. réaffirme la nécessaire réflexion éthique qui sous-tend le prendre en soin par l'ensemble des professionnels de santé, et ce conformément au

⁸⁹ Le S.R.O.S. constitue désormais un outil opérationnel de mise en œuvre du P.R.S. (Plan stratégique Régional de Santé), document comportant notamment l'évaluation des besoins de santé et de l'offre de soins et la détermination des orientations et objectifs stratégiques de la région en matière de santé.

respect et aux droits des usagers et de leurs proches. Au delà de ces injonctions, c'est notre préoccupation constante des personnes soignées et notre responsabilité qui est engagée. La Directrice des Soins faisant fonction, docteur en Ethique m'a accompagnée de ses conseils éclairés tout au long de mon projet.

Mon projet managérial répond aux objectifs concernant la dimension éthique que s'est fixée le centre hospitalier, qui concerne la promotion de la culture de la bienveillance par une amélioration de la qualité du soin et des conditions de travail, qui s'engage dans le respect des bonnes pratiques, l'analyse réflexive soignante et managériale. Le maintien d'un questionnement éthique dans les processus décisionnels des situations et des projets de soin est primordial.

Ce projet s'appuie sur un socle de valeurs communes et partagées, et a pour ambition de définir les modes relationnels de qualité dans lesquels s'inscrit toute action managériale, le patient étant au centre du projet.

4.3 UNE AMELIORATION DE LA GESTION DES RISQUES et DE LA QUALITE.

Le D.P.C. préconise un travail pluridisciplinaire pour faire barrière aux événements indésirables (pauvreté des transmissions et de communication), or l'H.A.S. bute sur une réalité qui est la persistance de ces événements indésirables.

Si on veut garantir la prise en charge liée aux compétences, il s'agit d'en construire une cartographie pour « garantir un devis » (coût, délais, qualité), réduire les risques par une politique systémique et « renforcer les savoir-faire en équipe, ce qui nécessite le décloisonnement des équipes»⁹⁰. Rendre l'organisation apprenante, apprendre à apprendre et le savoir évoluera sans cesse, mouvement dynamique, accompagnant la qualité et la performance.

Dans le D.P.C, les deux tiers des analyses des pratiques partent des dysfonctionnements de l'activité, d'évènements indésirables, de documents traces de l'activité et de registres médicaux. On interroge à distance l'activité, on complète ses connaissances, on améliore sa pratique et on suit cette évolution par une transmission des savoirs et des évaluations différées. Sous l'effet des déterminants de l'organisation et des déterminants de l'acteur, on influe sur le travail réel, différent du travail prescrit. Cela se répercute en boucle sur l'organisation et l'acteur et assure un mouvement dynamique

⁹⁰ Xavier MARCHAND, LMD, cours MTMOS du 11 avril 2014.

constant, réflexif, évitant la reproduction de situations à risques et donc améliorant la qualité.

Les médiations thérapeutiques mutualisées performantes deviennent de vrais vecteurs de la qualité du soin par une réflexion sur le cadre et le dispositif en lui même.

Un management plus pertinent contribue à assurer une continuité et une organisation plus sécurisée, évitant les temps « morts », les temps d'errance, de vacuité qui renvoient à l'incertitude et aux béances que les patients vivent dans leurs psychisme. Les espaces interstitiels, où les événements à risques sont les plus agis, deviennent, en résonnance, plus pensés, plus élaborés et plus réfléchis pour s'inscrire dans le parcours du patient. Ce ne sont plus des temps de vacances et d'errance propices aux passages à l'acte ou aux fugues, mais des « entre-deux » pensés et accompagnés car structurés par des temps de médiations (ou autres prises en charges). Ces temps deviennent des repères, véritables balises. La liberté de ces temps pour vivre la séparation ou/et le manque doit être encadrée pour qu'ils ne soient pas vécus comme des chutes ou des abandons, en résonnance à la clinique des enfants et adolescents.

