



HAL
open science

La psychiatrie en France : enjeux professionnels d'une réorganisation

Florence Terrisse

► **To cite this version:**

Florence Terrisse. La psychiatrie en France : enjeux professionnels d'une réorganisation. Science politique. 2014. dumas-01119514

HAL Id: dumas-01119514

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01119514>

Submitted on 23 Feb 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Vous allez consulter un mémoire réalisé par un étudiant dans le cadre de sa scolarité à Sciences Po Grenoble. L'établissement ne pourra être tenu pour responsable des propos contenus dans ce travail.

Afin de respecter la législation sur le droit d'auteur, ce mémoire est diffusé sur Internet en version protégée sans les annexes. La version intégrale est uniquement disponible en intranet.



UNIVERSITE FGI TGPQDNG
INSTITUT D'ETUDES POLITIQUES DE GRENOBLE

TERRISSE Florence

**LA PSYCHIATRIE EN FRANCE. ENJEUX PROFESSIONNELS D'UNE
REORGANISATION**

Master « Politiques publiques et changement social »
Spécialité « Politiques publiques de santé »
Année : 2013-2014

Sous la direction de Madame Hélène Révil
Chercheur associée à PACTE et Chargée de recherche
A la Structure Fédérative de Recherche « Santé-Société »

UNIVERSITE FGI TGPQDNG
INSTITUT D'ETUDES POLITIQUES DE GRENOBLE

TERRISSE Florence

**LA PSYCHIATRIE EN FRANCE. ENJEUX PROFESSIONNELS D'UNE
REORGANISATION**

**Master « Politiques publiques et changement social »
Spécialité « Politiques publiques de santé »
Année : 2013-2014**

**Sous la direction de Madame Hélène Révil
Chercheur associée à PACTE et Chargée de recherche
A la Structure Fédérative de Recherche « Santé-Société »**

REMERCIEMENTS

Je voudrais tout d'abord remercier Madame Héléna Révil d'avoir accept e de prendre la direction de ce mémoire, pour son accompagnement à la fois rigoureux et bienveillant, pour ses conseils, son aide et surtout sa très grande disponibilité.

Un grand merci également à Madame Monika Steffen, Directrice du Master 2 Politiques publiques de santé 2013-2014 à Sciences Po Grenoble qui m'a toujours encourag e et n'a jamais douté de mon projet.

Je tiens à remercier tous mes amis qui m'ont soutenue et particulièrement Michèle, Anne-Marie et Mélanie avec lesquelles, j'ai partag e des moments intenses entrem el es de doutes et de fous rires.

Merci à toi, Maryse, mon amie qui malgré la distance sait être là au bon moment.

Je pense également à l'ensemble de tous ces professionnels qui ont accept e sans réticence aucune d'être interrog es sur leurs pratiques quotidiennes auprès de personnes très handicap es. La richesse de leurs propos m'ont permis de réaliser un travail d'analyse de qualité ; qu'ils reçoivent, aujourd'hui, toute ma reconnaissance et mes remerciements.

Mes derniers remerciements vont à ma petite famille, à Jean mon époux, à Noémie et à Gaëlle, mes filles qui m'ont toujours soutenue durant ces longs mois d'un travail sans relâche. Je ne devais pas les décevoir !

SOMMAIRE

Glossaire	6
Introduction	7
1 La psychiatrie : vers une nouvelle organisation hospitalière	26
1.1 Son histoire atypique	26
1.1.1 Les soins en-dehors des murs.....	26
1.1.2 La période asilaire.....	27
1.1.3 La mise en place de la sectorisation.....	28
1.1.4 Le concept de santé mentale.....	30
1.2 Une nouvelle organisation hospitalière	32
1.2.1 L'impulsion donnée par les pouvoirs publics.....	32
1.2.2 Pour quel changement?.....	33
1.2.3 Quels impacts sur l'organisation hospitalière psychiatrique?.....	35
2 Les enjeux professionnels de la réorganisation	40
2.1 Un enjeu : se coordonner entre professionnels de différentes natures	40
2.1.1 Des professionnels différents, des approches différentes.....	44
2.1.2 Une nécessité de faire évoluer les représentations.....	48
2.1.3 Un besoin de communication.....	49
2.1.4 En amont de la coordination : la coopération et la complémentarité.....	51
2.2 Entre facteurs de l'évolution : des pratiques et des résistances.....	54
2.2.1 L'histoire du projet.....	55
2.2.2 La spécificité de l'autisme.....	59
2.2.3 La formation.....	60
2.2.4 Des freins au changement.....	62
2.2.5 La prégnance de la méconnaissance de l'autre.....	63
Conclusion	65
Table des matières.....	68
Bibliographie.....	69
Table des annexes.....	73
Résumé.....	81

GLOSSAIRE

ANESM : Agence Nationale d'Evaluation de la qualité des établissements sociaux et médico-sociaux

ARS : Agence Régionale de Santé

CASF : Code de l'action sociale et des familles

CG : Conseil général

CH : Centre hospitalier

CNSA : Caisse Nationale de solidarité pour l'autonomie

DGCS : Direction générale de la cohésion sociale

DGOS : Direction générale de l'offre de soins

DRESS : Direction de recherche des études, de l'évaluation et des statistiques

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

FAM : Foyer d'accueil médicalisé

HAS : Haute autorité de santé

HCSP : Haut conseil de la santé publique

IGAS : Inspection générale des affaires sociales

IRDES : Institut de recherche et documentation en économie de la santé

MAS : Maison d'accueil spécialisée

MDPH : Maison départementale pour les personnes handicapées

MNASM : Mission nationale d'appui à la santé mentale

RGPP : Révision générale des politiques publiques

RNCP : Répertoire national des certifications professionnelles

INTRODUCTION

Aujourd'hui, nous pouvons observer au sein de nombreux centres hospitaliers spécialisés, appelés autrefois, asiles, une dynamique de développement de structures médico-sociales à l'intérieur des murs. Nous pensons ici à la création de structures type Maison d'accueil spécialisée (MAS) ou Foyer d'accueil médicalisé (FAM) et ne développerons pas les structures type Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes EHPAD par souci de mieux cibler notre sujet d'étude. Cette évolution exponentielle transforme le paysage sanitaire de la psychiatrie adulte, elle interpelle, inquiète voir remet en question les soins psychiatriques : En quoi le handicap psychique oriente-t-il et justifie-t-il une prestation médico-sociale en psychiatrie ? Cela remet-t-il en question les pratiques professionnelles ? Et quelles en sont les conséquences pour les professionnels au quotidien ?

Afin de comprendre ce fait, intéressons-nous tout d'abord à l'origine des incitations ou injonctions que reçoivent les établissements de santé spécialisés via les Agences régionales de santé (ARS) afin de développer ces structures médico-sociales. Cette stratégie politico-économique a modifié progressivement le système hospitalier ce qui a engendré une mutation des pratiques professionnelles de la santé.

Ce processus est lié à une conjoncture économique nécessitant des changements de politique de santé comme par exemple pour la psychiatrie le passage du prix de journée, jugé trop inflationniste, au budget global. En parallèle, à partir des années 80, nos politiques de santé ont lancé des opérations de restriction telle la réduction du nombre de lits d'hospitalisation et nous constatons alors, que « *Le nombre de lits dans les établissements spécialisés passe ainsi de 120000 en 1970 à 71000 en 1997 avec des durées de séjours moyen dans les hôpitaux publics qui passent de 250 jours en 1970 à 37 jours en 1995* »¹. Nous notons que simultanément à la diminution rapide des lits d'hospitalisation, les durées d'hospitalisation sont de plus en plus courtes où ne sont traitées que les phases de forte décompensation ou de crise.

Actuellement tout va plus vite et la marge d'anticipation nécessaire à l'organisation des soins est de plus en plus difficile à gérer, avec en prime, une sollicitation exponentielle des

¹ BARREYRE Jean-Yves et MAKDESSI, « *Handicap d'origine psychique et évaluation des situations* », décembre 2007. Ces auteurs font référence aux écrits de Jean de Kervasdoué en 2002.

demandes de soins en psychiatrie, notamment sur le secteur² qui s'oriente de plus en plus vers un nouveau paradigme appelé la santé mentale.

Dans son livre « La santé mentale en actes »³, Jean Furtos explique bien cette évolution des pratiques de la clinique psychiatrique vers une notion plus élargie qui est la santé mentale, cette évolution résulte de l'hétérogénéité des problématiques de la souffrance psychique.

En effet, la population concernée se présente souvent avec des problèmes multifactoriels (économiques, juridiques, psychologiques et sociaux) où la pathologie mentale n'est plus forcément en première ligne. Selon la célèbre expression de Michel Foucault à propos de la folie à l'âge classique, « *un nouveau jardin des espèces* ». L'augmentation des demandes de soins questionne l'organisation du soin en psychiatrie en intra-hospitalier mais également sur le secteur : « *Plus inquiétant est l'évolution constatée sur la file active des patients (total des patients vu au moins une fois dans l'année soit en hospitalisation, soit en consultation, soit en visite à domicile) suivis en psychiatrie : ainsi la Direction de recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS) du ministère des affaires sociales et de la santé a constaté, de 1991 à 2003, une augmentation de 62% de la file active pour les adultes en psychiatrie générale...* ». A noter que « *... la part prépondérante occupée par les soins ambulatoires serait de l'ordre de 75% des prises en charges psychiatriques selon les études de la DRESS* »⁴ ce qui aurait pour conséquence la diminution du taux d'occupation des lits d'hospitalisation en psychiatrie.

Dans la continuité de cette évolution, en 2001, le rapport Piel et Roelandt⁵ met en évidence le transfert de 33420 lits en psychiatrie et parallèlement la création de 30000 lits en MAS et FAM. Pourtant, il est à préciser que le développement de ces structures sur le territoire reste insuffisant par rapport aux besoins car « *on ne recense que 170 places sur les 1714 places prévues par le programme pluriannuel sur la période 2008-2013* »⁶ et ceci, malgré le fait que

²Circulaire n°340 du 15 mars 1960, relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales. Nous reviendrons sur la notion de secteur dont le principe est la prise en charge en ambulatoire des patients sur la cité.

³FURTOS, Jean, psychiatre, Directeur de l'observatoire régional Rhône-Alpes sur la souffrance psychique en rapport avec l'exclusion (ORSPERE), co-auteur avec LAVAL, Christian de « *La santé mentale en actes* », Editions ERES, 2005.

⁴Rapport d'information déposé par la commission des affaires sociales sur « *la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie* » présenté par ROBILLARD, Denys, Député, décembre 2013, p.27.

⁵Rapport des docteurs PIEL, Eric et ROELANDT Jean-Luc, « *De la psychiatrie vers la santé mentale* », 2001.

⁶ROBILLARD, Denys, *ibid.*, p. 65.

le Haut Conseil⁷ ait préconisé la réservation de lits au sein des structures médico-sociales et de mettre en place une stratégie d'anticipation (sous forme de conventions) pour les patients souffrant de troubles psychiques.

Il est précisé dans le plan santé mentale 2005-2008 le nombre important de personnes hospitalisées au long cours en psychiatrie estimé à 13000 et ceci malgré une orientation effectuée par les Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) qui reconnaît leur handicap ce qui place le soin au second plan mettant en avant l'éducatif et l'accompagnement social. Ce constat ne fait que renforcer le fait qu' « *un certain nombre de patients hospitalisés en centres hospitaliers ex-spécialisés ne relèvent plus de soins actifs et intenses. Leur prise en charge nécessite des lieux de vie plus adaptés* »⁸.

De plus, dans son rapport concernant l'évaluation de ce plan santé mentale, le Haut conseil de la santé publique (HCSP) encourage fortement une réponse adaptée pour cette population et « *souhaite encourager le développement d'une offre diversifiée d'établissements et de services en matière d'accompagnement, de logement ou d'insertion professionnelle 'avec une fluidité d'utilisation en fonction de l'évolution des besoins de la personne'* »⁹.

De même, il est à préciser que si la psychiatrie n'a pas de réelles difficultés financières dues à un financement par dotation globale toujours d'actualité, « *en revanche, la conversion d'activité est souvent présentée comme en lien avec une restructuration du bâti devenue nécessaire. Souvent les hôpitaux psychiatriques sont héritiers des institutions asilaires du XIXème siècle qui ont eu un besoin d'être reconstruits parfois hâtivement, dans les années 1970, ou très profondément restructurés. Il fallait en conséquence revoir l'implantation de la structure pour se conformer à l'esprit de la sectorisation psychiatrique qui est de rapprocher le lieu de soins du domicile des patients et concevoir des bâtiments plus adaptés à une prise en charge médico-social fondée sur un 'projet de vie'(Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 : art. L 311 s.CASF¹⁰) pour les personnes. La MNASM¹¹ jugeait nécessaire de tels investissements en*

⁷ Rapport Haut Conseil de la santé publique (HCSP), « *Evaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008* », octobre 2011.

⁸ TAJEB, Jean-Claude, Elève directeur hôpital, Mémoire de l'Ecole nationale de santé publique (ENSP), 1996. Disponible sur : <www.bdsp.ehesp.fr>.

⁹ Rapport du Haut conseil de la santé publique, « *Evaluation du Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008* », octobre 2011, p.75.

¹⁰ Code de l'action sociale et des familles.

¹¹ Mission nationale d'appui à la santé mentale.

nommant une de ses annexes : 'une architecture au service du projet de vie' montrant ainsi que la conversion devait se traduire par une meilleure qualité de prise en charge »¹².

De ce fait, si cet état des lieux structurel est une réalité et a une place prépondérante sur les choix politiques, le législateur pose son regard sur les personnes en souffrance psychique et élabore la loi du 11 février 2005¹³ qui reconnaît le handicap psychique pour lequel les besoins d'accompagnement social et médico-social sont largement préconisés dans le plan santé mentale précité.

Quelques années plus tard et afin de répondre au plus vite à un besoin de plus en plus urgent lié au manque de structures adaptées pour cette population sur le territoire et également du peu d'enthousiasme voir d'un manque de compétences de celles-ci à accueillir cette population atypique, l'Etat se positionne et préconise fortement leur implantation en psychiatrie.

Cette impulsion est clairement notifiée dans le titre IV de la loi Hôpital, patient, santé et territoires de 2009 dite loi HPST principalement axée sur l'organisation territoriale du système de santé. De plus Alexis Baron nous fait remarquer qu'à travers la loi HPST c'est : « *La première fois que l'Etat décide de regrouper au sein d'un même opérateur ses missions et ses crédits dédiés à la prévention sanitaire, au soin et à l'offre de santé, à la prise en charge de la dépendance et à l'accompagnement du handicap* »¹⁴. Cet opérateur situé au niveau régional est repéré à travers l'ARS. Le territoire français regroupe 26 agences qui sont chargées de mettre en place ce dispositif dans les centres hospitaliers spécialisés afin de répondre à un besoin largement repéré par les politiques.

En conséquence, comme nous le précise cet auteur : « *La politique de santé prend en effet désormais en compte l'amélioration de l'état de santé de la population et de la qualité de vie des personnes malades, handicapées et des personnes dépendantes* »¹⁵. Toute cette stratégie ayant pour objectif principal de décroiser l'hôpital vers les champs de l'ambulatoire et du médico-social.

¹² Disponible sur : <www.ladocumentationfrancaise.fr/var.storage/rapports-publics/114000409/0000.pdf>. 111 pages. Consulté le 8/09/2014. P37.

¹³ Loi n°2005-102 du 11 février pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

¹⁴ BARON, Alexis, « *Dynamiques territoriales de l'action sociale et médico-sociale* », Presses universitaires de Grenoble, 2010, p. 74.

¹⁵ Op cit. p.74.

De cette manière, cette évolution concernant les nouvelles modalités de prise en charge des patients ne répondrait qu'en partie aux attentes gouvernementales à savoir pour le sujet qui nous intéresse, à la diminution des lits engendrée essentiellement par les effets du travail de secteur, mais qui resterait incomplète dans la mesure où notre population atypique dite « les incasables » bénéficie d'une hospitalisation qui n'est plus justifiée.

A préciser que selon Magali Coldefy, maître de recherche à l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES), le secteur « *a privilégié une approche totale du patient au lieu d'une approche globale, en cherchant à privilégier la personne plutôt qu'à l'intégrer* »¹⁶.

De même, le fonctionnement autarcique de la psychiatrie, l'hétérogénéité des secteurs et sa lente évolution, n'ont pas favorisé le développement d'une politique de santé mentale hétérogène sur le territoire. En 1990, Claude Evin alors ministre de la santé ne manque pas de nous le souligner et écrit que : « *Malgré les progrès accomplis depuis trente ans, se pose encore aujourd'hui, le manque de coordination au sein des services et entre les services aux acteurs de la santé mentale, des cloisonnements au sein de systèmes de soins et autres services de la communauté* »¹⁷.

Comment l'expliquer ? Y-a-t-il encore aujourd'hui les stigmates de cette psychiatrie qui a longtemps fonctionné en totale autarcie ? Le soin psychiatrique arriverait-il à ses limites ?

Pourtant, le plan psychiatrie et santé mentale de 2011-2015 inspiré fortement par les plans de santé mentale précédents et la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, relance l'une de ses grandes missions et préconise que « *les offres du sanitaires et du médico-sociales doivent être articulées afin d'organiser sur le territoire une offre cohérente non redondante ouverte aux réalités sociales et médico-sociales des maladies mentales et du handicap psychique et à son inscription dans la société civile* »¹⁸.

En effet, pour argumenter sa démarche, ce plan n'hésite pas à reprendre la définition du handicap élaborée par le législateur de cette même loi: « *Constitue un handicap, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou*

¹⁶ Ibid. P. 32.