Il ne s'agit pas de « remplir » les patients d'occupations : Isabelle PIBAROT⁹¹ rappelle qu'« occuper des patients, c'est comme occuper une usine, c'est à dire la paralyser ». Ici, il s'agit d'assurer une continuité, une perspective, un accompagnement sécurisant et une harmonisation : que la médiation prenne sens pour tous. Cette fluidité oblige à la penser, l'anticiper, l'organiser et la planifier.

4.4 LES INDICATEURS de REUSSITE.

L'évaluation de la mise en place du projet sera suivie par le groupe Efficience. La reconnaissance du projet, la décision de me missionner et l'accompagnement du projet ont été un premier pas dans sa réussite. Le respect des échéances, prévues pour septembre 2014, démontrera la réactivité du projet et son dynamisme et évitera l'essoufflement des acteurs.

Le projet mis en place, avec une durée de fonctionnement de un an, une analyse des indicateurs dans un rapport d'activité sera communiquée aux instances et aux équipes en identifiant le niveau de participation quantitatif et qualitatif des pôles et unités.

Les indicateurs de pilotage, d'animation de la performance collective, de qualité et

⁹¹ Isabelle PIBAROT, ergothérapeute et psychanalyste.

cliniques qui ont appuyé la motivation du projet seront de nouveau interrogés : des évaluations collectives, à savoir les événements indésirables, la satisfaction des équipes et des patients, la qualité et la continuité des ateliers avec le niveau de participation des pôles et des unités. On évaluera aussi les répercussions dans les équipes. Chaque unité proposera un temps dans les réunions biannuelles pour évaluer en situation collective les effets de cette réorganisation. L'évaluation individuelle se fera en situation de travail des soignants impliqués dans les médiations et dans les entretiens annuels.

Un suivi des indicateurs rigoureux sera fait pour noter l'amélioration et la crédibilité du projet afin d'apporter des « preuves » de l'intérêt de la réorganisation en terme d'effectifs, notamment pour convaincre l'encadrement. En effet, ce groupe professionnel qui s'est montré le plus prudent, a souvent une vision restreinte de son équipe, plongé dans le quotidien de son activité : en voulant préserver les équilibres d'équipes fragiles, le risque est de les enfermer.

Par cet esprit de transversalité et de coopération expérimenté et éprouvé entre les soignants, les équipes et les pôles, nous espérons développer une mobilité interne et une solidarité plus importante gagnée par une confiance acquise, permettant de repérer la plus-value apportée par le projet pour tous les acteurs.

Du côté des patients : un parcours du soin effectif, le patient étant au centre du dispositif, avec une continuité et une qualité du soin, en ce qui concerne plus particulièrement les médiations, valideront la pertinence de la démarche . Une meilleure lisibilité des médiations, un parcours patient identifié potentialisera l'offre et l'adéquation des indications.

Du côté des équipes et des soignants est attendue une capacité à se soutenir entre équipes (remplacements se simplifiant et rassurant les cadres) et à assurer la continuité du soin, à accroître des compétences soignantes par le partage et la possibilité de développer des capacités personnelles, au bénéfice de la qualité du soin. Un regain de confiance dans la direction qui aura écouté les demandes des équipes est aussi un indice de réussite du projet. Et surtout, objectif premier du projet assurera un fonctionnement des médiations de façon pérennes par un meilleur management. Les partenaires sociaux ont été consultés et approuvent le projet, conscient de l'intérêt des équipes.

Du côté des pôles, la participation à la fluidité du parcours du patient, à la désinstitutionalisation des patients et au partage des moyens humains et matériels attestera du bien-fondé des orientations du projet.

Du côté de la direction, existe un soutien déjà très présent. Une prise de conscience et un engagement dans cette évolution de ces « nouveaux métiers » avec une participation à la valorisation de ces démarches, voire une officialisation et un accompagnement de coopérations seront l'indice d'un véritable changement en profondeur et non une simple adaptation à des directives de politiques de santé. Ces coopérations existent déjà à tous les niveaux de la sphère hospitalière en dehors des médiations : pour exemple, les prises de responsabilité de l'infirmier dans les consultations médico psychologique qui accueille et oriente le patient, et bien d'autres actes que les professionnels de soins assument sous le couvert médical, en toute « impunité », et avec compétence. Ainsi des coopérations repérées et intégrées développées et reconnues, valorisées par une modalité institutionnelle (par exemple temps de formation accordé, reconnaissance en laissant à disposition du temps et disponibilité pour leur engagement) serait un premier pas vers une véritable reconnaissance en terme de rémunération.

La psychiatrie a souvent été novatrice dans ses modèles d'organisation, mais n'a pas toujours su formaliser ses modalités innovantes. La notion de secteur, c'était bien l'esprit actuel du parcours du soin : paradoxalement, l'instauration du principe « un pôle, un secteur » a rigidifié et cloisonné. La clinique en psychiatrie oblige à être attentif à « l'entre-deux⁹² », à l'accompagnement et la complémentarité. Depuis bien longtemps, les coopérations se pratiquent dans le monde de la psychiatrie, sans être validées, bien que très pertinentes. La psychothérapie institutionnelle avait initié ce fonctionnement qui perdure, mais de façon moins accompagnée. « La coordination dans le champ de la santé mentale est une politique ancienne qui peine à se rénover par manque de consensus⁹³ ». La clarification s'avère désormais nécessaire. L'identification du parcours et la coopération entre les pôles sont des volontés de la direction. Son implication dans les démarches de coopérations professionnelles sera un signe de réussite du projet.

Les attendus sont une appropriation du projet qui nous feront glisser du premier scénario au deuxième scénario : la concrétisation peut faire tomber les freins liés aux incertitudes.

⁹² Michèle MONJAUZE, *La problématique alcoolique*, Paris, éd. In Press, 2008.

⁹³ Marie Aline BLOCH et Léonie HENAUT, *Coordination et parcours*, Paris, éd. Dunod, 2014, p.46.

CONCLUSION.

L'hôpital désormais n'est plus au centre du soin : c'est un passage, un moment transitoire, participant à une dynamique de parcours. L'Espace de Thérapies Médiatisées Mutualisées a l'ambition d'amorcer cette démarche et ce mode de pensée en sortant de l'« hospitalo centrisme », voire de l'« unité centrisme ».

Malgré des difficultés, comme la détermination de locaux, les enjeux de pouvoir, les rumeurs d'autres restructurations, le projet prend sa place et les soignants se l'approprient.

La coordination mise en place, soutenue et relayée par les cadres, doit dessiner dans l'esprit des soignants un nouvel esprit de mobilité et d'amélioration des compétences. C'est par l'amélioration de la qualité et la gestion des risques que ce projet prendra toute sa place et sera pérenne. La mise en place de coopération repositionne les acteurs et est une vraie valeur ajoutée.

L'implication de tous, soutenue par un management participatif, crée un sentiment d'appartenance. La participation des équipes et leur appropriation du projet développera le sentiment d'avoir été entendu, et consolidera la confiance dans l'encadrement. Le sentiment de sécurité, on le sait, est facteur de dynamisme et de créativité. Le projet proposant à tous d'être acteur ne peut que favoriser un sentiment structurant et moteur dans un établissement.

La demande croissante de coordination venant de l'état, des organisations et des usagers impacte d'une part les accompagnements des personnes en situations complexes, d'autre part l'accompagnement au changement à l'intérieur des établissements. Ce projet s'enchaîne avec des projets ayant la même tonalité et démontre l'introduction d'un nouveau mode de pensée dans l'établissement.

On m'a proposé de comparer ce projet à un « cheval de Troie », sorte de feinte pour entrer dans la place et combattre de l'intérieur. Je préfère penser ce projet managérial comme un « objet médiateur », un objet tiers permettant une transformation en profondeur d'un centre hospitalier s'inscrivant véritablement dans la politique de santé actuelle, en rendant les personnes actrices du changement dans un processus créatif partagé : le projet, support de projections d'avenir de tous.

BIBLIOGRAPHIE.