¹⁷ Circulaire du 14 mars relative aux orientations de la politique de santé mentale du 3 avril 1990.

¹⁸ Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015, p.24.

*définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant*¹⁹.

De plus, rappelons que l'idée majeure de la loi HPST comme le souligne à nouveau ce plan psychiatrie et santé mentale est de : « *Mieux adapter les réponses aux spécificités et aux besoins locaux, améliorer la répartition territoriale de l'offre et lutter contre les inégalités de santé. Cet ancrage territorial est renforcé par l'articulation, posée par la loi, avec le champ médico-social, particulièrement présent en psychiatrie* »²⁰.

Ce fait constaté officiellement au niveau national, m'interpelle fortement au sein même de mon centre hospitalier. En effet, exerçant en psychiatrie adulte depuis plusieurs années tout d'abord en tant qu'infirmière et depuis quelques années sur un poste de cadre de santé en unité d'entrants en psychiatrie adulte et sur le secteur, j'ai effectivement constaté l'hospitalisation de nombreux patients qui ne nécessitent plus de prise en charge en psychiatrie (la phase aiguë étant traitée depuis longtemps).

Pourtant, ces patients ont tous une orientation MDPH, reconnus donc comme handicapés et devraient pouvoir bénéficier d'un autre lieu de vie que l'hôpital psychiatrique depuis bien longtemps. Pour autant, force est de constater de part ma pratique de cadre que le dossier « psy » peut attendre très, très longtemps sans aboutir à une possibilité d'admission dans une MAS ou un FAM implanté sur la cité.

Pour autant, l'implantation de ces structures médico-sociales type FAM ou MAS à l'intérieur des centres hospitaliers répond-elle convenablement aux besoins repérés ? Comment les professionnels du soin et de l'éducatif s'adaptent-ils à cette restructuration hospitalière ? Quelles sont les conséquences et les enjeux pour les professionnels au sein même de ces structures et au niveau de l'institution hospitalière ? Y-a-t-il un réel travail de coopération ?

Mon travail de recherche part de ce constat qui concerne cette population atypique dite « les incasables » hospitalisés depuis plusieurs années en psychiatrie.

La première focalisation s'est effectuée autour de la compréhension de la dynamique de ces restructurations avec la volonté d'analyser leurs différents impacts et limites sur l'offre de soins en psychiatrie (patients et professionnels).

¹⁹ Ibid. P. 11.

²⁰ Ibid. P. 12.

Face à cet état de fait constaté, tant au niveau local que national, cette recherche nous amène à nous interroger autour des enjeux devenus majeurs pour nos établissements de santé :

Quels sont les enjeux du développement de structures médico-sociales au sein des centres hospitaliers psychiatriques pour les professionnels du sanitaire et du médico-social ?

En l'état du questionnement, nous constatons que les centres spécialisés semblent avoir sur le terrain des ressources pour s'adapter au changement notamment par le biais de création de structures médico-sociales à l'intérieur de leurs murs permettant à la fois de sortir de l'hôpital ces patients dits « incasables » à l'extérieur des murs et également de répondre aux injonctions étatiques via l'ARS.

La littérature est riche en ce qui concerne les professions du sanitaire et du médico-social. Pourtant, nous avons constaté peu d'éléments suffisamment précis concernant notre recherche axée principalement sur les enjeux des professions du sanitaire et du médico-social via cette restructuration atypique parce que psychiatrique.

Ce choix de travail est renforcé par le fait qu'aujourd'hui, ce qui m'interroge principalement c'est de connaître les différents enjeux sur les professionnels exerçant dans ces nouvelles structures médico-sociales implantées en psychiatrie. Nous aurions pu étudier directement auprès du public pour lequel cette évolution existe mais la fiabilité de leur réponse risque d'être erronée du fait de la fragilité de leur état de santé mentale et de leur faible capacité à s'exprimer verbalement.

Nous aurions pu également développer plus largement le côté politico-socio-économique mais il nous a semblé que cette étude était trop vaste et donc nous nous sommes focalisés sur le travail d'équipe entre les professions du sanitaire, plus précisément du paramédical et du médico-social c'est-à-dire du domaine socio-éducatif.

Ce travail nous permettra d'analyser les impacts engendrés au niveau des professionnels (culture, valeurs...) lors du développement des structures médico-sociales en psychiatrie.

Afin de répondre à ces questionnements, nous avons choisi de travailler sur deux MAS, implantées sur deux sites hospitaliers différents.

➤ Le terrain et la méthodologie

Afin de vérifier ces affirmations précitées, nous sommes allés voir du côté du terrain et avons rencontré les professionnels directement concernés par cette restructuration hospitalière. En effet, nous avons ciblés notre enquête auprès de deux MAS distinctes.

La volonté de traiter ce sujet est issue d'une pratique quotidienne depuis 5 ans de cadre de santé de proximité c'est-à-dire proche à la fois de la population ciblée et également des professionnels concernés.

Ainsi, nous avons fait le choix d'une enquête qualitative afin de recueillir des éléments au plus près des réalités du terrain à travers des entretiens semi-directifs.

Pour étudier notre problématique, nous avons fait le choix de la confronter à ce que vivent les professionnels concernés issus de formations et de cultures différentes. En effet, notre principale hypothèse est la difficulté du travail ensemble et donc, pour ces professionnels d'effectuer un réel travail de coopération non seulement à l'intérieur de la structure médico-sociale mais également à l'extérieur c'est-à-dire dans l'institution hospitalière voir même au-delà.

L'objectif de cette démarche est d'une part de confronter des différences potentielles ou similitudes entre les deux structures et d'autre part d'acquérir une certaine impartialité dans ma position de chercheur du fait que j'exerce sur l'un des deux sites hospitalier en psychiatrie adulte donc du côté sanitaire. Il nous paraît essentiel de préciser l'implantation géographique de ces deux structures qui est pour l'une à l'intérieur même de l'hôpital et pour l'autre tout proche mais à l'extérieur du site hospitalier. De même, la façon dont est conçu et réalisé le projet est également essentiel pour l'appropriation et l'acceptation de ce type de structure dans le milieu sanitaire. Nous développerons ces deux points dans l'analyse de notre enquête

Afin d'adapter l'enquête aux thèmes tels que les pratiques professionnelles, la coordination, les représentations et le positionnement des agents, nous avons réalisé des entretiens semi-directifs. Les propos recueillis sont fortement liés aux ressentis personnels que les personnes ont de leur travail et au contexte dans lequel ils exercent. Ceci explique également les raisons pour lesquelles nous n'avons pas choisi d'utiliser des questionnaires.

Cette enquête nous permet de rencontrer quinze professionnels issus du sanitaire et du socio-éducatif. L'intérêt est ici de rencontrer différentes catégories professionnelles à savoir, pour ce qui est du domaine du sanitaire, des cadres de santé diplômés (es) d'Etat (CDS DE)), des infirmiers (ères) diplômés (es) d'Etat (IDE) et des aides-soignants(es) diplômés (ées) d'Etat (AS DE) et pour ce qui est du socio-éducatif, des éducateurs (trices) spécialisés (es) diplômés (es) d'Etat (ES DE), des aide médico-psychologiques diplômés (es) d'Etat (AMP DE) et des moniteurs (trices) éducateurs (trices) diplômés (es) d'Etat (ME DE).

Les entretiens sont élaborés sous forme de questions ouvertes afin d'orienter les réponses sans les influencer et ainsi de recueillir des éléments dans le discours des professionnels qui soient exploitables et comparables.

Le tableau ci-dessous nous permet de récapituler les différents professionnels rencontrés pour ce travail de recherche ainsi que la durée des entretiens. Il m'a semblé intéressant de noter également leur ancienneté et leurs précédentes formations ou diplômes afin de mieux comprendre leur cheminement professionnel et leurs réflexions. Toutes ces personnes ont été rencontrées sur leur lieu de travail sur deux MAS différentes, implantées sur deux centres hospitaliers (CH) et départements différents.

RECAPITULATIF DES ENTRETIENS DU CH HA

Entretien	Date	Heure du RDV	Durée	Année diplôme	Autre diplôme	Profession
1	1 /07/14	13H30	35m57s	2001	BAC	Educateur spécialisé
2	2/07/14	10H00	21m28s	2000		Monitrice éducatrice
3	2/07/14	11H00	40m32s	1990		Aide-soignante n°1
4	2/07/14	14H00	23m57s	1990	BAC	IDE N°1
5	2/07/14	15H00	46m46s	1997	BAC	IDE N°2
6	3/07/14	9H00	21m27s	1994	BAC+IDE+lic ence de l'éduc.	Cadre santé sup. N°1
7	8/07/14	13H30	40m48s	2000		AMP
8	8/07/14	14H30	47m06s	2011	BAC	Moniteur éducateur n°2
9	15/07/14	13H00	59m19s	1993	BEP cuisine	Aide-soignant n°2

RECAPITULATIF DES ENTRETIENS MAS DU CH D2

Entretien	Date	Heure du RDV	Durée	Année diplôme	Autre diplôme	Profession
10	18/07/14	9H30	36m49s	2013	BAC+BTS+I DE	Cadre de santé
11	18/07/14	10H30	9m29s enregist ré+15 mn non enregist ré	2008	BAC	IDE n°3
12	18/07/14	13H30	57m51s	2003	BAC+IDE+lic ence de l'éduc.	Cadre santé sup. n°2
13	18/07/14	15H00	19m36s	2006	BAC	Aide-soignant n°3
14	18/07/14	15H40	29m19s	2012	CAP cuisine+Ai de-soig. 2002+VAE monitrice- éduc.	Monitrice-éducatrice n°3
15	18/07/14	16H00	24m28s	2011	BEP secrétaire	Aide-soignant n°4

Les rendez-vous ont été très faciles à obtenir, les personnes étaient à l'heure et à chaque fois dans une pièce désignée à cet effet. Les entretiens se sont passés très agréablement, nous n'avons ressenti aucune réticence de la part des professionnels toute catégories confondues pour parler de leur travail et de leur pratique au quotidien bien au contraire, il y avait plutôt une dynamique, un plaisir voir même un intéressement allant jusqu'à désirer pouvoir lire ce travail de recherche par la suite.

Nous avons eu l'impression de représenter une possibilité, pour les professionnels, de pouvoir s'exprimer librement sur leur quotidien face à quelqu'un qui les interrogeait sur leurs pratiques.

➤ **Description de la MAS du CH HA :**

Son ouverture date de fin 2005 sous la volonté d'une association de parents d'enfants autistes devenus adultes et pour lesquels il n'y avait aucune structure adaptée pour les accueillir. La structure revendique sa spécificité qui est l'accueil d'une population souffrant d'autisme.

Sa création résulte donc d'un partenariat entre le centre hospitalier et l'association Sésame Autisme. Cette MAS, structure médico-sociale, accueille 20 résidents reconnus handicapés et répartis sur 2 maisonnées de 10 personnes tout en rez-de-chaussée.

L'équipe qui y travaille est pluridisciplinaire avec :

- ✓ 0.10 Equivalent temps plein (ETP) cadre supérieur de santé
- ✓ 1 ETP cadre socio-éducatif
- ✓ 1 ETP éducateur
- ✓ 2 IDE
- ✓ 4 moniteurs éducateurs
- ✓ 9.80 ETP aides-soignants
- ✓ 4 AMP dont 2 sous contrat
- ✓ 0.50 psychologue
- ✓ 0.20 psychiatre coordonnateur
- ✓ 0.20 médecin coordinateur
- ✓ 0.50 psychomotricien

- ✓ 0.20 musicothérapeute
- ✓ 4 Agent de services hospitalier (ASH) dont 2 sous contrat

➤ **Description de la MAS DU CH D2 :**

Son ouverture date de 2008 à savoir que le projet initial date de 1998. Sa création est la conséquence d'un projet de restructuration pour des personnes hospitalisées en psychiatrie depuis plusieurs années. Sa capacité d'accueil est de 25 résidents (dont 1 place dite temporaire) majoritairement issus de la psychiatrie adulte et pour lesquels un lieu de vie était fortement préconisé par les tutelles. La structure est située à l'extérieur de l'hôpital, elle est construite sur 2 étages, sans ascenseur et est constituée de 3 maisonnées occupées par 8 résidents chacune.

L'équipe pluridisciplinaire est constituée de :

- ✓ 0.10 cadre supérieur de santé
- ✓ 1 ETP cadre de santé
- ✓ 3.80 ETP IDE (dont 1 sous contrat)
- ✓ 4.50 ETP moniteurs éducateurs
- ✓ 6 ETP AMP
- ✓ 10.80 aides-soignants (dont 1 sous contrat)
- ✓ 1 contrat aidé auxiliaire de vie
- ✓ 5 ASH
- ✓ 0.50 psychologue

Nous n'avons pas de précision sur le temps de présence médical tant au niveau du médecin généraliste que du psychiatre.

Notre choix d'étude sur ces 2 sites hospitaliers est dû essentiellement à leurs similitudes et à leur proximité nous facilitant la réalisation des entretiens. Ce sont tous deux des sites hospitaliers de petite taille et historiquement liés à la psychiatrie :

Pour le CH HA, il a été créé en 1959, accueille une population en souffrance psychique et a développé sur plusieurs années d'autres structures : Centre d'alcoologie, Etablissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD), Unité de soins longue durée (USLD), Service de soins et de rééducation (SSR), Médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) et MAS. Au total sa capacité d'accueil est de 318 lits.

En ce qui concerne le CH D2, il est également lié à la psychiatrie depuis 1958 et est le premier, en France à réaliser une fusion avec l'Hôpital général (HG) de la même ville en 1992 et ainsi à regrouper les disciplines MCO et psychiatriques. Au total, sa capacité d'accueil est de 289 lits.

Comme, nous l'avons évoqué en introduction, ce contexte confirme que depuis quelques années, les hôpitaux réorganisent leur architecture ce qui a pour corollaire un changement de leur organisation à l'intérieur de leurs murs et plus particulièrement en psychiatrie avec la mise en place de structures médico-sociales. Un des effets escomptés lié à cette réorganisation est de développer la coordination entre les professionnels du sanitaire et du médico-social. Cette idée est ambitieuse car depuis toujours un cloisonnement existe entre ces deux secteurs d'activités.

➤ **Le cadre législatif et structurel :**

En effet, nous constatons que les textes de lois posent d'emblée une séparation entre le sanitaire du social donc entre le soin et l'éducatif. C'est ainsi que nous observons que notre système institutionnel et juridique concernant la protection sociale est constitué :

- Du secteur sanitaire, régi depuis 1970 par les lois hospitalières telles que celle du 4 mars 2002 (n°2002-303) relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et celle du 9 août 2004 n°2004-806 relative à la politique de santé publique et à la législation spécifique de la psychiatrie.
- Du secteur social et médico-social qui ont hérité des lois de 1975 n°75-534 d'orientation en faveur des personnes handicapées et la loi n°75-535 relative aux institutions sociales et médico-sociales du 30 juin 1975.

C'est donc ces 2 lois de 1975 qui marque la fracture entre le soin et le handicap d'où cette expression courante qui replace bien le contexte: le sanitaire et le social.

A préciser également que ces secteurs sont régis sous 2 codes législatifs différents à savoir pour le sanitaire le Code de la santé publique (CSP) et pour le médico-social le Code de l'action sociale et familiale (CASF):

- CSP : Créé en 1953, il est constitué du code de déontologie médicale que doivent respecter les professions de la santé. Il concerne principalement les droits des

personnes en matière de santé, les droits des professions de santé et les droits des établissements et services de santé.

- CASF : Créé en 1956 et à l'époque intitulé le code de la famille et de l'aide sociale. Il concerne essentiellement les personnes handicapées, âgées, exclues, les associations familiales, aides sociale à l'enfance et les administrations telles que l'Etat, Conseil Général. A préciser que le livre III est consacré au droit des institutions sociales et médico-sociales.

Il en découle 2 professions distinctes issues soit du sanitaire ou du social qui ont chacune une formation initiale bien spécifique ce qui ne favorise pas le décloisonnement de ces 2 entités professionnelles.

➤ **Les différentes professions :**

Nous avons dans le cours de notre travail de recherche rencontré différents professionnels et nous faisons le choix de détailler six de ces professions :

- Des cadres de santé, infirmiers et aides-soignants issus du sanitaire
- Un cadre socio éducatif, un éducateur et des moniteurs éducateurs du secteur socio éducatif.

Afin de s'imprégner de ces différents diplômes et métiers, nous avons récapitulé les grandes lignes les concernant à travers le cadre législatif, les conditions d'accès à la formation, la formation en elle-même et les principales fonctions s'y référant. Pour avoir une vision globale, nous avons opté pour une présentation sous forme de trois tableaux.

Réf. ²¹	Cadre de santé	Cadre socio éducatif
Base légale	Arrêté du 18 août 1995 n° 95-926 relatif au diplôme de Cadre de santé (CDS) articles 4-5-6-7-8-8bis-8ter-9. Décret n°2012-1466 du 24 décembre 2012 portant statut particulier du corps des cadres de santé paramédicaux de la fonction publique hospitalière.	Décret n°2004-289 du 25 mars 2004 relatif au Certificat d'aptitude aux fonctions d'encadrement et de responsable d'unité d'intervention sociale (CAFERUIS). Décret n°2007-839 du 11 mai 2007 portant statut particulier du corps des cadres socio éducatifs de la fonction publique hospitalière.
Conditions concours	Avec 4 ans d'expérience dans son domaine d'activité et suite à un concours d'entrée, une formation en alternance entre théorie et stages sur 1 an dans un Institut de formation de cadre de santé (IFCS) souvent rattachés à un Centre hospitalier universitaire (CHU).	Avec 4 ans d'expérience dans son domaine d'activité et suite à un concours d'entrée, une formation en alternance entre théorie et stages sur 2 ans dans une école ou centre de formation pour les travailleurs sociaux.
Diplôme	Diplôme d'Etat de cadre de santé délivré par le ministère de la santé publique. Master 1 délivré par le ministère chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche. Ce diplôme ne peut être obtenu par une Validation des acquis de l'expérience (VAE).	Certificat d'aptitude aux fonctions d'encadrement et de responsable d'unité d'intervention sociale délivré par le ministère chargé des affaires sociales. Le CAFERUIS peut également être obtenu par une VAE.
Fonctions	Encadre des équipes dans les pôles d'activités clinique et médico-technique et de formation dans les instituts, missions communes sur plusieurs structures.	Anime une unité de travail au niveau de l'intervention sociale, peut être responsable d'unité médico-sociale dans la fonction publique hospitalière.