- Didier ANZIEU**, *Les enveloppes psychiques*, Paris, éd. Dunod, 1996.
- Marie-Aline BLOCH, Léonie HENAUT**, *Coordination et Parcours*, Paris, éd. Dunod, 2014.
- Michel BLONDEL-PASQUIER**, *Institut Interdépartemental Théophile Roussel 1895-1995 - De l'éducation pénitentiaire à la thérapeutique*, Presses de l'imprimerie Royer, 1995.
- Anne BRUN**, *Les médiations thérapeutiques*, Toulouse, éd. Erès, 2011.
- Bernard CHOUVIER, Anne BRUN, Bernard DUEZ**, et al., *Les processus psychiques de la médiation*, Paris, éd. Dunod, 2012.
- Colette CHILAND, Clément BONNET, Alain BRACONNIER**, *Le souci de l'humain : un défi pour la psychiatrie*, Toulouse, éd. Erès, 2010.
- Philippe COLOMBAT**, *Qualité de vie au travail et management participatif*, Rueil-Malmaison, éd. Lamarre, 2012.
- Monique DONAZ**, *Ergothérapie en psychiatrie*, Marseille, éd. Solal, 2007.
- Christophe DEJOURS**, « Le soin en psychiatrie entre souffrance et plaisir », dans *Le souci de l'humain : un défi pour la psychiatrie*, Colette CHILAND, Clément BONNET, Alain BRACONNIER (dir.), éd Erès, 2010.
- Jean GARRABE**, « Hommage à Paul SIVADON », dans *Psychiatrie et Société*, Jean de VERBIZIER, Yves PELICIER (dir.), Toulouse, éd. Erès, 1981.
- Josette HART, Sylvie LUCAS**, *Management Hospitalier*, Rueil-Malmaison, éd. Lamarre, 2002.
- Dominique LETOURNEAU**, « Le psychiatre et l'infirmier : une collaboration historique entre complémentarité et ambiguïté », dans *Le souci de l'humain : un défi pour la psychiatrie* Colette CHILAND, Clément BONNET et Alain BRACONNIER (dir.), , éd. Erès, 2010.
- Roger MISES**, « Préface », dans *Institut Interdépartemental Théophile Roussel 1895-1995 - De l'éducation pénitentiaire à la thérapeutique*, Michel BLONDEL-PASQUIER (dir.), Presses de l'imprimerie Royer, 1995.
- Michèle MONJAUZE**, *La problématique alcoolique*, Paris, éd. In Press, 2008.
- Jean NIZET et François PICHault**, *La coordination du travail dans les organisations*, Paris, éd. Dunod, 2012.
- Thierry NOBRE, Patrick LAMBERT**, *Management de pôle à l'hôpital*, Paris, éd. Dunod, 2012.
- Dominique QUELIN-SOULIGNOUX**, *L'enfant en psychothérapie de groupe*, éd. Dunod, 2000.
- Paul-Claude RACAMIER**, *L'inceste et l'incestuel*, Paris, éd. Dunod, 1995.
- Paul-Claude RACAMIER**, *L'esprit des soins - le cadre*, éd. Les Editions du Collège, 2001
- Josette REY-DEBOVE, Alain REY**, *Le Nouveau Petit Robert de la langue française*, Paris, 2009.
- Raymond-Alain THIETARD**, *Le management*, éd. PUF, 2003.
- Guy VALLET**, « Préface », dans *Management de pôle à l'hôpital*, Thierry NOBRE et Patrick LAMBERT (dir.), Paris, éd. Dunod, 2012.
- Donald Woods WINNICOTT**, *Jeu et Réalité*, éd. Folio.

Articles :

Michel BLONDEL-PASQUIER, « Les Archives de l'hôpital vont revivre », dans *Revue du net*, Conseil Général des Yvelines, 2013.

Alain CORDIER, dans *Lettre HAS*, n°30, janvier-mars 2012.

Ivan DARRAULT-HARRIS, « La médiation dans la relation d'aide », dans *Ecrire encore*, n°19, éd. l'Erre, juin 2009.

Jean-Bernard GERVAIS, dans *Hospimedia*, 18/3/2014.

Lydie WATREMETZ, « La dynamique d'appropriation par les ARS du dispositif Maia », dans *Hospimedia Politique de santé*, 12/3/14.

Nicolas MATHIEU, « Le plaisir de travailler ou travailler comme un romain du tripallium à l'opus », *Soins cadres*, n°78, mai 2011.