²¹ Disponible sur : < www.legifrance.gouv.fr > et sur : < www.emploipublic.fr > consultés le 12 septembre 2014.

Réf. ²²	Infirmiers	Educateurs
Base légale	<p>Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 du CSP.</p> <p>Afin de répondre aux normes européennes, la formation d'infirmiers de secteur psychiatrique disparaît en 1992 au profit d'un diplôme d'Etat unique.</p> <p>Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier suivant les référentiels et les compétences définis en annexes I et II et suivant les articles R.4311-1 à R.4311-15 du code de la santé publique.</p>	<p>Décret n°67-138 du 22 février 1967 instituant un diplôme d'Etat d'éducateur spécialisé.</p> <p>Décret n°2007-899 du 15 mai 2007 relatif au diplôme d'Etat d'éducateur spécialisé.</p> <p>Circulaire interministérielle DGAS/SD 4A n°2007-436 du 11 décembre 2007 relative aux modalités des formations préparatoires et l'obtention de diplôme d'Etat d'éducateur spécialisé (DE ES) et du diplôme d'Etat de moniteur éducateur (DE ME).</p> <p>Ces 2 diplômes sont délivrés par le ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité, le ministère de l'éducation nationale et le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche.</p>
Conditions concours	<p>Etre titulaire du baccalauréat ou d'un titre niveau IV et suite à l'obtention du concours organisé par chaque institut de formation en soins infirmiers, une formation de 3 ans en alternance entre théorie et stages. Le diplôme s'obtient par l'obtention de 180 crédits européens et devient donc un diplôme universitaire de grade licence.</p>	<p>Etre titulaire du baccalauréat ou d'un titre niveau IV ou d'un Diplôme d'Etat aide médico psychologique (DE AMP) ou d'auxiliaire de vie et avoir exercé 5 ans dans l'emploi correspondant.</p> <p>La formation dure 3 ans en alternance entre théorie et stages.</p>
Diplôme	<p>Diplôme d'Etat infirmier délivré par le ministère de la santé.</p> <p>Diplôme de Grade licence délivré par le ministère de l'éducation nationale, de la recherche et de la technologie.</p>	<p>Diplôme d'Etat d'éducateur spécialisé délivré par le ministère de la justice, du travail, des relations sociales et de la solidarité, le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche et le ministère de la santé, de la jeunesse et des sports.</p> <p>Le diplôme d'Etat d'éducateur spécialisé donne l'attribution de 180 crédits européens (ECTS).</p>

²² Disponible sur : < www.legifrance.gouv.fr > et sur : < www.rncp.cncp.gouv.fr > consultés le 11 septembre 2014.

<p style="text-align: center;">Fonctions</p>	<p>Suivant le CSP « est considéré comme exerçant la profession d’infirmière ou d’infirmier toute personne qui, en fonction des diplômes qui l’y habilitent, donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou bien en application de rôle propre qui lui est dévolu. En outre, l’infirmière ou l’infirmier participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d’éducation à la santé et de formation ou d’encadrement ».</p>	<p>Suivant le Répertoire National des Certifications Professionnelles (RNCP) « L’éducateur spécialisé est impliqué dans une relation socio-éducative de proximité inscrite dans une temporalité. Il aide et accompagne des personnes, des groupes ou des familles en difficulté dans le développement de leurs capacités de socialisation, d’autonomie, d’intégration et d’insertion ».</p>
---	--	---

Réf. ²³	Aide-soignant	Moniteur éducateur
Base légale	<p>Arrêté du 22 octobre 2005 du CSP relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant.</p> <p>Décret n°2007-1301 du 31 août 2007 du CSP qui reconnaît le diplôme d'Etat d'aide-soignant.</p>	<p>Circulaire interministérielle DGAS/SD 4A n°2007-436 du 11 décembre 2007 relative aux modalités des formations préparatoires et l'obtention de diplôme d'Etat d'éducateur spécialisé (DE ES) et du diplôme d'Etat de moniteur éducateur (DE ME).</p> <p>Ces 2 diplômes sont délivrés par le ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité, le ministère de l'éducation nationale et le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche.</p>
Conditions concours	<p>Les candidats titulaires d'un titre ou diplôme au minimum de niveau IV sont dispensés de l'épreuve écrite d'admissibilité et se présentent uniquement à l'oral.</p> <p>Suite à l'obtention du concours, l'étudiant suit un cursus de formation en alternance entre des cours théoriques et des stages sur une année.</p>	<p>Etre titulaire du baccalauréat ou d'un titre niveau IV ou détenir un DE d'aide médico-psychologique ou un DE d'auxiliaire de vie sociale ou du diplôme d'assistant familial ou un DE de technicien d'intervention sociale et familiale.</p> <p>Si le candidat n'a aucun de ces diplômes précités, une admission régionale sera organisée.</p> <p>Puis le candidat suivra une formation en alternance entre des cours théoriques et des stages sur 2 ans.</p>
Diplôme	<p>Diplôme d'Etat d'aide-soignant suivant l'article L.4391-1 modifié par l'ordonnance n°2009-1585 du 17 décembre 2009- art.24 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles requises pour l'exercice des professions médicales, pharmaceutiques et paramédicales.</p>	<p>Diplôme d'Etat de moniteur éducateur.</p>
Fonctions	<p>La définition du métier d'aide-soignant est donnée dans l'annexe IV de l'arrêté du 25 janvier 2005 : « Le rôle de l'aide-soignante est de dispenser, dans le cadre du rôle propre de l'infirmier, en collaboration avec lui et sous sa responsabilité, des soins de prévention, de maintien, de relation et d'éducation à la santé pour préserver et restaurer la continuité de la vie, le bien être et l'autonomie de la personne ».</p>	<p>Suivant le RNCP : « Le moniteur éducateur participe à l'action éducative, à l'animation et à l'organisation de la vie quotidienne de personnes en difficulté ou en situation de handicap, pour le développement de leurs capacités de socialisation, d'autonomie, d'intégration et d'insertion en fonction de leur histoire, de leurs possibilités psychologiques, physiologiques, affectives, cognitives, sociales et culturelles... ».</p>

²³ Disponible sur : <www.legifrance.gouv.fr>, sur : <www.aide-soignant.com> et sur : <www.rncp.cncp.gouv.fr>.

Consultés les 11 et 12 septembre 2014.

Il nous a semblé important de repréciser principalement à travers les textes de lois et de réglementation certains points précités concernant le cadre non seulement pour les secteurs du sanitaire et du médico-social mais, et surtout pour compléter notre sujet de recherche, les professionnels exerçant dans celles-ci. Ainsi, des enjeux professionnels entre ces différents protagonistes seraient en mouvement continuels vers une construction commune.

Nous relevons que dans ce type de réorganisation, existe un enjeu qui est majeur et qui est de faire travailler ensemble autrement des professionnels afin qu'ils se coordonnent davantage. A savoir, qu'il existe plusieurs niveaux de coordination, tout d'abord au niveau institutionnel avec les pouvoirs publics et ensuite au niveau d'une structure. Nous nous référerons à une recherche effectuée sur la commande de la Fondation de Paul Bennetot qui analyse la coordination sur plusieurs niveaux :

1. *« Le niveau opérationnel ou clinique où sont accomplis tous les actes de soins et d'accompagnement des personnes. Celui du patient ou de la personne en situation de handicap avec l'entourage et tous les professionnels en charge des soins et de son accompagnement (niveau micro ou individuel),*
2. *Celui de la structure, c'est à ce niveau que sont mobilisés les moyens humains et matériels pour assurer les missions de la structure où sont gérées toutes les questions de l'organisation du travail (niveau méso),*
3. *Le niveau institutionnel (niveau macro) qu'il soit local ou national (ville, département ou région). C'est le niveau des décideurs et/ou financeurs du système de santé »²⁴.*

A travers cette référence, nous confirmons que les questions de coordination concernent plusieurs acteurs sur plusieurs niveaux avec des enjeux divers et variés. Si la mise en pratique de ce système est défaillante, nous observerons des impacts sur la prise en charge de la personne qui pourtant est au centre du dispositif.

Afin de comprendre le cheminement de cette évolution, nous vous proposons dans une première partie d'aborder la psychiatrie par son histoire, notamment sa spécificité des soins en dehors des murs si longtemps décriée. Cette vision à travers l'histoire de la santé mentale nous permettra de mieux cerner la problématique étudiée axée principalement sur le

²⁴ Etude réalisée pour la fondation Paul Bennetot par le centre de gestion scientifique de Mines-Paris Tech. Auteurs : BLECH Marie-Aline, HENAUT Léonie, SANDAS Jean-Claude et GAND Sébastien, février 2011, p.16 Disponible sur : <www.fondationdelavenir.org/portail/wp-content/uploads/etude_coordination_cgs_fpb_fev2011.pdf>.

développement de structures médico-sociales à l'intérieur des murs des hôpitaux psychiatriques.

Comme nous l'avons évoqué, cette réorganisation hospitalière engendre des enjeux professionnels que nous aborderons dans la deuxième partie notamment à travers la coordination. Il s'agit d'analyser comment celle-ci est mise en œuvre et de comprendre comment se met en place le mécanisme élaboré par les différents professionnels influant sur leur représentations et pratiques professionnelles, et ceci malgré des points de résistance.

1 La psychiatrie : vers une nouvelle organisation hospitalière

Afin de comprendre l'évolution du paysage psychiatrique en France, il nous a semblé indispensable de revisiter son histoire et le contexte dans lequel celui-ci chemine. En effet, nous découvrirons tout d'abord la spécificité des soins psychiatriques à l'intérieur des murs ou selon le terme « à l'asile » qui vont progressivement s'externaliser vers l'extérieur.

Ainsi, les prises en charges psychiatriques se dérouleront de plus en plus en structures extrahospitalières implantées progressivement sur le territoire français avec une volonté de rapprocher les soins au plus près du lieu de vie du patient.

1.1 Son histoire atypique

1.1.1 Les soins en-dehors des murs

Du fait de la place prépondérante de la religion, les maladies mentales étaient tantôt considérées comme une manifestation divine et tantôt comme une manifestation démoniaques. Au Moyen-âge, les familles et les proches avaient en charge leur « fou » mis à part pour ceux qui se faisaient trop remarqués et finissaient sur le bûcher. A la Renaissance, il y a abandon de la démonologie de la maladie mentale.

La folie est considérée comme une maladie de l'esprit, selon la formule d'Henri Ey. Cependant il perdure l'idée que la maladie mentale a un côté surnaturel.

A la Révolution (dans les années 1789/1802) les fous quittent les prisons pour être admis dans les asiles d'aliénés.

Les malades mentaux ont un endroit spécifique où s'élaborent des méthodes de traitement moral qui seront les précurseurs de la psychothérapie. Les structures de type asilaire vont se développer progressivement sur le territoire.

1.1.2 La période asilaire

La période asilaire est impulsée par la loi de 1838 qui autorise l'ouverture d'un asile par département. L'ordonnance du 18 décembre 1839 érige ce type d'établissement sous la dénomination d'établissement public.

L'apogée de la psychiatrie se situe dans le courant du XIX^{ème} siècle et début du XX^{ème} siècle avec la mise en œuvre de la loi de 1838. Les asiles vivent en autarcie, éloignés de la population citadine, volonté fortement impulsée par les politiques liés au fait que la population dite « normale » ne souhaite pas de proximité avec la folie.

La principale cause étant la peur du fou renforcée par un sentiment d'étrangeté vis-à-vis de cet autre différent. A l'intérieur de ces asiles, les personnes y séjournent et y restent de nombreuses années, voire pour certains, toute leur vie.

A la fin du XIX^{ème} siècle Sigmund Freud (1856-1939) impulse le mouvement psychanalytique qui influence, sur plusieurs décennies, la pratique clinique pour beaucoup de psychiatres exerçant en psychiatrie. Puis vient la découverte de traitements biologiques efficaces (1917-1952) qui marquent des progrès dans la prise en charge des patients atteints de troubles psychiques.

En pleine Seconde Guerre mondiale (1942), deux précurseurs de la psychiatrie se rencontrent : Lucien Bonnafé, et François Tosquelles. Ces deux psychiatres propulsent, à partir de Saint-Alban (en Lozère), le départ de la psychothérapie institutionnelle. Elle engendre de grands changements dans la plupart des asiles de l'époque, à savoir : les portes ouvertes, la participation des patients à la vie de l'asile...

Après-guerre, Lucien Bonnafé militera plus particulièrement pour l'abrogation de la loi de 1838²⁵, la formation des soignants et l'ouverture de la psychiatrie vers la cité avec une volonté de soigner le patient au plus près de son lieu de vie c'est-à-dire à l'extérieur de l'hôpital psychiatrique.

1.1.3 La mise en place de la sectorisation

Bonnafé et Tosquelles considèrent que les personnes souffrant de troubles mentaux sont des patients comme les autres, ils seront les principaux précurseurs de la sectorisation. C'est donc, en 1945 que le livre blanc engage les pouvoirs publics vers le concept de la désaliénation qui est à l'origine de la sectorisation. Ce nouveau dispositif de prévention de soins en santé mentale appelé « secteur » est alors un outil permettant aux équipes pluri professionnelles de la psychiatrie d'assurer la proximité des soins et d'éviter chaque fois que cela reste possible, l'hospitalisation des personnes suivies en psychiatrie.

Ce livre blanc est un livre dans lequel plusieurs psychiatres de cette époque comme Ey, Le Guillant et Bonnafé élaborent des propositions. Ce livre a été présenté au gouvernement qui en a retenu certaines directives comme la mise en place de la sectorisation. Aujourd'hui ce livre blanc continue d'exister par l'Intersyndicale de défense de la psychiatrie publique l'(IDEPP).

C'est une simple circulaire qui propulse les nouveaux principes concernant la prise en charge de la maladie mentale en exerçant le soin psychiatrique au plus près de la population.

Le travail de secteur était déjà instauré depuis de nombreuses années mais il a été développé grâce à la circulaire du 15 mars 1960²⁶ avec la création de dispensaires d'hygiène mentale rattachés à un établissement de santé public ou privé ayant mission de service public hospitalier. A préciser que ce dispositif se construira lentement sur le territoire.

Et ce n'est qu'en 1985 que le législateur reconnaît la sectorisation à travers « *La loi du 31 décembre 1985 portant réforme de la psychiatrie publique qui réunit les secteurs intra et extrahospitaliers, confie à un Conseil départemental de santé mentale (redéfini par décret du*

²⁵ Loi de 1838, relative aux institutions et à la prise en charge des malades mentaux.

²⁶ Circulaire n°340 du 15 mars 1960, relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales.

14 mars 1986) le soin d'organiser la sectorisation du département et donne à l'hôpital le rôle de gestionnaire de secteurs »²⁷. C'est ainsi que le secteur psychiatrique met à la disposition de la population d'un quartier, d'une ville ou d'un département une offre de soins en santé mentale en tant que service public.

Actuellement, sur le territoire, il y a 816 secteurs de psychiatrie générale soit un secteur pour 70000 habitants.

De ce fait, le développement de la sectorisation remet en cause le système asilaire basé sur l'isolement du malade mental en proposant des soins « hors murs ».

Dans les années 60/70, l'arrivée des neuroleptiques et la prise en compte des évolutions nouvelles en thérapies psychiatriques ont permis une amélioration des conditions de vie des malades. Petit à petit, la création de cette nouvelle organisation, constituée d'un dispositif complexe et hétéroclite, a porté ses fruits et posé ses premiers jalons auprès de la cité.

Cette ébauche de travail en partenariat a favorisé la prévention, la continuité des soins voire même la réinsertion sociale et professionnelle du patient suivi en psychiatrie.

Cependant, depuis quelques années, nous observons un élargissement de la psychiatrie vers le champ de la santé mentale avec une hétérogénéité des problématiques de la souffrance psychique ce qui met en difficulté la psychiatrie.

En effet, celle-ci se retrouve confrontée à une demande exponentielle de soins avec, à contrario, des moyens financiers et humains insuffisants. De plus, il semblerait que la psychiatrie soit en perte de vitesse dans son propre domaine.

Ainsi, elle n'aurait plus une place prépondérante dans sa spécialité mais deviendrait progressivement l'un des acteurs de la santé mentale.

²⁷ LIBERMAN, Romain, neuropsychiatre et psychanalyste, « *Handicap et maladie mentale* », PUF, 8^{ème} édition, 2011, p.13

1.1.4 Le concept de santé mentale

De ce fait, nos politiques inscrivent la notion de santé mentale à travers un texte législatif qui est la circulaire du 14 mars 1990²⁸ relative aux orientations de la politique de santé mentale.

Comme le précise l'article de Sandra Philippe « *L'accent est mis sur l'apparition d'une demande de soin liée à la souffrance psychique. Au motif du coût collectif engendré par ces troubles, l'auteur de la circulaire préconise une politique de prévention* »²⁹.

En effet, la population concernée se présente souvent avec des problèmes multifactoriels (économiques, juridiques, psychologiques et sociaux).

De ce fait, la psychiatrie est de plus en plus sollicitée et ne peut à elle seule résoudre les problématiques liées à la fois à la maladie et au social. On ne sait plus lequel des deux facteurs est la conséquence de l'autre, ni où se situe exactement la pathologie mentale.

Le corollaire de ce contexte est un élargissement vers la santé mentale qui ne concerne plus uniquement la psychiatrie mais devient alors, une question de santé publique, c'est donc l'affaire de tous.

Ainsi, Marcel Jaeger nous rappelle également qu'« *au sein de la loi du 2 janvier 2002, a été prévu sur le thème des coopérations et des réseaux [...] de stimuler les complémentarités entre établissements et services ou entre institutions et milieu ouvert, par la mise en place d'une palette diversifiée de formules de coopération et de coordination : conventions..., réseaux sociaux et médico-sociaux coordonnés* »³⁰.

Les différentes modifications du système hospitalier, en particulier en psychiatrie ont modifié le travail des professionnels de la santé mentale.

D'autant que le monde hospitalier connaît depuis plusieurs années une évolution avec notamment la certification, la nouvelle gouvernance, tout ceci lié à une conjoncture économique nécessitant des changements de politiques de santé.

²⁸ Circulaire du 14 mars 1990, Claude Evin, relative aux orientations de la politique de santé mentale.

²⁹ PHILIPPE, Sandra, « *La mise en œuvre de l'action publique : un moment problématique. L'exemple de la politique de santé mentale* ». p.317.

³⁰ JAEGER, Marcel, « *L'articulation du sanitaire et du social* », Travail social et psychiatrie, 2^{ème} édition Dunod, Paris, 2006, p. 19.

Vu que, cette politique de santé mentale a la volonté d'impulser l'ouverture des pratiques qui peut nous sembler à en n'être restée qu'à ses premiers balbutiements et à ne pas avoir su développer un réel travail de réseau répondant aux besoins du public concerné.

Ainsi, les idées ne manquent pas, comme par exemple, Paul Broussolle, psychiatre, qui évoque l'idée d'instaurer une politique citoyenne de santé mentale et de créer « *...de nouveaux outils conceptuels réunissant dans une nouvelle approche institutionnelle le médical, le psychologique et le social* »³¹ et il complète son idée par le fait que « *L'évolution des pratiques ne se résume pas à la signature de conventions. Le travail en réseau suppose que les différents professionnels de chacune des filières (infirmières, médecins, psychologues, éducateurs spécialisés, assistants de service social, enseignants...) se connaissent, apprennent à travailler ensemble autour de projets communs* ».

A préciser également que, malgré une volonté impulsée par le législateur, les politiques et certains professionnels, la psychiatrie n'aurait pas su s'adapter au contexte sociétal.

Comment l'expliquer ? Y-a-t-il encore aujourd'hui les stigmates de cette psychiatrie qui a longtemps fonctionné en autarcie ?

Est-ce un problème lié au risque, pour les professionnels issus de différentes institutions, de perdre leur identité professionnelle ? Est-ce lié à la notion de corporatisme ? Ou bien encore des enjeux de territoire représentent-ils un frein ? Pourtant, des échanges existent, mais la difficulté de travailler avec des partenaires médico-sociaux, des collectivités, des associations, font que la collaboration reste difficile dans la concrétisation d'objectifs communs.

Il nous semble important d'insister sur le fait que les formations initiales des professionnels impliquent différentes corporations, par exemple : IDE (soignant), Assistante sociale (social), éducateur spécialisé (éducation)...ce qui ne facilite pas leur rencontre.

En effet, une méfiance existe vis-à-vis de l'autre professionnel, il y a une question de territoire et surtout une méconnaissance du savoir-faire de l'autre. Il faudrait des formations moins spécialisées et surtout adaptées aux réalités du terrain. Peut-être une nouvelle formation à la fois liée au sanitaire psy, au social et à l'éducatif ?

³¹ BOUSSOLES, Paul, « Pour une politique citoyenne de santé mentale », VST- Vie sociale et traitements, 2001/1 n°69, p. 43-44.

Dès lors, cela faciliterait les méfiances, les incompréhensions... et favoriserait l'articulation entre le sanitaire et le social fortement impulsée par les politiques et les ARS notamment à travers la loi HPST³².

A cela, vient se greffer le Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 qui préconise un ancrage territoriale de l'offre de soins à travers l'articulation du sanitaire et du médico-social. « *C'est dans cet objectif que la loi crée une gouvernance régionale (les ARS), le Projet régional de santé (PRS) et renforce les outils de pilotage (SROS³³, SROMS³⁴, schéma régional de prévention, contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) »³⁵.*

1.2 Une nouvelle organisation hospitalière

Aujourd'hui, les nouvelles orientations gouvernementales propulsent la nécessité d'un travail en partenariat par la création de réseaux de soins afin de répondre à l'accessibilité, à la qualité et à la continuité des soins pour tous. C'est pourquoi, le rapport Bordier de juin 2013 préconise le rapprochement des secteurs de la santé et du social. « *Le secteur médico-social entre dans le champ de compétence des ARS [...]. L'enjeu énoncé du décloisonnement est de favoriser des parcours de vie et de soins plus cohérents pour les usagers moins clivés par type de population [...].* »³⁶

1.2.1 L'impulsion donnée par les pouvoirs publics

Si, sur le secteur, le cadre institutionnel s'est déplacé au plus près de la population par le biais du Centre médico-psychologique (CMP), décrit par les politiques comme étant le « pivot des soins », il y a la nécessité d'accéder à une organisation en réseau plus développée et conventionnée.

La psychiatrie semble y accéder avec hésitation c'est-à-dire par à coup et tâtonnement.

³² Loi n°2009-879 du 212 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

³³ Schéma régional d'organisation des soins.

³⁴ Schéma régional d'organisation médico-sociale.

³⁵ Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015, p.11

³⁶ LÖCHEN, Valérie, « *Comprendre les Politiques sociales* », Dunod, Paris, 2013 4^{èmes} Edition, P.61

La politique de secteur se met ainsi en place afin de réaliser des soins au plus près du lieu de vie de la personne et fait suite au processus d'externalisation et de désinstitutionalisation entrepris avec :

- moins de lits dans les services avec pour corollaire une prise en charge de plus en plus axée sur la crise aiguë.
- davantage de structures alternatives à l'hospitalisation de type CMP, Centre d'activité à temps partiel (CATTP), appartements thérapeutiques, Hôpitaux de jour (HDJ) pour ce qui concerne le côté sanitaire de la psychiatrie
- Un développement de structures médico-sociales de type MAS, FAM, EHPAD de plus en plus à l'intérieur des institutions psychiatriques.

Ce phénomène est même devenu prépondérant sur certains sites hospitaliers transformant ainsi leur propre organisation, leur fonctionnement et leur façon d'élaborer leur projet d'établissement initialement axé sur le soin. Cette modification du paysage psychiatrique à l'intérieur de ses murs ne peut que nous questionner sur ce que ce changement peut occasionner et de quel changement il est question.

1.2.2 Pour quel changement ?

Tout d'abord ce changement est fortement préconisé par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) dont l'objectif est clairement défini comme suit : « *Evoluer les dispositifs et rechercher les moyens de réduire les volumes d'hospitalisation des personnes âgées, d'une part pour des raisons de qualité de service, d'autre part pour faciliter l'atteinte de l'ONDAM³⁷ hospitalier* ».

Nous constatons qu'à travers ces propos en 2011, l'IGAS³⁸ se positionne fortement et programme une mission axée sur les conversions hospitalières en structures médico-sociales pour non seulement apporter une réponse à une population ciblée mais également pour réduire les coûts liés aux frais d'hospitalisation.

³⁷ ONDAM : Objectif national des dépenses d'assurance maladie.

³⁸ Disponible sur : < www.igas.gouv.fr>, « *Conversions des structures hospitalières en structures médico-sociales* »

Rapport de HESSE Catherine, MAYMIL, Vincent, LE TAILLANDIER DE GABORY, Vincent, Inspection générale des affaires sociales, 2011.

Déjà, en 1999, Patrick Mordelet, alors Directeur de l'Hôpital de la Maison Blanche à Paris, explique cette évolution ainsi : « *La gestion par les hôpitaux psychiatriques de structures médico-sociales implantées sur le site même de ces établissements, est aux antipodes de la politique de la santé mentale qu'il faut conduire [...] Le discours est trop polarisé sur le maintien des moyens, la sécurité et la conservation des hôpitaux psychiatriques* »³⁹.

En conséquence, ce gestionnaire d'hôpital continue son explication et explique que :

- L'implantation de structures médico-sociales à l'intérieur des murs des institutions psychiatriques entretient la stigmatisation de la folie et de la maladie mentale,
- L'impact organisationnel, aussi bien du côté de la structure médico-sociale qu'institutionnelle, risque d'être perturbée,
- L'implantation de la structure médico-sociale dans l'hôpital formalise la priorité de conserver une hospitalisation psychiatrique.

Toutefois, malgré la pertinence des écrits de ce directeur d'hôpital, ce changement de paradigme au sein même de l'institution psychiatrique reste impulsé par les politiques tels que le confirme l'allocution de Bernard Kouchner en mars 1998 retranscrite par Sandra Philippe « *On ne peut pas demander à la médecine de prendre en charge toutes les pathologies sociales. On ne peut pas tout médicaliser, sauf à reconnaître la démission des institutions, des corps sociaux et de leurs représentants devant les problèmes de société, [...] la réponse doit être politique avant d'être psychiatrique* »⁴⁰.

De ce fait, Sandra Philippe confirme cette évolution en la décrivant de cette façon : « *La démedicalisation de la santé mentale est donc conçue comme la mise en synergie d'une multitude de domaines d'intervention dans une démarche de réhabilitation du lien social* »⁴¹. Ce phénomène l'inscrit automatiquement dans une formalisation d'action publique par le biais de la Direction générale de la santé (DGS) qui en 2001 publie un Plan de santé mentale fortement influencé par le rapport de Eric Piel et JL Roelandt⁴².

De plus, Sandra Philippe précise que « *La politique de la pathologie mentale en dégage son axe, dans une double finalité : l'amélioration de la prise en charge de la pathologie mentale*

³⁹ psydoc-fr.broca.inserm.fr/bibliothq/revues/pluriels/PLU19/plu19.html, publié par la revue Pluriel « *La lettre à la mission nationale d'appui en santé mentale* », octobre 1999.

⁴⁰ PHILIPPE, Sandra, « *La mise en œuvre de l'action publique : un moment problématique. L'exemple de la politique de santé mentale* », p.318.

⁴¹ PHILIPPE, Sandra, Ibid., p.318.

⁴² PIEL, Eric et ROELANDT Jean-Luc, « *de la psychiatrie à la santé mentale* », rapport remis en mars 2001.

et du bien-être psychique. Pour ce faire on envisage une reconfiguration radicale de l'institution psychiatrique »⁴³.

Afin de favoriser ce cheminement, le plan psychiatrie et santé mentale de 2011-2015 préconise une restructuration sur chaque territoire axée sur les coopérations entre les professionnels et établissements sanitaires et médico-social, associations et services sociaux. Il y stipule que « *Les offres sanitaires, médico-sociales et sociales doivent être articulées (grâce aux conventions prévues par la loi du 5/7/2011) afin d'organiser sur le territoire une offre cohérente, non redondante ouverte aux réalités sociales et médico-sociales des maladies mentales et du handicap psychique et à son inscription dans la société civile »⁴⁴.*

1.2.3 Quels impacts sur l'organisation hospitalière psychiatrique ?

Face à cette évolution, de la psychiatrie vers la santé mentale et les changements qu'elle continue d'engendrer, peu de mobilisation mais surtout beaucoup de freins face à ce changement. Le mot frein signifie le peu de mobilisation. Car l'information ne passe pas et il y a une dichotomie entre le fait de désirer le décloisonnement tout en sachant que les structures médico-sociales et sanitaires ne sont pas financées de la même façon.

Ainsi, suivant le type de structure que choisira de développer l'établissement, celui-ci ne sera pas sans conséquence sur leur fonctionnement.

En effet, le transfert de l'enveloppe budgétaire via l'hôpital sera partiel si la conversion s'oriente, par exemple, vers un projet FAM c'est-à-dire à double tarification ce qui implique un financement du Conseil général complété par celui de l'assurance maladie ou si la restructuration s'oriente vers un projet MAS, le transfert du budget sera total et financé entièrement par l'assurance maladie. Ce choix est très important pour l'établissement qui devra négocier avec différents acteurs politico-financeurs. En effet, les impacts seront repérables sur le projet de la structure, la réalisation de celui-ci, sur les professionnels recrutés et la population accueillie.

Il est à noter que la distinction du public accueilli au sein de ces structures FAM et MAS n'est pas aussi claire que cela aux yeux des gestionnaires et des différents professionnels.

⁴³ PHILIPPE, Sandra, *ibid.* p.319.

⁴⁴ Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015, p. 24.

C'est ainsi que dans son rapport de 2011, l'IGAS fait cette remarque : « *Si certains d'entre eux affirment que l'orientation des personnes accueillies relèvent de critères purement objectifs sur l'état de santé des personnes, d'autres en effet assurent que ce sont les financements disponibles qui ont formaté le choix de réaliser une MAS (financement unique de l'assurance maladie) ou un FAM (financement croisé assurance-maladie/CG⁴⁵). Dans un établissement, il a été clairement exposé à la mission que le fait que le CG avait bloqué les 'crédits handicap' jusqu'en 2014 avait imposé à créer une MAS alors qu'un FAM aurait moins coûté à l'hôpital, mais la mission ne peut dire quelle aurait été, dans cette hypothèse, la structure effectivement la mieux appropriée aux besoins* »⁴⁶.

Ces différents constats nous amène à mesurer l'importance du choix de la structure adaptée à la population qui est supposée être au centre des débats et donc du type de financement qu'elle bénéficiera tout en mesurant les conséquences de l'aboutissement des décisions prises à ce niveau.

Et donc, pour le sujet qui nous intéresse cela supposerait que les acteurs les plus concernés par ce type de structure, à savoir les patients/résidents et les professionnels, ne seraient pas ou peu concertés et que ce mode de fonctionnement ne serait pas sans conséquence sur la réalisation de la reconversion projetée. Cette situation est expliquée par Sandra Philippe de cette façon : « *Le mode d'accès de la santé mentale à l'agenda politique exclusivement ordonné par l'acteur gouvernemental et la non-implication des professionnels dans l'activité de formulation lui donne une nature injonctive, extérieure aux acteurs des différents champs d'actions concernés* »⁴⁷. Ces cultures professionnelles bousculées, dicit Marcel Jaeger, explique que les professionnels se mobilisent peu et font de la résistance par peur de perdre leur spécificité et leur identité professionnelle.

Ce qui explique que les professionnels se mobilisent peu et font de la résistance par peur de perdre leur spécificité et leur identité professionnelle.

Le risque ne serait-il pas que la psychiatrie soit diluée dans la sphère bio-psycho-sociale et ne soit plus repérée comme une spécialité médicale ?

⁴⁵ Conseil général.

⁴⁶ Disponible sur : <www.ladocumentationfrancaise.fr/var.storage/rapports-pubics/114000409/0000.pdf>. 111 pages. Consulté le 8/09/2014. P.40.

⁴⁷ Ibid. p.320.

Ainsi, la mise en œuvre de la politique de santé mentale est confrontée à la réticence de professionnels issus de formations et de cultures différentes.

Ce qui explique la dichotomie entre une approche globale et pluridisciplinaire des situations préconisées par les politiques et la reconnaissance de la spécificité de chacun dans un travail de transversalité et de partenariat.

Cette conversion est entravée, d'une part, par le cloisonnement des métiers du sanitaire et du social, par les différentes structures sanitaires et médico-sociales et d'autre part, par le repli autarcique des professionnels du soin et du social qui sont en difficulté pour effectuer un réel travail de coopération.

De même, nous retrouvons les mêmes difficultés à travers l'implantation des structures médico-sociales à l'intérieur des hôpitaux psychiatriques impulsée par les politiques de santé publique notamment à travers différents plans de santé mentale, nous sommes ici dans une « *approche du changement issue des travaux néo-institutionnelles qui l'appréhendent comme fondamentalement lent, marginal et soumis à des cadres institutionnels contraignants* »⁴⁸.

Ces mêmes auteurs poursuivent leur analyse comme suit : « *Dans cette lignée, les néo-institutionnalistes historiques caractérisent la continuité des politiques publiques par la formation de chemins (paths) institutionnels : le chemin déjà emprunté réduit la capacité des institutions à s'en éloigner, c'est le phénomène de path dépendence [Pierson, 2000]* »⁴⁹.

Nous précisons que l'implantation de MAS à l'intérieur des murs de l'hôpital a pour objectif principal d'offrir un accompagnement au quotidien à des personnes lourdement handicapées pour lesquels le soin n'est plus au premier plan. Ainsi, Jean David Péroz décrit les différents besoins concernant des personnes handicapées orientés vers des MAS :

- 1) « *Une aide pour la plupart des activités relevant de l'entretien personnel et, le cas échéant, de la mobilité ;*
- 2) *Une aide à la communication et à l'expression de leurs besoins et attentes ;*
- 3) *Une aide pour tout ou partie des tâches et exigences générales et pour la relation avec autrui, notamment pour la prise de décision ;*
- 4) *Un soutien au développement et au maintien des acquisitions cognitives ;*

⁴⁸ HOEFFLER, Catherine et al, LEDOUX, Clémence, PRAT, P, Dictionnaire des politiques publiques, « *le changement* », P.136. Disponible sur : <www.Cairn.info>.