Virginie de MEULDER, « Entre deux activités... », dans *Santé Mentale*, n°183, décembre 2013

Michel SCHMITT, « Bienveillance et Management », *Soins cadres*, n°83, août 2012.

Richard WITORSKI, « Analyse du travail et production de compétences collectives dans un contexte de changement organisationnel », dans *Education permanente*, n°118, 1994.

Rapports :

Marie-Aline BLOCH, Léonie HENAUT, Jean-Claude SARDAS, Sébastien GAND, « La coordination dans le champ sanitaire et médico-social, Enjeux organisationnels et dynamiques professionnelles. »

H.A.S. « Coopération entre professionnels de santé, conditions de succès et retour sur les expérimentations de 2004 à 2007 » Juillet 2010.

H.A.S., « Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé », Octobre 2012.

« Projet d'Établissement du Centre Hospitalier Théophile Roussel 2012-2016 » 2012.

Colloques :

Guy GIMENEZ «Objet de relation et gestion du lien contre transférentiel avec une patiente hallucinée : les couleurs d'une rencontre », Actes des journées d'Études du COR : Objet et contre transferts, Arles, hôpital Joseph-Imbert, 1995.

Daniel MARCELLI, «Les médiations thérapeutiques », Actes des journées SFPEADA, Paris, 23/11/2012.

Christian MILLE,« Médiations thérapeutiques et soin », Journées SPFDEA, le 23 novembre 2012.

Laure MOISAN-LOISEAU, « Management et psychothérapie Institutionnelle », actes du colloque Les journées de la SFPAEDA, Paris, novembre 2011.

Camilo RAMIREZ, « De l'angoisse comme boussole », Intervention à la journée d'étude de la Fondation Vallée, 2012.

« Espaces de mobilité, espaces de liberté », 4^{ème} congrès national des équipes mobiles de psychiatrie, Bourges, 14-15/11/2013.

Sites consultés :