⁴⁹ Ibid. P.136.

5) *Des soins de santé réguliers et d'accompagnement psychologique* »⁵⁰.

Comme nous l'avons déjà évoqué, la MAS est une structure médico-sociale où exercent différentes professions du sanitaire et du socio-éducatif à l'intérieur desquelles il y a également une hiérarchie.

Rappelons que les MAS relèvent des articles L.344-1 et R344-1 du Code de l'action sociale et des familles CASF qui précisent certaines obligations visant la composition des équipes pluridisciplinaires dont la structure doit être agencée. Elles sont définies : « *Comme recevant des personnes adultes handicapées n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie et dont l'état nécessite une surveillance et des soins constants. [... [Le recours à une tierce personne pour les actes ordinaires de la vie courante est nécessaire* »⁵¹.

L'enjeu prioritaire est, pour ces professionnels exerçant au quotidien auprès d'une population atypique, de se coordonner et la rencontre entre les professionnels issus de formations et diplômes différents du sanitaire et du socio-éducatif ne va pas de soi. L'histoire n'est pas nouvelle et l'enjeu pas des moindres. En effet, « *Le divorce culturel entre ces professionnels s'explique d'abord par des filières de formation étanches, les cycles de formation relevant d'écoles ou d'instituts spécifiques. Au cours d'une carrière, les promotions se déroulent au sein de la même filière, sauf à reprendre une formation pour en changer. Les valeurs transmises au long de ces cursus sont différents : 'le sanitaire évaluant et traitant (diagnostic et déficience) et le médicosocial qui étaye la personne dans sa vie au quotidien (palliant incapacité et désavantage social)'. Ainsi, il n'est pas simple, quand on a appliqué longtemps 'des protocoles de soins', de passer à la mise en œuvre d'un projet de vie individualisé* »⁵².

Donc, nous relevons que la place des cultures professionnelles est très marquée voir revendiquée et comme le préconise le sociologue Marcel Jaeger à travers sa réflexion : « *Faire accepter aux professionnels les changements nécessaires implique des modifications dans l'organisation du travail et dans les identités de chacun. L'auteur insiste sur les différences culturelles enracinées des professions éducatives et soignantes* »⁵³.

⁵⁰ PEROZ, Jean David, « *Les politiques sociales en France* », Dunod, Paris, 2013, p.105.

⁵¹ Op cit. p.105.

⁵² Disponible sur : <www.ladocumentationfrancaise.fr/var.storage/rapports-pubics/114000409/0000.pdf>. 111 pages. Consulté le 10/09/2014. P.43.

⁵³ Disponible sur : <www.psydoc.fr/broca.inserm.fr/bibliothq/revues/pluriels/PLU19/plu19.html>.

La lettre à la mission d'appui en santé mentale, « *Comment articuler le sanitaire et le médico-social* », octobre 1999.

L'idée de la coordination, comme nous l'avons déjà évoquée, est un enjeu fortement préconisé et impulsé par l'Etat via les ARS. Il est observé depuis de nombreuses années un cloisonnement entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social. Le HCSP l'évoque comme ceci : « *Le constat est également fait d'un cloisonnement entre acteurs, structures sanitaires, d'une part, et acteurs sociaux, médico- sociaux, éducatifs et judiciaires, d'autre part. Ce cloisonnement ne facilite pas la cohérence des organisations et des interventions des différents professionnels et touche surtout les patients et leurs proches : absence de lisibilité du dispositif, prise en compte insuffisante de leurs besoins dans leur globalité, ruptures dans la continuité des soins, voire des prises en charges inadaptées* »⁵⁴.

Pour autant, malgré le fait que cette perspective de travail de coordination ne date pas d'aujourd'hui, nous nous interrogeons sur les effets escomptés tant attendus au niveau étatiques à travers le développement de MAS à l'intérieur des murs des hôpitaux. Qu'en est-il aujourd'hui ?

Les fondations nécessaires à une coordination entre professionnels du sanitaire et du socio-éducatif sont-elles posées ? Et qu'entend-t-on par coordination ?

Avant de développer plus longuement ce terme à travers ce travail, abordons le tout d'abord à travers les politiques à savoir que si l'Etat préconise un travail de coordination au niveau des professionnels et structures type MAS, il n'en va pas de même au plus haut niveau étatique entre les différents ministères comme ces écrits nous le confirment : « *Cette organisation crée des besoins de coordination importants, du fait de l'imbrication des sujets. Le positionnement du secrétaire général des ministères sociaux, qui a notamment conduit la mise en place des ARS, découle de ce besoin de coordination, sans pour autant y apporter de réponse suffisante. Quand à la définition des politiques dans le secteur médico-social, elle est d'autant moins naturellement coordonnée par les politiques de santé qu'elle est souvent rattachée à un autre périmètre ministériel que celui de la santé* »⁵⁵.

Ainsi, nous constatons l'existence de difficultés de coordination au plus haut niveau de l'état c'est-à-dire au niveau des ministères, de la région à travers les ARS pour faire appliquer cette

⁵⁴ Rapport du Haut Conseil de la santé publique, « *Evaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008* », octobre 2011, p.55.

⁵⁵ PENAUD, P, AMGHAR, YG, BOURDAIS, JF, DEUMIE, B, DUPAYS, S, LALOUE ? F, LEOST ? H, MOLEUX, M, SCOTTON, C, « *Politiques sociales* », Presses de sciences Po et Dalloz, Collection Amphi, 2^{ème} édition revue et mise à jour 2013, P.679.

politique auprès des différents acteurs locaux. Mais cette politique de type top-down est-elle vraiment efficace sur le terrain ? Les différents acteurs concernés s'en saisissent-ils vraiment ?

En conséquence, les effets escomptés de l'implantation de MAS en milieu hospitalier ne semblent pas correspondre aux attentes étatiques malgré de nombreux essais depuis plusieurs années car on est toujours dans des cloisonnements d'organisation, de financements...

2 Les enjeux professionnels de la réorganisation

Nous pouvons affirmer que si l'enjeu majeur des pouvoirs publics est de faire travailler ensemble autrement les professionnels pour qu'ils se coordonnent davantage, les travaux de la littérature nous orientent plutôt vers les notions de collaboration, coopération et de complémentarité.

Mais pourquoi ces professionnels doivent-ils se coordonner ? Car ces professionnels de formations différentes ont vocation de travailler ensemble et ont des approches différentes vis-à-vis de leurs collègues et du résident.

L'objectif de cette deuxième partie est donc d'essayer de qualifier l'évolution de ces pratiques professionnelles pour ensuite analyser les limites en abordant les notions de résistances et de freins au changement face à une réalité complexe et instable des besoins des personnes.

2.1 Un enjeu : se coordonner entre professionnels de différentes natures

Afin de développer plus précisément notre sujet, nous allons à travers la littérature apporter des éléments de définition concernant les termes de collaboration, coopération et de complémentarité afin de préciser ce que l'on entend par coordination :

➤ La collaboration

La définition du terme collaboration suivant le Petit Larousse est l' : « *Action de collaborer avec quelqu'un à quelque chose* »⁵⁶ ce qui implique de définir le verbe collaborer qui est de « *Travailler avec d'autres à une œuvre commune* »⁵⁷. A travers cette définition, nous constatons rapidement que la personnalité de chacun et surtout la méconnaissance de la profession de l'autre interfèrent sur les relations professionnelles entre les individus. Ainsi, les structures médico-sociales ont provoqué la rencontre de différents professionnels ayant vocation de travailler ensemble.

C'est pourquoi, Marcel Jaeger complète largement cette première définition et affirme que « *La collaboration de tous ces professionnels implique en effet au quotidien des enjeux de pouvoir, dans une situation plus complexe qu'autrefois où chacun pouvait développer sa propre culture professionnelle sans se préoccuper particulièrement de celle des autres* »⁵⁸. Cette situation provoque des rencontres parfois conflictuelles, aboutissant ou pas à une forme de travail ensemble définit comme ceci : « *C'est dans cette dispute vivante des langues et des points de vue que le travail de collaboration peut s'opérer* »⁵⁹ (Paul Bourjeac, 2007).

En conséquence, nous constatons que les soignants utilisent un vocabulaire médical et les éducateurs un vocabulaire imprégné d'une logique éducative. Ce fonctionnement très sectorisé consolide l'idée d'un domaine soignant et d'un autre éducatif qui s'oppose et que seule la collaboration peut unir pour se diriger vers un sens commun.

➤ La coopération

En conséquence, les professionnels construisent l'élaboration d'un projet partagé et tendent vers un objectif commun impliquant des enjeux de part et d'autre « *Un construit d'action*

⁵⁶ Le Petit Larousse illustré, 2007, p.264.

⁵⁷ Ibid. p.264.

⁵⁸ JAEGER, Marcel, « *L'articulation du sanitaire et du social* », 2^{ème} édition, Dunaux, Paris, 2006, p.125.

⁵⁹ BOURJAC, Paul, « *Sanitaire et médico-social : un conflit conjugal ?* », 2007.

Disponible sur :< www.cairn.info>. Consulté le 13 juillet 2014

collective à travers lequel les membres inventent et fixent de nouvelles façons de jouer le jeu social de la coopération et du conflit »⁶⁰ (Crozier et Friedberg, 1977).

L'enjeu est donc ici, la rencontre entre deux cultures professionnelles différentes ce qui a pour conséquence un phénomène d'acculturation défini comme « *Une modification des modèles culturels de base de deux ou plusieurs groupes d'individus, de deux ou plusieurs ethnies distinctes, résultant du contact direct et continu de leurs cultures différentes* »⁶¹.

➤ **La complémentarité**

Nous en arrivons à la définition de la complémentarité qui, selon le dictionnaire Larousse, est le : « *Caractère de ce qui est complémentaire* »⁶² c'est-à-dire : « *Qui constitue un complément, vient compléter une chose de même nature* »⁶³. Toutefois, la littérature nous confirme une évolution des pratiques professionnelles tant du côté du sanitaire que de l'éducatif qui se décrit ainsi : « *A force de travailler ensemble, les gens élaborent des règles, des valeurs et des pratiques communément admises pour gérer leurs relations de solidarité, d'entraide, de complémentarité* »⁶⁴.

➤ **La coordination**

Nathalie Blanchard définit le terme de coordination ainsi : « *Le terme de coordination vient du latin 'ordinatio' qui signifie 'mise en ordre', qui indique une volonté d'agencer des parties selon un plan logique, pour une fin déterminée, et sous-entend une notion de cohérence. Le préfixe 'Co' qui vient du latin 'cum' (avec) indique une dimension plurielle* »⁶⁵. Cet auteur nous affirme que d'une part, les actions sont menées dans un certain contexte avec un objectif

⁶⁰ CROZIER Michel, FRIEDBERG Eric, « *L'acteur et le système* », Editions du Seuil, 1977, p.35.

⁶¹ Disponible sur : <www.larousse.fr>, Dictionnaires français. Consulté le 14 septembre 2014.

⁶² Dictionnaire Larousse Illustré, 2007, p.272.

⁶³ Ibid., p.272.

⁶⁴ CHEVALIER, Jacques, « *Identité, organisation, institution* », pages 239-251, dans l'ouvrage intitulé « *L'identité politique* », PUF, 1994, cite à la page 247 Sainsaulieu (R).

⁶⁵ BLANCHARD, Nathalie, « *Du réseau à la coordination gérontologique : un nouveau paradigme pour le secteur médicosocial ?* », Retraite et société, 3/2004, (n°43), p.165-186.

commun : la globalité de la personne et que d'autre part, pour y accéder, il y a nécessité d'avoir une entente commune du groupe.

Le sociologue Mintzberg (1979,1989), définit la coordination comme : « *Toute activité humaine qui donne naissance à deux besoins fondamentaux : la division du travail entre différentes tâches et la coordination de ces tâches pour accomplir une activité. Il distingue six mécanismes de coordination :*

1. *L'ajustement mutuel : La réalisation du travail par le biais d'une communication informelle (ex : deux ouvriers qui communiquent à voix orale),*
2. *La supervision directe : la coordination du travail pas l'intermédiaire d'une seule personne qui donne les ordres et instructions à plusieurs autres personnes travaillant en relation,*
3. *La standardisation des procédés de travail : elle réalise la coordination en spécifiant les procédés de travail. Ces standards sont habituellement au niveau de la technostructure,*
4. *La standardisation des résultats : elle réalise la coordination du travail en spécifiant les résultats des différents types de travail. Les standards sont ceux établis par la technostructure,*
5. *La standardisation des qualifications et du savoir : elle effectue la coordination des différents types de travail par le biais d'une formation spécifique de celui qui exécute le travail,*
6. *La standardisation des normes et des valeurs : Une standardisation à travers laquelle les normes et les valeurs dictent le travail dans sa globalité »⁶⁶.*

Pour le sujet qui nous intéresse, ces différentes définitions nous interpellent et nous interrogent à nouveau au niveau des pratiques professionnelles. Mais pourquoi les professionnels doivent-ils se coordonner ? Est-ce que l'on coordonne ou est-on dans la collaboration, la coopération ou bien encore la complémentarité ? Rappelons que ces professionnels ont vocation de travailler ensemble au quotidien.

⁶⁶ Disponible sur : <www.fondationdelavenir.org/potail/wp-content/uploads/etude_coordination_cgs_fpb_fev2011_pdf>. p.23. Consulté le 30 août 2014.

2.1.1 Des professionnels différents, des approches différentes

Notons que si dans les structures médico-sociales les professionnels issus du sanitaire et du socio-éducatif ont vocation de travailler ensemble, la coordination n'est pas un fait établi. En effet, nous sommes en présence d'une rencontre entre différentes formations et identités professionnelles. Ainsi, des professionnels auront des représentations sur les fonctions de leurs collègues en pensant qu'ils exercent de telle façon.

A travers les témoignages de professionnels exerçant en MAS, nous allons essayer d'en comprendre les mécanismes mis en place pour réaliser ce travail ensemble au quotidien. Nous ne parlerons pas des médecins ni des psychologues mais orienterons notre études vers les professions dites paramédicales.

En effet, il semblerait qu'à travers les réponses des professionnels, issu du sanitaire et du socio-éducatif des approches différentes soient repérées. Par exemple, la cadre de santé du CH D2 l'évoque de cette façon : « *Par moment forcément, il y a de l'incompréhension des uns par rapport aux autres qui ne comprennent pas pourquoi l'autre fait cela et pas elle, pourquoi quand un aide-soignant arrive à faire deux toilettes alors que le moniteur éducateur n'en fait qu'une* »⁶⁷. L'aide-soignante n°1 de cette même MAS l'exprime ainsi : « *Ici, on est un lieu de vie et pas un lieu de soins, par exemple, une toilette dans la formation d'aide-soignante, elle se fait comme cela et nous ici, ce n'est pas cela du tout, c'est donc différent* », elle complète cette affirmation et dit : « *En tant que soignant, on va aider. Si vous êtes quelqu'un du milieu éducatif vous direz : je veux bien t'aider mais je t'explique et tu le fais toi !* »⁶⁸. Et du côté éducatif, l'éducatrice spécialisée du CH HA exprime les approches de cette façon : « *Ce sont les pratiques qui sont différentes, on fait autant de soin dans l'éducatif et de l'éducatif dans le soin* »⁶⁹. La monitrice éducatrice de cette même structure complète et affirme que : « *Ce que je vois dans le travail éducatif, c'est des essais, on essaie, c'est s'autoriser des choses, revenir en arrière, prendre sur soi, réfléchir, réévaluer et je pense que dans le soin c'est un peu bridé, ce n'est peut-être pas le mot !* »⁷⁰.

⁶⁷ Entretien n°10 Cadre de santé MAS du CH D2.

⁶⁸ Entretien n°1 Aide-soignante MAS du CH HA.

⁶⁹ Entretien n°1 Educatrice spécialisée MAS du CH HA.

⁷⁰ Entretien n°8 Monitrice éducatrice MAS du CH HA.

De cette façon, nous constatons à travers ces différents verbatimes que les formations initiales différentes des professionnels ont un impact sur la manière d'aborder les personnes au quotidien.

De plus, la personnalité de chacun et surtout la méconnaissance de la profession de l'autre peut influencer sur les relations professionnelles entre les individus. Ce constat est dû à la création des structures médico-sociales qui a provoqué la rencontre du sanitaire et de l'éducatif incitant les professionnels issus de formations différentes à travailler ensemble sans que ces mêmes professionnels aient eu en amont une orientation les préparant à cette nouvelle forme de coopération. Reprécisons que ces professionnels exercent au quotidien auprès d'une population atypique parce que handicapée physiquement et psychiquement et donc très dépendante du professionnel exerçant en MAS.

Dès lors, des modifications de comportements sont repérables à travers les différents témoignages, celle-ci étant principalement liée à une démarche d'accompagnement spécifique pour une population atypique.

C'est donc pour ces différentes raisons, que l'enjeu est ici, pour ces différents professionnels, issus de formations et de cultures différentes, de se rencontrer à un moment donné et d'accepter d'accéder à une forme d'acculturation qui est une « *Modification des modèles culturels de base de deux ou plusieurs groupes d'individus, de deux ou plusieurs ethnies distinctes résultant du contact direct et continu de leurs cultures* »⁷¹.

Toutefois, n'oublions pas que la souffrance physique et psychique des résidents accueillis en MAS réinterroge les pratiques : « *La difficulté à cerner le concept produit chez les différents intervenants, une inquiétude, voire bien souvent un désarroi, devant l'inefficacité des différents outils techniques et sociaux dont ils disposent* »⁷².

C'est pourquoi, l'évolution des représentations se construit à travers l'observation des pratiques des professionnels issus du sanitaire et du médico-social envers la personne handicapée.

⁷¹ Disponible sur : < <http://www.larousse.com/en/dictionnaires/francais/comp%A9tence/17648>>.

⁷² Haut Comité de la santé publique, « *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*, Rennes », 1998, p.100.

Par rapport au ressenti du professionnel, l'éducatrice spécialisée du CH HA évoque ceci : « *C'est très dur, ils ne communiquent pas comme nous avec le langage donc, nos petites victoires, c'est quand ils évoluent... Ces petites victoires qui ont leur importance* »⁷³.

L'aide-soignante n°2 du CH D2 parle de sa pratique ainsi : « *On échange un peu nos ressentis et nos petites techniques qui font que cela améliore le quotidien de tout le monde* »⁷⁴. L'infirmière n°2 du CH HA explique son ressenti et son vécu en disant : « *Depuis que je suis diplômée, j'ai toujours travaillé avec des éducateurs et c'est vrai qu'il a fallu que je mette de l'eau dans mon vin par moment et c'est fait depuis bien longtemps. Eux m'apportent aussi beaucoup et cela a changé aussi ma façon de travailler en révisant des choses, c'est instructif* »⁷⁵.

En conséquence, face à cette population atypique si beaucoup de professionnels disent se sentir bien aujourd'hui dans leurs fonctions et être bien intégrés dans leur structure et au sein de l'équipe, nous repérons que cela n'a pas été toujours le cas. C'est ainsi qu'à travers leurs témoignages que pour la majorité d'entre eux, il leur a fallu un temps plus ou moins long d'adaptation non seulement vis-à-vis des résidents de la MAS mais également entre professionnels issus de différentes formations pour composer.

De plus, nous constatons que ces différents professionnels ont des pratiques qui évoluent confirmées par Marcel Jaeger (2005) à travers ces propos : « *Ce qui est sûr, c'est que les changements à venir impliquent des modifications profondes, à la fois dans l'organisation du travail de chacun et dans les identités. Relations pas toujours faciles entre les éducateurs spécialisés et les infirmiers* »⁷⁶.

Toutefois, même s'il y a des difficultés à travailler ensemble, il semblerait qu'il y ait une forme de complémentarité qui se mette en place progressivement comme l'évoque l'aide-soignante n°1 de la MAS du CH HA en disant qu' « *Il y a une façon de raisonner, une approche à la personne qui est différente de la notre...A force de travailler avec eux, de faire un complément, de discuter sur certaines pratiques, certaines approches, moi, j'y suis arrivée* »⁷⁷.

⁷³ Entretien n°1 Educatrice spécialisée du CH HA.

⁷⁴ Entretien n°15, Aide-soignant n°2 de la MAS du CH D2.

⁷⁵ Entretien n°5, Infirmière n°2 de la MAS du CH HA.

⁷⁶ Disponible sur : <www.erudit.org/revue/smq/2005/v30/n1/011271ar.html>. Consulté le 4 septembre 2014.

⁷⁷ Entretien n°3 Aide-soignante n°1 du CH HA.

Robert Mucchielli (2007) évoque ce travail d'équipe en disant que les différentes catégories professionnelles sont : « *Obligées pour réaliser l'objectif, de se compléter, de s'articuler, de dépendre les uns des autres* »⁷⁸. C'est pourquoi, cet auteur pose d'emblée les bases du travail en équipe qui repose donc sur une entraide et une solidarité forte dans l'action. Pour cette étape, il est indispensable d'avoir une bonne connaissance des capacités et des compétences des autres professionnels.

De plus, une communication interpersonnelle facile avec une expression possible des désaccords est repérée lors des entretiens avec certains professionnels et reste une condition sine qua non. Par conséquent, l'infirmière n°2 du CH HA évoque ce fait en disant : « *C'est vrai que l'on ne fonctionne pas pareil. Cela arrive encore que l'on ait des échanges un peu dynamiques sur notre façon de travailler et sur la leur. Je pense que l'on arrive quand même à échanger facilement et à mettre un peu cartes sur table et du coup, le fait de faire cela, le fait que chacun soit franc, on a de bons rapports* »⁷⁹.

Ces propos peuvent confirmer l'existence d'un groupe identitaire construisant ainsi sa propre culture définit par Alex Mucchielli (2009) de cette façon : « *Une culture, c'est un ensemble d'acquis communs aux membres d'un groupe et c'est aussi toutes les expressions et les réalisations issues de ce système d'acquis mentaux* »⁸⁰.

Par ces propos, nous constatons que l'identité professionnelle est toujours en mouvement, elle se construit, se déforme ce qui a pour corollaire des crises identitaires. Christian Dubar évoque ce processus au cœur même de l'exercice professionnel, au quotidien dans la manière dont la personne s'identifie à l'autre.

Nous en déduisons que plusieurs facteurs semblent contribuer à l'évolution des pratiques comme l'histoire du projet de la structure, son élaboration et sa réalisation au sein de l'institution hospitalière.

De plus, l'expérience de certains professionnels notamment dans le domaine de la psychiatrie favorise le travail de collaboration et semble se rapprocher de la coordination par à coup, coordination si fortement préconisée par l'ARS.

⁷⁸ MUCCHIELLI, Robert, « *Le travail en équipe* », ESF, 10^{ème} édition, 2007, p.16.

⁷⁹ Entretien n°5, Infirmière n°2 du CH HA.

⁸⁰ MUCCHIELLI Alex, « *L'identité* », PUF, 7^{ème} édition, 2009, p.47.

2.1.2 Une nécessité de faire évoluer les représentations

Afin d'accéder à ce travail ensemble, il faut que les professionnels se représentent leur travail, celui des autres ainsi que les résidents dont ils s'occupent au quotidien. Mais comment vont-ils faire évoluer leurs représentations?

Tout d'abord, voyons du côté de la littérature le terme de représentation qui « *Désigne étymologiquement « l'action de replacer devant les yeux de quelqu'un »*⁸¹. Par sa simplicité, cette définition explique le processus enclenché par l'individu qui est la manière de voir les choses. Ainsi, « *La représentation sociale recouvre l'ensemble des croyances, des opinions, des attitudes qui sont produites et partagées par les membres d'un groupe, en direction d'un objet social donné* ».

Et Moscovici (1961), de préciser que la représentation sociale : « *résulte d'une activité de construction spécifique qui consiste en un 'véritable remodelage mental de l'objet'* »⁸². Allons voir du côté du terrain comment les professionnels se saisissent de ces représentations afin de les faire évoluer.

L'infirmière n°1 du CH HA qui travaille à la fois sur la MAS et en EHPAD évoque son regard sur l'autre professionnel de cette façon : « *J'ai un autre regard maintenant et effectivement cela peut influencer aussi sur mon comportement même au niveau des personnes âgées* »⁸³.

Ainsi, par sa pratique, la monitrice-éducatrice du CH HA dit que : « *Forcément, quand on dépasse les clivages des places, du coup on se met au travail et puis cela c'est aussi le propre d'une équipe qui se joue là* »⁸⁴.

En conséquence, la communication semblerait avoir une place qui influe sur les représentations des professionnels et donc sur leurs pratiques.

⁸¹ Disponible sur : <fr.wikipedia.org/wiki/Représentation>. Consulté le 17 septembre 2014.

⁸² Disponible sur : <cm1_guimelli_les_representations_sociales_080321_156(1) [Mode de comptabilité]-Microsoft Word>. Consulté le 17 septembre 2014.

⁸³ Entretien n°4 Infirmière n°1 du CH HA.

⁸⁴ Entretien n°2 Monitrice éducatrice du CH HA.

2.1.3 Un besoin de communication

Il semble qu'à travers les différents entretiens la place de la communication est importante, voir indispensable au bon fonctionnement dans une structure où travaille une équipe pluridisciplinaire. En effet, la communication peut faire bouger les pratiques et donc les professionnels doivent échanger sur leurs pratiques afin d'accéder à une meilleure connaissance non seulement de l'autre en tant que professionnel mais également en tant que personne.

Par conséquent, l'aide-soignante n°2 du CH D2 évoque la place de la communication : « *Finalement, on arrive à communiquer, on n'a pas toujours le même avis, c'est normal mais on arrive à en parler, à travailler autour du résident* »⁸⁵. L'infirmière n°2 du CH HA complète et dit : « *Ici, on a la chance d'avoir beaucoup de réunions, des réunions cliniques, des supervisions à des rythmes importants et réguliers ce qui nous permet de nous remettre en question* »⁸⁶. De même, la monitrice éducatrice n°1 du CH HA rajoute : « *Après, une fois que les choses se sont travaillées, je veux dire que les rencontres se sont faites, la communication, que l'on a pu commencer à expliquer comment on faisait, le pourquoi, je pense que cela a été un peu mieux compris* »⁸⁷. La cadre de santé du CH D2, renforce cette nécessité de communiquer et dit : « *Je leur demande de communiquer, que chacun puisse expliquer à l'autre le comment il voit le soin...On travaille tous ensemble. Donc, petit à petit, l'éduc comprend le soignant et le soignant arrive à comprendre mais cela n'est pas simple tous les jours !* »⁸⁸.

En définitive, à travers ces réponses nous remarquons que la communication entre les différents professionnels a une place centrale puisqu'elle permet d'échanger voir de débloquent certaines situations lors de différentes réunions et supervisions.

Mais voyons ce que l'on entend par communication qui semble être une pièce maîtresse afin d'accéder à une certaine coordination entre ces différents professionnels, l'objectif principal étant de mener à bien une action collective.

⁸⁵ Entretien n°15 Aide-soignante n°2 du CH D2.

⁸⁶ Entretien n°5 Infirmière n°2 du CH HA.

⁸⁷ Entretien n°2 Monitrice éducatrice du CH HA.

⁸⁸ Entretien n°10 Cadre de santé du CH D2.

Le terme de communication vient du latin (mise en commun, échange de propos, action de faire part). Cependant, nous ne pouvons aborder la communication sans évoquer, comme le précise Roger Mucchielli « *l'attitude de coopération* » qu'il définit par quatre aspects :

- ✓ « *Une appartenance affective au groupe*
- ✓ *Une participation active à la vie de ce groupe, à son histoire, à ses progrès*
- ✓ *Une acceptation de rôles actifs*
- ✓ *Un sentiment de coresponsabilité dans les résultats atteints et dans les décisions »⁸⁹.*

Par cette définition, Roger Mucchielli met l'accent sur l'importance entre l'envie de coopérer et ce qui en découle : l'action.

Claude E. Shannon⁹⁰, mathématicien américain, a développé une théorie qui a servi de fondement aux communications modernes. Il a essayé de comprendre comment la communication se passait et a élaboré une théorie selon laquelle l'information est traitée de façon linéaire basique : un émetteur envoie un message à un récepteur. L'essentiel étant que le message passe, c'est donc un processus rétréci de la communication.

C'est ainsi que l'école de Palo Alto, ville de Californie où se regroupe un groupe de chercheurs, travaillent sur la théorie de la communication, le développent et parlent d'interactions entre les individus. Ces chercheurs en arrivent à déduire que l'individu n'est jamais seul et fait parti d'un système d'interactions complexes influant sur la qualité de la transmission de l'information. C'est le principe de la méta-communication qui est que toute information comporte deux faces :

- ✓ Un contenu explicite (mots, phrases...),
- ✓ Un contenu implicite (expression, attitude...).

De plus, Grégory Bateson⁹¹, l'un des fondateurs de l'école Palo Alto, contribue à ces recherches et développe en 1942 les théories systémiques. Nous sommes ici sur les effets de spirale et de complexité des Systèmes.

C'est en effet, après avoir réfléchi aux notions d'interrelations entre les individus, notamment auprès de civilisations lointaines (coutumes, rites...), qu'il découvre l'importance dans la

⁸⁹ MUCCHIELLI, Roger, « *Communications et réseaux de communication* », 10^{ème} éd. Paris, Editions ESF, 1999, p.102.

⁹⁰ SHANNON, Claude E, « *De la théorie mathématique de l'information* », 1998.

⁹¹ BATESON, Grégory, Anthropologue, Ethnologue et Zoologue américain (1904-1980).

manière d'envoyer un message mais aussi dans celle de la recevoir. D'où un effet de feedback (ou de rétroaction) facilement observable chez l'individu.

Donc, ce qui caractérise la communication et comme le précise Nicole Aubert, c'est qu'elle est axée sur la relation. Le point d'équilibre dans la communication se situe dans le contenu de l'information et la relation à l'autre. On peut parler alors de l'art de communiquer quand le sujet est acteur dans la communication et que celle-ci « *Vise d'abord à créer un commerce d'idées, d'expériences, de visions fondées sur des logiques d'intérêts différents, voir opposés qui ne peuvent se rencontrer que si les protagonistes sont convaincus que c'est le meilleur chemin pour atteindre leurs buts* »⁹².

Nous compléterons en disant également qu'avant chaque communication il semble important de réfléchir pour analyser ce que le professionnel met en jeu : son projet, sa crédibilité, son pouvoir d'influencer et ce que cela implique pour l'ensemble des acteurs concernés.

C'est ainsi que nous en déduisons que la communication interprofessionnelle est un élément indispensable pour accéder à l'acculturation. En effet, cette évolution a non seulement pour corollaire une meilleure représentation du travail de l'autre mais également une évolution dans les pratiques du professionnel.

Pour autant, si on arrive finalement à ce qu'il y ait plus de communication, on observe que l'on ne peut parler vraiment de coordination mais plutôt de coopération et de complémentarité.

2.1.4 En amont de la coordination : la coopération et la complémentarité

La communication permettrait une évolution des pratiques que l'on définit à travers les termes de coopération et de complémentarité. Ainsi, elle serait de temps à autre dans de la coordination mais pas de façon pérenne.

Comme nous l'avons déjà évoqué, les professionnels qui exercent en MAS sont issus de formations différentes c'est-à-dire du sanitaire et du socio-éducatif.

⁹² AUBERT, Nicole, « *Diriger et motiver* », 2^{ème} éd., Paris, Editions d'organisation, 2005, p.90.

D'un côté, nous sommes sur une prise en charge orientée essentiellement sur le soin et de l'autre sur une prise en charge avec une dominante éducative. Ainsi, nous sommes face à différentes catégories professionnelles qui travaillent ensemble au quotidien et qui constituent une équipe qui est supposée se coordonner.

D'ailleurs, nous pouvons affirmer que si le plan psychiatrie et santé mentale de 2008-2011⁹³ fait une priorité sur le décloisonnement entre les professionnels du sanitaire et du médico-social, au quotidien cela n'est pas un fait établi.

Tout d'abord, les professionnels sont de formations et de catégories distinctes donc des identités professionnelles différentes ce qui a pour conséquence directe des objectifs, pour la même personne qui ne seront pas dans le même ordre de priorité voir même divergentes. Alors, de quoi parle-t-on au quotidien ? De coordination, de coopération ou de complémentarité ?

Sur le terrain, le terme de complémentarité ou complément est largement utilisé par l'ensemble des professionnels. Ainsi, l'éducatrice spécialisée du CH HA dit que : « *Je pense que de toute façon, de part nos formations d'éduc. AMP, aide-soignant, on se complète parce que l'on est tous formé à un regard spécifique* »⁹⁴. De plus, l'infirmière souligne que : « *J'ai l'impression que le soignant est peut-être plus maternant et du coup c'est toute la richesse que je trouve ici qui est de l'éducatif et qui est ce complément* »⁹⁵. Je terminerai les dires de ces professionnels issus de la MAS du CH HA par les propos de l'AMP : « *Oui, la complémentarité, une personne a besoin autant d'infirmiers que d'éducateurs. Cela va se croiser et c'est profitable pour le résident ou le patient* »⁹⁶ et par les propos de la monitrice éducatrice n°1 qui rajoute : « *C'est tout à fait complémentaire, il y a une complémentarité qui est riche et sans ces regards là, je pense que l'on ne pourrait pas prendre en charge la personne autiste. Même dans mon accompagnement au quotidien, en tant que monitrice éducatrice, la complémentarité joue un grand rôle* »⁹⁷.

Et je compléterai cette série de propos par ceux de l'AMP de cette même structure : « *Donc, après, les spécificités font que l'aide-soignante va faire ça et l'AMP va faire autrement ainsi*

⁹³ Rapport de l'HCSP sur « l'évaluation du Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 », octobre 2011.

⁹⁴ Entretien n°1 Educatrice spécialisée du CH HA.

⁹⁵ Entretien n°7 AMP du CH HA.

⁹⁶ Entretien n°7 AMP du CH HA.

⁹⁷ Entretien n°2 Monitrice éducatrice du CH HA.

que l'éducateur et c'est là où heureusement, on est complémentaire. On récupère les uns les autres par rapport à nos spécificités mais on ne se démarque pas comme cela.

On a tous les mêmes lignes de conduite »⁹⁸. L'infirmière n°1 confirme ces dires et complète : « On est perçu comme un complément pour eux de tout ce qui est soin, de tout ce qui est sanitaire. En fait, on est bien intégrée, chacun a sa place dans l'équipe. Je n'ai pas l'impression que l'infirmière soit plus que l'éducateur, chacun a sa richesse et ses informations et on met en commun après⁹⁹.

Le terme de collaboration n'est employé que par une seule professionnelle, une infirmière n°2 qui l'exprime de cette manière : « *C'est vrai que ce qui est bien c'est que l'on a des réunions assez régulièrement donc ça se joue à plusieurs niveaux. Donc, cela est vraiment une collaboration. Oui, à la MAS, on s'entend quand même bien avec des parcours différents, des formations différentes, on arrive quand même à s'apprécier et à travailler ensemble, c'est important »¹⁰⁰.*

Nous relevons à travers les réponses de ces différents professionnels que le terme de coopération n'est jamais employé et que celui de collaboration n'est employé qu'une seule fois d'où l'importance de leurs définitions que nous avons pu élaborer au début de cette partie du travail.