www.apmnews.com

www.cfdt-moryducros.fr

www.ccomptes.fr

www.has-sante.fr

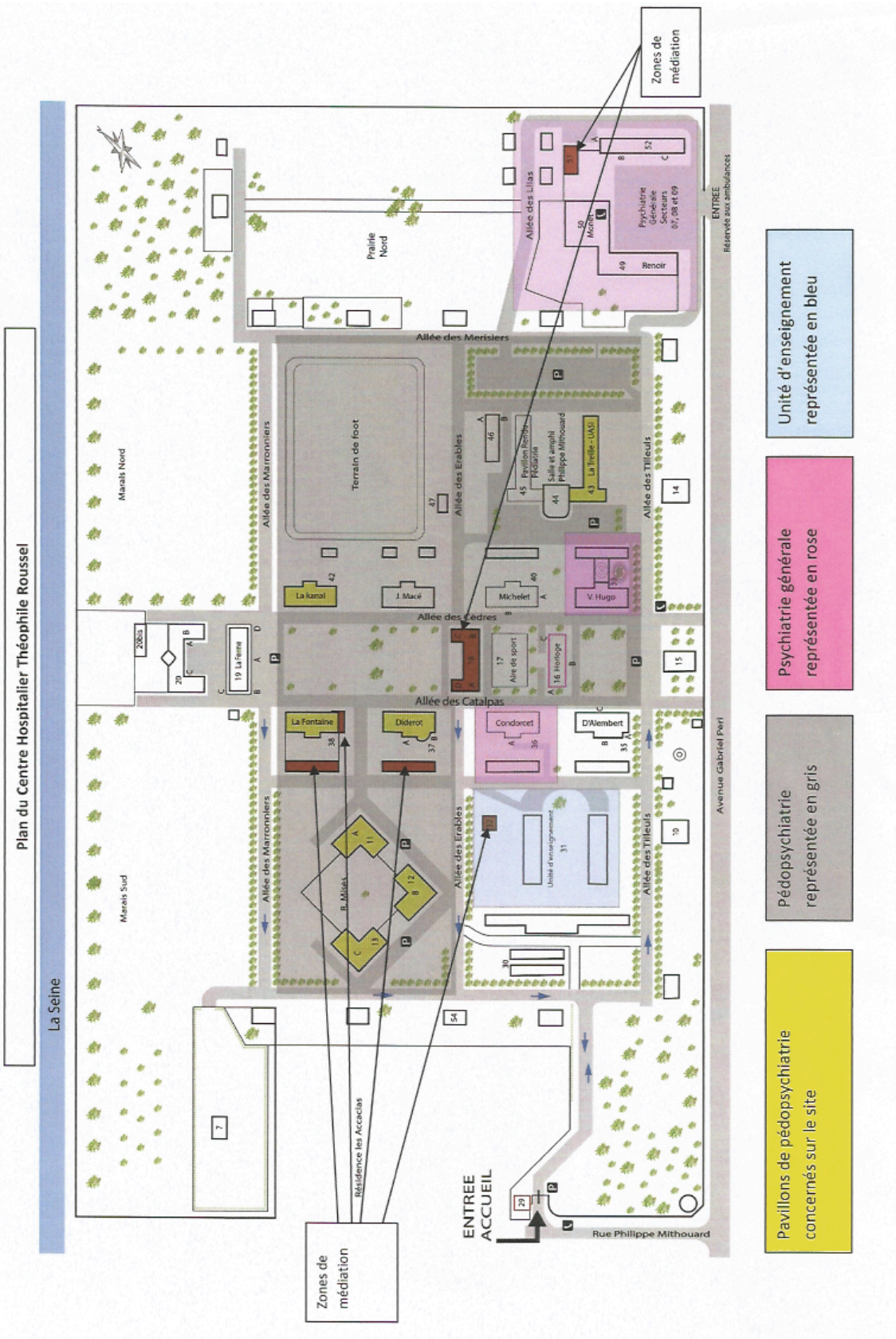
www.psychiatriinfirmiere.free.fr

www.santé.gouv.fr

www.senat.fr

ANNEXES.

Annexe n°1 : Zones de médiation.



Annexe n°2 : Recensement des médiations en 2014.

2014								décembre 2013	
Groupes thérapeutiques des mises et intra. du Pôle 78 I 03 .									
Lieu	Responsables	Jour	Horaire	Intitulé	Age	Indications	Nbre place	Place dispo	
Lieu	Responsables	Jour	Horaire	Intitulé	Age	Indications	Nbre place	Place dispo	
Lieu	Responsables	Jour	Horaire	Intitulé	Age	Indications	Nbre place	Place dispo	

Annexe n°3 : Questionnaire auprès des acteurs de la médiation.

questionnaire auprès des «acteurs de la médiation»:

Nom:
Secteur:

Prénom:
Unité:

fonction	
quelles médiations de groupes pratiquez vous?	
avec quel(s) soignants, (fonction(s))?	
quelles pathologies?	
comment?	
satisfait? pourquoi?	
non satisfait, pourquoi	
quels axes d'amélioration? quelle(s) aide(s) ?	

Annexe n°4 : Ordre de mission.

 CENTRE HOSPITALIER THÉOPHILE ROUSSEL	Lettre de mission « Projet Managérial » Master 2 « Management des Organisations Soignantes »	 UPEC <small>Université Paris-Est Créteil Val de Marne</small>
Mise à jour : septembre 2013	Année universitaire 2013-2014	Page 1

Commanditaires	Mme HAZAËL MASSIEUX, Directrice Adjointe du centre hospitalier Théophile Roussel.
Nom du responsable du projet	Laure MOISAN LOISEAU
Missions du responsable de projet	<p>1- un état des Lieux de l'existant en termes d'activités, de locaux, d'effectifs, de compétences et d'organisations.</p> <p>2- une analyse de l'existant en terme de points forts et points à améliorer.</p> <p>3- Un projet d'une réorganisation mutualisée, optimisée et répondant mieux aux besoins des patients.</p> <p>Prospective pour réaliser, examiner la localisation et la mise en place des lieux d'activité Faire des ponts avec les interlocuteurs travaillant sur l'espace dédié pour les autistes (espace transversal en lien avec l'espace de thérapie médiatisée)</p>
Moyens alloués	<p>1-à Effectifs constants.</p> <p>2-une somme allant de 15 000 à 100 000 euros selon le projet.</p> <p>3- aménagement des espaces.</p> <p>4- temps pour le projet, la formation Master 2</p>
Modalités de reporting	A partir du 15 octobre 2013 : présentation au groupe Efficience (tous les deux mois) de l'état des lieux des médiations thérapeutiques sur le site et de l'évolution du projet. Mise en place début de l'année scolaire 2014-2015
Durée	Début de Mise en place en janvier 2014 si validé
Documents de référence	Projet d'établissement et document traçant les décisions du groupe de travail ayant programmé la restructuration de la filière infanto juvénile.
Date : 15/10/2014	Date : 15/10/2014
Signature du commanditaire	Signature du responsable de projet