Pourtant, ces professionnels sont, de fait, dans la coopération (synonyme de collaboration) qui est un processus réalisé par un ensemble d'acteurs autour du résident suite à un consensus pour un objectif commun. Cette étape est primordiale afin d'accéder à une véritable coordination pérenne pour un travail cohérent.

Pour étayer nos dires, nous nous appuyerons sur Marcel Jaeger afin de repréciser les termes de coordination et de coopération. Cet auteur nous dit que : *Les deux termes ne sont pas sur le même plan : la coordination est une obligation fonctionnelle liée à des enjeux de pouvoirs ; elle résulte de l'obligation morale et politique de la coopération. Cette dernière a certes, elle aussi, une dimension fonctionnelle, mais elle répond en tout premier lieu à une demande de prise en compte de la complexité et de la pluralité des personnes en difficulté.*

⁹⁸ Entretien n°7 AMP du CH HA.

⁹⁹ Entretien n°4 Infirmière n°1 du CH HA.

¹⁰⁰ Entretien n°5 Infirmière n°2 du CH HA.

D'autre part, la coordination se situe dans la recherche d'une cohérence d'acteurs et de dispositifs, sachant qu'il n'est guère possible, pour y parvenir, d'échapper à une formalisation des procédures »¹⁰¹.

Nous en déduisons donc que pour les professionnels de terrain, la coopération serait plus accessible puisque reliée aux besoins de la personne en difficulté ce qui relierait à un moment 'T' l'ensemble des professionnels intervenant autour de cette personne.

Pour ce qui est de la coordination, l'implication de plusieurs paramètres influe sur sa mise en œuvre effective. A savoir, une injonction étatique non comprise par les acteurs de terrain puisqu'elle met en tension des enjeux de pouvoirs avec des procédures et financements morcelés.

De ce fait, cet agir ensemble avec le résident fait que l'on *retrouve ici une connotation forte d'action conjointe, impliquant une codécision et une coresponsabilité à l'image des coopératives »¹⁰²*. Cette mise en œuvre correspondrait à une nouvelle coopération mais pour autant est-on dans de la coordination ?

2.2 Entre facteurs de l'évolution : des pratiques et des résistances

Comme nous l'avons déjà évoqué, les professionnels de différentes catégories qui exercent en MAS sont tous les jours confrontés à une population atypique qui requestionne quotidiennement leurs pratiques.

Nous allons développer quels sont les facteurs qui favorisent l'évolution de leurs pratiques pour aller vers de la coopération ou de la complémentarité ou ce qui, à contrario, peut ralentir voir freiner cette évolution.

Cette partie de notre travail abordera les différences repérées sur les 2 MAS à travers le projet, la formation des professionnels et la spécificité de chacune de ces structures.

¹⁰¹ Disponible sur : <www.fondationdelavenir.org/potail/wp-content/uploads/etude_coordination_cgs_fpb_fev2011_pdf.p.13>. Consulté le 30 août 2014.

¹⁰² Circulaire DGS/SQ2/DAS/DH/DSS/DIRMI/ n°99.6489 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux.

Tout d'abord, rappelons que l'enjeu est la coordination des professionnels car ils sont issus de formations différentes et ont vocation de travailler ensemble.

2.2.1 L'histoire du projet

Il nous semble indispensable d'aborder la notion de projet à partir duquel tout processus débute. Tout d'abord allons voir du côté de la MAS HA pour laquelle le projet est porté par une association de parents d'autistes adultes qui s'offusquent d'un manque de structures adaptées pour leurs enfants sur le département.

C'est ainsi que la création de la MAS au CH HA résulte du partenariat entre le CH HA et l'Association Sésame Autisme. Cette association est reliée à la Fédération Sésame Autisme reconnue d'utilité publique au niveau national. Elle s'appuie sur les recommandations de l'HAS et de l'Agence nationale d'évaluation de la qualité des établissements sociaux (ANESM) pour « *se situer clairement sur le terrain des méthodes éducatives, comportementales et développementales* »¹⁰³. La structure est implantée dans le CH HA, elle est composée de 2 unités de 10 lits chacune, tout en rez-de-chaussée. Le projet porte une « approche partagée » entre l'équipe soignante et l'équipe éducative.

Et maintenant voyons sur le terrain, du côté des professionnels de cette MAS. L'infirmière n°2 évoque ceci : « *Je pense que c'est une bonne chose, que cela donne une ouverture d'esprit des deux côtés (sous-entendu sanitaire et éducatif). Je pense que nous apportons à la psychiatrie et nous aussi cela nous a beaucoup apporté. Par des moyens matériels, le fait qu'il y ait une blanchisserie, une cuisine, tout cela ; avoir un échange avec le service sanitaire* »¹⁰⁴. Sa collègue infirmière évoque cette évolution ainsi : « *Le fait d'être intégrés dans l'institution, c'est enrichissant aussi pour les uns et pour les autres. Au niveau de la MAS aussi puisque dans les différentes instances, il y a des représentants et on est bien intégrés, il n'y a pas de soucis* »¹⁰⁵. L'aide-soignant n°2 de cette MAS définit l'évolution des pratiques de cette façon : « *Il faut que tout le monde sache reconnaître qu'il y a eu un travail*

¹⁰³ Disponible sur : <www.sesame-autisme.com>. Consulté le 20 septembre 2014.

¹⁰⁴ Entretien n°5 Infirmière n°2 du CH HA.

¹⁰⁵ Entretien n°4 Infirmière n°1 du CH HA.

antérieur et qu'il y a un travail après et que chacun a à apporter et que quand on l'a porté, il faut passer la main à quelqu'un d'autre qui apporte autre chose. C'est cela l'évolution ! »¹⁰⁶.

Remarquons que si aujourd'hui, les choses semblent apaisées, cela n'a pas toujours été le cas lors de l'élaboration du projet. L'aide-soignant n°2 l'exprime ainsi : « *Je pense qu'il y avait beaucoup de gens qui avaient peur de se faire déposséder de leurs fonctions, de leur pouvoir. Le corps médical n'était pas spécialement pour, le service de soins disait que c'était une prise en charge moins chère »¹⁰⁷. La cadre supérieure l'évoque ainsi : « *Cela c'est fait dans un contexte très difficile parce qu'il y avait énormément d'opposition notamment du secteur sanitaire qui voyait là une porte ouverte...c'était dit comme une structure de sous qualification, le personnel étant sous qualifié donc des sous prises en charges, c'était vraiment des propos très négatifs. Cela a été une guerre totale pour maintenir le projet et quand la MAS a ouvert, faut voir ! C'était un abcès pour les autres dans l'établissement. Voilà, on est parti de cette représentation là de la MAS en 2006 ! »¹⁰⁸. Et la cadre supérieure de santé d'expliquer l'évolution des regards des professionnels exerçant dans l'institution vis-à-vis de la MAS de cette manière : « *On a fait des journées portes ouvertes, il y a eu pleins de gens de l'hôpital, de l'administration, des services...Au niveau de l'administration, on a travaillé les résistances au fur et à mesure, à travers les dossiers. Il y en a une qui a énormément fait pour la MAS, c'est Michaëla, une résidente parce qu'elle descendait régulièrement à l'administration et tout le monde avait peur et finalement, elle a fait sa place. Tout le monde maintenant dit : 'c'est Michaëla', on lui donne un bonbon et tout ça et moi, j'ai repéré au niveau de l'acceptation de Michaëla, l'intégration de la MAS, l'indicateur c'était cela ! »¹⁰⁹.***

De plus, au niveau des professionnels, elle affirme que pour accéder à un travail ensemble et à une évolution des pratiques, elle a travaillé à la redéfinition des fonctions de chacun et elle dit ceci : « *On a fait un énorme travail avec l'ancien cadre sur chaque fonction, leur rôle. On a fait des fiches de fonctions et on a fait de la planification sur la journée, sur le croisement des fonctions. Pour nous, cela a été fondamental de redéterminer les fonctions pour qu'il n'y ait pas de glissement de tâches, que le professionnel sache de quelle place il parlait, de quel rôle il agissait, de quel fonction il agissait tout en étant en coordination permanente avec les autres. Donc, une équipe pluridisciplinaire costaud où il y a ASH, AMP, aide-soignant,*

¹⁰⁶ Entretien n°9 Aide-soignant n°2 du CH HA.

¹⁰⁷ Ibid.

¹⁰⁸ Entretien n°6 Cadre supérieure de santé du CH HA.

¹⁰⁹ Ibid.

moniteur éducateur, éduc, psycho, infirmière. On a énormément travaillé sur à la fois, identifier les rôles et les fonctions et sur le croisement de chacun de ces rôles »¹¹⁰.

Nous constatons que si au départ des résistances étaient clairement exprimées, cela ne semble plus être d'actualité aujourd'hui.

Plusieurs facteurs semblent contribuer à cette évolution tout d'abord le fait que cette MAS ait été réalisée en partenariat entre l'hôpital et une association de parents d'autistes qui impulse une idée centrale d'une approche partagée entre les professionnels du sanitaire et du socio-éducatif ce qui pose d'emblée les bases d'un travail ensemble pour un objectif commun.

De plus, une volonté pour cette MAS de communiquer vers les autres structures de l'hôpital afin de se faire reconnaître, est rapidement impulsée et met en mouvement l'équipe de professionnels. Ensuite, un travail réalisé entre l'encadrement et l'équipe pour valoriser les fonctions de chacun à travers les fiches de poste et les fonctions de chacun afin que les professionnels connaissent non seulement leurs propres fonctions mais et surtout celles de leurs collègues.

Enfin, comme nous le rappelle la Fondation Avenir à travers ses propos : *« La mission portée par ces structures, c'est-à-dire de contribuer à une meilleure prise en charge des personnes en perte d'autonomie, est souvent habitée de valeurs humanistes qui peuvent avoir un rôle fédérateur pour les équipes. Ceci est renforcé quand ces professionnels participent à l'émergent d'une nouvelle structure, le groupe a alors le sentiment partagé de créer quelque chose d'unique et d'existant »¹¹¹.*

En ce qui concerne la MAS D2, l'histoire du projet est différente. C'est une MAS de 25 résidents répartis sur 2 étages sans ascenseurs. Cette structure est implantée à quelques centaines de mètres de l'hôpital à l'extérieur des murs, elle est divisée en 3 maisonnées de 8 résidents chacune. L'objectif de la création de cette MAS est d'accueillir dans le médico-social les patients de la psychiatrie adulte de cet hôpital. La cadre supérieure de santé évoque le rôle de cette MAS ainsi : *« Le projet pour ces gens là, c'est qu'ils y vivent et si possible que l'on puisse les accompagner jusqu'à leur mort. Donc, il n'y a pas de mouvement et on est vraiment dans la psychose ! Et donc, on n'existe pas tant que l'on ne fait pas parler de nous.*

¹¹⁰ Ibid.

¹¹¹ Disponible sur :

www.fondationdelavenir.org/portail/wp-content/uploads/etude_coordination_cgs_fpb_fev2011_pdf_p.24.

Consulté le 30 août 2014

Tant qu'il n'y a pas un résident qui pète tout et pour lequel, il y a nécessité d'une prise en charge psychiatrique ! »¹¹².

A préciser que cette MAS a été créée pour accueillir uniquement des patients de ce même hôpital, hospitalisés depuis de nombreuses années. Ceci est confirmé par l'infirmière qui dit qu' « elle a été ouverte surtout pour donner un peu de vie à des personnes qui étaient en pavillon psychiatrique »¹¹³. La monitrice éducatrice complète et dit que : « Pour les résidents, oui, cela a été un mieux dans le sens où avant, ils étaient mélangés avec des schizophrènes, de tout...Mais pour nous, du point de vue équipe pluridisciplinaire, il va y avoir du travail à faire, ce n'est pas encore bien établi »¹¹⁴.

De plus, parmi les professionnels qui ont participé à ce projet, peu de personnes travaillent encore auprès de ces patients aujourd'hui. Et cette même professionnelle évoque ceci : « Le projet de la MAS, on l'avait monté, nous les anciens, on faisait parti du groupe de pilotage et tout a été restructuré et on va rechanger encore, enfin on n'est pas encore bien structuré »¹¹⁵.

Nous remarquons que si au départ le projet était d'accueillir les patients « psy » dans le médico-social, cette structure n'avait pas d'autre ambition que d'offrir à cette population des locaux neufs supposés offrir également de meilleures conditions de travail pour les professionnels. Hors, cela n'est pas un fait avéré aujourd'hui.

En effet, si les locaux sont récents et offrent un certain confort pour les résidents, il n'en va pas de même pour les conditions de travail qui de par la structure de cette MAS, isole les professionnels. La cadre supérieur évoque cette problématique ainsi : « Si quelqu'un a un jour ce projet, je pense qu'il faut vraiment regarder sur l'effectif en nombre et en qualité pour un projet comme celui-là. Nous avons été très optimistes et très prétentieux à vouloir faire ces petites maisons et c'est en fait ce qui nous a tué au niveau organisationnel parce que ça aussi isolé les professionnels dans les maisons et cela n'a pas contribué à travailler la cohésion d'équipe. C'est-à-dire qu'il y a eu beaucoup de clivages, souvent seul dans une maison avec 8 résidents ce qui était compliqué. Ce genre de projet se fait toujours dans un contexte

¹¹² Entretien n°12 Cadre supérieur de santé du CH D2.

¹¹³ Entretien n°11 Infirmière du CH D2.

¹¹⁴ Entretien n°14 Monitrice éducatrice du CH D2.

¹¹⁵ Entretien n°14 Monitrice éducatrice du CH D2.

économique contraint et néanmoins, il faut rester vigilant par rapport au personnel car c'est vraiment important ! »¹¹⁶.

A travers ces dires, nous pouvons constater que l'élaboration et la création de ce projet MAS ont été réalisées dans un contexte socio-économique difficile. Pourtant, l'envie des professionnels de participer à ce projet, a pu voiler leur perception de la réalité ce qui pourrait expliquer la quasi inexistence de résistances au début de l'élaboration du projet. A préciser que ces professionnels venaient pour la plupart de l'ancienne unité où étaient hospitalisés les patients devenus par la suite des résidents.

2.2.2 La spécificité de l'autisme

Pour la MAS du CH HA, nous relevons que la spécificité de l'autisme est fortement impulsée en tout premier lieu au niveau de la fédération nationale qui en fait son leitmotiv.

Nous pouvons remarquer que les professionnels non seulement s'en saisissent mais le revendiquent également. C'est alors une réelle valeur ajoutée qui place cette MAS comme spécialisée dans le domaine de l'autisme infantile non seulement au niveau local mais également régional. A savoir que les débuts de cette revendication n'ont pas toujours été simples et la monitrice éducatrice en parle comme ceci : *« On avait des difficultés à faire reconnaître que l'on avait un public d'autistes qui était différent par exemple des psychotiques ou des gens qui étaient en psychiatrie, enfin des patients. On sentait bien que parfois, il y avait un manque de regard, de...je ne sais pas si on peut appeler cela, de formation par rapport à l'autisme, on sentait qu'il y avait un vide »¹¹⁷.*

Puis, cette revendication s'affirme progressivement et prend même une valeur rajoutée. Ce fait se remarque à travers les propos qui suivent par exemple, l'aide-soignant n°2 qui dit ceci : *« Ici, on travaille vraiment sur l'autisme, c'est pas mal, les familles ont aussi besoin de cela »¹¹⁸.* L'AMP renchérit ces propos et affirme : *« Qu'il est vrai que l'on a un rôle spécifique c'est-à-dire que les personnes autistes ont des troubles du comportement et que le comportement passe aussi par la relation et tout ce que l'on met en œuvre pour arriver à*

¹¹⁶ Entretien n°12 Cadre supérieure de santé de CH D2.

¹¹⁷ Entretien n°2 Monitrice éducatrice n°1 du CH HA.

¹¹⁸ Entretien n°9 Aide-soignant n°2 du CH HA.

essayer de les comprendre, pour les soulager, les aider à évoluer. Du coup, cela répond à un besoin. C'est vrai que l'on travaille beaucoup avec les activités et l'activité c'est très important à la MAS. C'est ce qui fait le lien avec le résident »¹¹⁹. Enfin, la cadre de santé supérieur confirme cette spécificité et dit : « Donc, parce qu'elle est spéciale (sous-entendu la MAS), alors elle est spécifique, on va dire qu'elle est spécifique dans la prise en charge de l'autisme et ça, ils y tiennent beaucoup (sous-entendu, les professionnels), c'est une MAS pour autistes adultes »¹²⁰.

Nous remarquons que pour la MAS du CH D2, aucune spécificité n'est revendiquée lors de sa création mis à part le fait que cette structure permettra d'accueillir des patients hospitalisés depuis de nombreuses années en psychiatrie et que sa création permettra de fermer une unité de psychiatrie devenue vétuste.

De ce fait, l'accent est surtout mis sur l'architecture et la modernité des locaux offrant avant tout un meilleur confort pour cette population atypique. Ce point peut expliquer en partie, la non perception de résistances de la part des professionnels qui ont été partie prenante de ce projet au départ.

2.2.3 La Formation

Afin d'aborder la formation, nous reprendrons les propos de ce moniteur éducateur qui parle de son ressenti lors de son arrivée à la MAS du CH HA, il dit : « *Moi, par rapport aux lieux, pas de problèmes, plus par rapport à comment faire avec un autiste ?* »¹²¹.