Amélie HAZAËL-MASSIEUX
Directrice Adjointe



Annexe n°5 : Note de cadrage.

 <p>CENTRE HOSPITALIER THÉOPHILE ROUSSEL</p>	<p align="center">Note de cadrage « Projet Managérial » Master 2 « Management des Organisations Soignantes »</p>	 <p>UPEC UNIVERSITÉ PARIS-EST CRÉTEIL VAL DE MARNE <small>Connaissance - Action</small></p>
<p>Mise à jour : septembre 2013</p>	<p>Année universitaire 2013-2014</p>	<p>Page 1 sur 3</p>

Pôle ou service: 92103

Nom : MOISAN LOISEAU

Prénom: Laure

Fonction : cadre de santé

Courriel : lauremoisan@gmail.com

Tél : 06 24 86 77 05

NOTE de CADRAGE	
Intitulé du projet	Projet d'espace de thérapie médiatisée polyvalent et d'une espace d'activités spécifiques aux patients souffrant de troubles autistiques
Responsable(s) du projet (validation des étapes)	Directrice Adjointe Coordonateur Général des Activités de Soins
Chef de projet ou équipe projet - Animation du projet	Laure MOISAN LOISEAU
Composition du groupe de travail (si existant) ou instances concernées ou personnes ressources	<p>1- le groupe Efficience d'où émane la commande.</p> <p>2-Deux pédopsychiatres,</p> <p>3- Groupe de travail avec les cadres supérieurs de chaque pôle concerné et de cadres de santé en projet.</p> <p>4- des sous groupes de travail prévus avec le souhait de la participation des soignants et cadres volontaires, représentants des collègues des rééducateurs, représentants des partenaires sociaux, responsable qualité, responsable éthique, responsable de la Communication et Culture,</p>

 <p>CENTRE HOSPITALIER THÉOPHILE ROUSSEL</p>	<p align="center">Note de cadrage « Projet Managérial » Master 2 « Management des Organisations Soignantes »</p>	 <p>UPEC UNIVERSITÉ PARIS-EST CRÉTEIL VAL DE MARNE <small>Connaissance - Action</small></p>
<p>Mise à jour : septembre 2013</p>	<p>Année universitaire 2013-2014</p>	<p>Page 1 sur 3</p>

Pôle ou service: 92103

Nom : MOISAN LOISEAU

Prénom: Laure

Fonction : cadre de santé

Courriel : lauremoisan@gmail.com

Tél : 06 24 86 77 05

NOTE de CADRAGE	
Intitulé du projet	Projet d'espace de thérapie médiatisée polyvalent et d'une espace d'activités spécifiques aux patients souffrant de troubles autistiques
Responsable(s) du projet (validation des étapes)	Directrice Adjointe Coordonateur Général des Activités de Soins
Chef de projet ou équipe projet - Animation du projet	Laure MOISAN LOISEAU
Composition du groupe de travail (si existant) ou instances concernées ou personnes ressources	<p>1- le groupe Efficience d'où émane la commande.</p> <p>2-Deux pédopsychiatres,</p> <p>3- Groupe de travail avec les cadres supérieurs de chaque pôle concerné et de cadres de santé en projet.</p> <p>4- des sous groupes de travail prévus avec le souhait de la participation des soignants et cadres volontaires, représentants des collèges des rééducateurs, représentants des partenaires sociaux, responsable qualité, responsable éthique, responsable de la Communication et Culture,</p>

 <p>CENTRE HOSPITALIER THÉOPHILE ROUSSEL</p>	<p align="center">Note de cadrage « Projet Managérial » Master 2 « Management des Organisations Soignantes »</p>	 <p>UPEC UNIVERSITÉ PARIS-EST CRÉTEIL VAL DE MARNE <small>Connaissance - Action</small></p>
<p>Mise à jour : septembre 2013</p>	<p>Année universitaire 2013-2014</p>	<p>Page 1 sur 3</p>

Pôle ou service: 92103

Nom : MOISAN LOISEAU

Prénom: Laure

Fonction : cadre de santé

Courriel : lauremoisan@gmail.com

Tél : 06 24 86 77 05

NOTE de CADRAGE	
Intitulé du projet	Projet d'espace de thérapie médiatisée polyvalent et d'une espace d'activités spécifiques aux patients souffrant de troubles autistiques
Responsable(s) du projet (validation des étapes)	Directrice Adjointe Coordonateur Général des Activités de Soins
Chef de projet ou équipe projet - Animation du projet	Laure MOISAN LOISEAU
Composition du groupe de travail (si existant) ou instances concernées ou personnes ressources	<p>1- le groupe Efficience d'où émane la commande.</p> <p>2-Deux pédopsychiatres,</p> <p>3- Groupe de travail avec les cadres supérieurs de chaque pôle concerné et de cadres de santé en projet.</p> <p>4- des sous groupes de travail prévus avec le souhait de la participation des soignants et cadres volontaires, représentants des collèges des rééducateurs, représentants des partenaires sociaux, responsable qualité, responsable éthique, responsable de la Communication et Culture,</p>



42 Bd Jourdan 75014 PARIS – Tel 01.56.61.68.60 Fax 01.56.61.68.59

Diplôme de Master Management des Organisations Soignantes

MTMOS@13-14

TITRE DU MEMOIRE

Espaces de Thérapies Médiatisées Mutualisées

AUTEUR

Laure MOISAN LOISEAU

MOTS-CLES

médiation thérapeutique - parcours du soin -
compétences - efficience - formation.

KEYWORDS

therapeutic mediation - care pathway - skills -
efficiency - training.

RESUME

Dans le contexte économique actuel, l'optimisation de la prise en charge des patients a nécessité une restructuration dans un hôpital de pédopsychiatrie. Cette restructuration a souligné le besoin de mutualiser les activités de thérapies médiatisées. Dans un premier temps, un état des lieux des activités est réalisé, basé sur des questionnaires et des entretiens avec les professionnels de santé. L'analyse des résultats montre des dysfonctionnements et un manque d'organisation de ces activités de médiation. Un travail de coordination a encouragé des échanges pluridisciplinaires. Ce travail avec les équipes a permis de fluidifier le chemin clinique et a remotivé le personnel en améliorant la qualité du soin. La conduite de ce changement s'est appuyée sur un management participatif des équipes. Cela leur a permis de s'impliquer dans ce projet d'Espace de Thérapies Médiatisées Mutualisées. Le résultat de ce travail montre que les professionnels de santé ont besoin de formation pour améliorer leurs compétences dans la pratique. La clarification du parcours de soin du patient est une valeur ajoutée pour l'hôpital et un gain en qualité du soin et en efficience.

ABSTRACT

In the current economic environment, the optimization of the management of patients required the reorganization of a children's psychiatric hospital. This reorganization emphasized the need to pool the therapeutic mediation activities. As a first step, an inventory of the activities was carried out, based on questionnaires and interviews with the health care professionals. The analysis of the results showed dysfunctional behaviours and a lack of organization among these mediation activities. A coordination work encouraged multidisciplinary communication. This work with the teams has made the clinical pathway much more fluid and has motivated the staff by improving the quality of health care. This change process was based on a participative management of the teams. This allowed them to get involved in the Therapeutic Activities Center project : the outputs of this work show that the healthcare professionals require training to improve their skills in the practice. The optimization of the care pathway for psychiatric patients is an asset for the hospital and a gain in quality and efficiency.