C'est ainsi que nous en arrivons à la formation et au besoin que ces professionnels ont de se former en continuant les propos de ce même moniteur éducateur qui parle de son ressenti et dit : « *Maintenant, je m'y sens bien, je suis bien intégré ici avec des possibilités de formations, d'échanges, avec des diplômes pluridisciplinaires et c'est cela la richesse du médico-social !* »¹²². La cadre supérieure de santé rajoute qu' : « *Il y a la formation, il y a beaucoup d'outils de formation, il y a l'encadrement qui est là* ». Elle appuie ces propos et dit qu' : « *on se donne les moyens, la formation. C'est une des équipes qui est la plus formée à*

¹¹⁹ Entretien n°7 Aide médico- psychologique du CH HA.

¹²⁰ Entretien n°6 Cadre supérieure de santé du CH HA.

¹²¹ Entretien n°8 Moniteur éducateur n°2 du CH HA.

¹²² Entretien n°8 Moniteur éducateur n°2 du CH HA.

l'hôpital. Il y a un taux de formation, c'est du 75% sur l'équipe ! C'est la seule équipe qui a une supervision depuis quatre ans. En psychiatrie, ils ont essayé de faire cela mais ça n'a jamais marché et là ça marche ! Alors qu'est-ce qui fait la différence ? Je suis sûr que c'est la question de la représentation du soin en psychiatrie »¹²³.

En ce qui concerne la MAS du CH D2, la formation n'est pas mise en avant peut-être par le fait que la plupart des professionnels connaissaient les résidents avant la création de la structure et que pour eux, il n'y a pas eu de véritable changement. La monitrice éducatrice en parle de cette façon : « *Moi, je ne vois pas trop de restructuration. On a mis des résidents de psy là. Moi, ce que je faisais au B1, je fais la même chose ici. Moi, je ne vois pas ma pratique changer »¹²⁴.*

Nous pouvons affirmer que l'évolution des pratiques dépend de l'histoire du projet, de la formation et de la revendication de la spécificité de la MAS.

Ainsi, la MAS du CH HA serait mieux reconnue par l'institution car elle est portée en partie par une association de parents d'autistes engagés et les professionnels ne sont pas tous issus du Centre hospitalier mais une partie a été recrutée sur le territoire national. Cette MAS revendique sa spécificité de l'autisme et s'engage à rechercher des formations adaptées à cette spécificité ce qui mobilise les professionnels dans leurs propres projets professionnels ce qui n'est pas sans conséquence pour le projet du résident.

Par contre, au niveau de la MAS du CH D2 le contexte est différent avec une histoire de restructuration axée uniquement sur le fait d'offrir un lieu de vie plus adapté pour des patients de la « psy » pour lesquels les familles sont majoritairement absentes. Le principal objectif étant d'accueillir ces patients dans des nouveaux locaux, il n'y a pas eu d'autre choix possible d'où un projet avec peu de perspectives d'évolution. De plus, les professionnels sont issus majoritairement de l'hôpital ce qui a pour conséquence peu d'ouverture vers l'extérieur.

¹²³ Entretien n°6 Cadre supérieure de santé du CH HA.

¹²⁴ Entretien n° 14 Monitrice éducatrice du CH D2.

2.2.4 Des freins au changement

Nous remarquons à travers notre analyse sur les deux MAS des réactions et comportements différents. Tout d'abord au niveau des résistances qui sont différentes mais également au niveau de la prégance de la méconnaissance de l'autre.

➤ Des résistances progressives

En ce qui concerne la MAS du CH HA, les témoignages nous démontrent que son implantation a provoqué de nombreuses discussions houleuses et conflictuelles avec des résistances très perceptibles dès le début de l'élaboration du projet.

Comme nous l'avons déjà évoqué au niveau du corps médical ainsi que de la part de la Direction des soins. Pour la MAS du CH D2 si les résistances n'ont pas été perceptibles au départ, elles se sont développées au fur et à mesure que certains problèmes apparaissaient. En effet, si au début, comme l'évoque la Cadre supérieur de santé du CH D2 que : *« Suite au déménagement, on a eu une amélioration en termes de comportement des résidents, c'est-à-dire que ce lieu aura eu vraiment un effet apaisant, c'est-à-dire que sur les premières semaines suite au déménagement, on a procédé à une diminution des traitements pour l'ensemble des résidents qui étaient présents. Cela avait été suffisamment important pour que ça puisse être remarqué par l'équipe, par le médecin »*¹²⁵. Cette professionnelle évoque cette période comme étant une lune de miel : des résidents apaisés et une équipe motivée qui portait le projet. Et puis, la pathologie psychiatrique aidant, il y a eu de nouveau des décompensations chez les résidents, des modifications dans l'équipe avec des nouvelles professions intégrant cette MAS.

Tous ces éléments ont favorisés la naissance d'une résistance progressive et insidieuse avec des concertations via l'ARS qui préconisait un travail orienté principalement vers l'éducatif. La cadre supérieure en parle ainsi : *« Au départ, on a ouvert la MAS avec des professionnels essentiellement issus du champ de la psychiatrie donc qui avaient une expérience de la pathologie mentale donc les choses coulaient. On avait changé de lieu mais la prise en*

¹²⁵ Entretien n°3 Cadre supérieure de santé du CH D2

charge continuait. Puis, petit à petit, d'ailleurs sous la pression des autorités de tutelle, l'ARS voulait absolument que l'on bosse avec des moniteurs éducateurs et des AMP et petit à petit, on s'est aperçu que ce n'était pas sans conséquences quoi ! »¹²⁶.

Il semblerait que le projet porté par les professionnels de cette MAS ne corresponde pas aux prérogatives de l'ARS. D'où un décalage au niveau des perspectives entre l'Etat et les professionnels de terrain.

C'est ainsi que des résistances non repérables au début de la création de cette MAS se sont développées au fil du temps et sont encore présentes notamment à travers le discours de professionnels présents lors de l'élaboration du projet tel que celui-ci : « *On n'a jamais vraiment eu ce que l'on avait projeté initialement* »¹²⁷.

2.2.5 La prégnance de la méconnaissance de l'autre

Il est repéré également une persistance de cette résistance lorsque cette même professionnelle du CH D2 évoque ceci : « *Le pire qui se passe ici, c'est d'intégrer les moniteurs éducateurs avec les AS (sous-entendu les aides-soignants). C'est très dur car on fait tous la même chose et une ME (Monitrice éducatrice) qui vient de l'extérieur et bien, elle ne sera pas d'accord, elle dira que normalement 'je ne dois pas faire les toilettes !' »¹²⁸. L'infirmière nous fait cette remarque : « *Il y a des résistances à certains niveaux, il y a un manque d'adaptation vis-à-vis de nous (exemple d'un rendez-vous en radiologie) C'est par ordinateur, on nous impose les horaires et c'est comme cela, adaptez-vous. Donc, c'est dommage, on est considéré comme un service lambda de l'hôpital !...Je pense que notre service n'est pas bien connu, on ne le connaît pas et du coup rien que ce fait là, il y a des résistances parce que nous on envisage un mode d'organisation, de fonctionnement différent des autres services* »¹²⁹. La cadre supérieure de santé parle de sa position : « *J'ai dépensé une énergie folle pour exister, pour dire que l'on était là, parler de ce que l'on faisait pour se faire connaître...C'est pour cela que je dis**

¹²⁶ Entretien n°3 Cadre supérieure de santé du CH D2.

¹²⁷ Entretien n°14 Monitrice éducatrice du CH D2.

¹²⁸ Ibid.

¹²⁹ Entretien n°11 Infirmière du CH D2.

exprès 'de l'autre côté de la rivière' comme si cette rivière avait créé artificiellement une frontière entre l'hôpital et la MAS »¹³⁰.

A travers ces propos nous notons que l'histoire du projet a un rôle très important et influe sur l'existence de cette MAS. Nous pouvons nous interroger sur le déroulement du processus du projet et si une bonne communication a été établie correctement à ce moment là.

De cette manière, on a pu démontrer au début de ce travail que si on arrive à mieux se connaître, on arrive à coopérer et que ce processus c'est plutôt déroulé dans la MAS du CH HA que dans celle du CH D2 où il existe toujours des représentations différentes et que tant que l'on n'arrive pas à se représenter son travail, le patient de la même manière, on sera toujours dans une difficulté à travailler ensemble en fait.

¹³⁰ Entretien n°12 Cadre supérieure de santé du CH D2.

CONCLUSION

Nous avons débuté notre travail par un constat qui est le développement de structures médico-sociales à l'intérieur des hôpitaux psychiatriques. Cette dynamique est comme nous l'avons également évoqué, fortement impulsée par les pouvoirs publics et accède aujourd'hui à une place de plus en plus prédominante au sein des centres hospitaliers.

En effet, nous pouvons affirmer aujourd'hui que le secteur médico-social est une réponse face à l'embolisation de lits d'hospitalisation en psychiatrie occupés depuis de nombreuses années par des patients pour lesquels le soin n'est plus en première ligne. Ces patients décrits comme atypiques non seulement de par leur pathologie mentale mais également par l'empreinte que les années d'hospitalisation laisse sur leur devenir.

En effet, leur réorientation vers une structure médico-sociale relève du parcours du combattant et très souvent n'aboutit pas. De plus, comme nous l'avons également évoqué dans notre étude, cette restructuration à l'intérieur des murs permet à l'hôpital de bénéficier d'un nouveau lifting pour ses locaux plus que vieillissants. D'autant que, depuis plusieurs années, les politiques de santé via les ARS préconisent des soins à moindres coûts c'est-à-dire au plus près du domicile, pour la psychiatrie adulte ce seront des soins sur le secteur (CMP-CATTP, Appartements thérapeutiques, hôpitaux de jour, foyers de postcure...) et pour les patients ne pouvant se réinsérer socialement, des structures types EHPAD, FAM et MAS à l'intérieur des centres hospitaliers.

Face à cette restructuration, nous nous sommes intéressés plus particulièrement aux impacts et différents enjeux pour les professionnels du sanitaire et du socio éducatif exerçant en MAS. S'il est vrai que la psychiatrie travaille depuis très longtemps avec des professionnels du social et du socio éducatif, comme nous l'avons évoqué dans la première partie de ce travail, aujourd'hui, la relation entre ces différents protagonistes est encore délicate malgré de fortes impulsions étatiques revendiquant la coordination.

Mais, comme nous l'avons constaté, il y a des empreintes qui ne s'effacent pas et qui stigmatisent certains domaines telles que le sanitaire et le social.

Comment se coordonnent des professions qui ont vocation de travailler ensemble alors qu'elles ne dépendent pas des mêmes ministères, des mêmes financements, des mêmes formations et diplômes ?

C'est ainsi que les questions des représentations sont fortement interrogées à travers les pratiques du quotidien. Pourtant, si les professionnels admettent une modification des remises en question voir des modifications de leurs pratiques par un processus de complémentarité, ils ne parlent pas de changement d'identité professionnelle.

A préciser également que la modification de pratiques tourne autour du résident pour lequel ils travaillent. Le résident, de par son attitude, son comportement, ses réactions... va systématiquement réinterroger leurs pratiques. D'ailleurs nous remarquons que dans la MAS du CH D2, les pratiques sont réinterrogées lors de moments difficiles ou urgents alors que les professionnels de la MAS du CH HA semblent avoir passé cette étape et travaillent sur leurs pratiques qui sont régulièrement réinterrogées lors de réunions cliniques, de l'élaboration de projets...

De plus, la place de l'investissement à la formation a un impact important en ce sens qu'elle semble remobiliser les troupes notamment à travers les témoignages de la MAS CH HA qui nous le démontrent bien.

Nous remarquons également qu'il ne suffit pas de revendiquer le changement de structure comme étant une fin en soi. En effet, le fait de créer une nouvelle MAS dans le CH D2 et d'y installer uniquement des patient « psy » de cet hôpital ne suffit pas à pérenniser le projet puisqu'il est observé au bout de quelques mois, des patients qui à nouveau décompensent, une structure qui s'isole de plus en plus, des professionnels qui sont en souffrance professionnelle... Alors que la MAS du CH HA semble rester en mouvement, organise des portes ouvertes, favorise des rencontres... et se sent reconnue comme spécialisée dans l'autisme.

Ces différences entre ces deux structures démontrent que l'élaboration du projet et le rôle des acteurs intervenants dans celui-ci restent essentiels. Le point de départ est le projet qui devient le fil conducteur s'il est bien construit et bien entretenu.

Ce travail de recherche nous permet d'affirmer que les enjeux professionnels sont liés à la manière donc les différents protagonistes vont se saisir du projet de restructuration. Reprécisons que ces deux structures sont confrontées aux résistances essentiellement médicales. Pour la MAS D2, si ces résistances ne sont pas perceptibles au début du projet de la création de la structure, elles s'intensifient et deviennent mêmes prégnantes. Alors que pour

la MAS du CH HA si les résistances étaient clairement exprimées au début du projet, elles semblent s'être apaisées par la suite.

L'explication principale est que dès le départ cette MAS se définit comme ouverte vers l'extérieur en organisant des portes ouvertes, des rencontres avec d'autres professionnels sous forme de partenariat. De plus, la formation des professionnels est fortement revendiquée et conforte ainsi la spécificité de cette MAS. Les professionnels semblent investis d'une mission axée sur le projet individuel du patient et valorisée au quotidien à travers de nombreux échanges interprofessionnels qui permettent la connaissance de l'autre et la reconnaissance de son travail.

Nous accédons ainsi à de la complémentarité, à de la collaboration, coopération et par à coup à de la coordination. Finalement ce travail ensemble s'il ne répond pas totalement aux injonctions étatiques, semble adapté aux besoins du résident qui rappelons-le est celui pour lequel toute cette réorganisation est programmée.

Mais, il nous semble que pour faciliter ce travail ensemble, des initiatives au niveau local pourraient être faciles à mettre en place telles que des possibilités de stages qui pourraient aisément être organisés. Non seulement pour les professionnels soignants ayant une longue expérience en psychiatrie et qui méconnaissent le milieu médico-social mais également pour les professionnels du socio-éducatif qui méconnaissent les pratiques de soins en psychiatrie.

En conséquence, ne pourrait-on pas aller plus loin dans notre réflexion ? N'y aurait-il pas un moyen qui permettrait de faciliter la rencontre de ces professionnels de formations différentes ? Nous pourrions imaginer une formation professionnelle répondant aux besoins des structures médico-sociales ? Une formation avec un tronc commun permettant de se professionnaliser à la fois dans le soin et dans l'éducatif. Nous pourrions imaginer des passerelles entre les formations du sanitaire telles que l'infirmière ou l'aide-soignant et du socio-éducatif telles que l'éducateur spécialisé ou le moniteur éducateur.

TABLE DES MATIERES

Remerciements	4
Sommaire	5
Glossaire	6
Introduction	7
➤ Le terrain et la méthodologie.....	14
➤ Récapitulatif des entretiens du CH HA et du CH D2.....	16
➤ Description de la MAS du CH HA.....	17
➤ Description de la MAS du CH D2.....	18
➤ Le cadre législatif et structurel.....	19
➤ Les différentes professions.....	20
1 La psychiatrie : vers une nouvelle organisation hospitalière	26
1.1 Son histoire atypique	26
1.1.1 Les soins en-dehors des mur.....	26
1.1.2 La période asilaire.....	27
1.1.3 La mise en place de la sectorisation.....	28
1.1.4 Le concept de santé mentale.....	30
1.2 Une nouvelle organisation hospitalière	32
1.2.1 L'impulsion donnée par les pouvoirs publics.....	32
1.2.2 Pour quel changement?.....	33
1.2.3 Quels impacts sur l'organisation hospitalière psychiatrique?.....	35
2 Les enjeux professionnels de la réorganisation	40
2.1 Un enjeu : se coordonner entre professionnels de différentes natures	40
➤ La collaboration.....	41
➤ La coopération.....	41
➤ La complémentarité.....	42
➤ La coordination.....	42
2.1.1 Des professionnels différents, des approches différentes.....	44
2.1.2 Une nécessité de faire évoluer les représentations.....	48
2.1.3 Un besoin de communication.....	49
2.1.4 En amont de la coordination : la coopération et la complémentarité.....	51
2.2 Entre facteurs de l'évolution : des pratiques et des résistances	54
2.2.1 L'histoire du projet.....	55
2.2.2 La spécificité de l'autisme.....	59
2.2.3 La formation.....	60
2.2.4 Des freins au changement.....	62
➤ Des résistances progressives.....	62
2.2.5 La prégnance de la méconnaissance de l'autre.....	63
Conclusion	65
Table des matières.....	68
Bibliographie.....	69
Table des annexes.....	73
Résumé.....	81

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

- AUBERT Nicole, « *Diriger et motive* », Editions d'organisation, 2^{ème} édition, 2005, 355 pages.
- BARON Alexis, « *Dynamiques territoriales de l'action sociale et médico-sociale* », Presses Universitaires de Grenoble, 2010, 287 pages.
- CROZIER Michel et FRIEDBERG Eric, « *L'acteur et le système* », Editions du Seuil, 1977, 500 pages.
- FURTOS Jean, psychiatre, directeur de l'observatoire régional Rhône Alpes sur la souffrance psychique en rapport avec l'exclusion (ORSPERE), co-auteur avec LAVAL Christian du livre intitulé : « *La santé mentale en actes* », Editions ERES, 2005, 357 pages.
- JAEGER Marcel, « *L'articulation du sanitaire et du social* », Travail social et psychiatrie, Dunod, 2^{ème} édition, Paris, 2006, 166 pages.
- LIBERMAN Romain, neuropsychiatre et psychanalyste, « *Handicap et maladie mentale* », PUF, 8^{ème} édition, 2011, 128 pages.
- LÖCHEN Valérie, « *Comprendre les Politiques sociales* », Dunod, 4^{ème} édition, Paris, 2013, 448 pages.
- LOUCHE Claude, « *Psychologie sociale des organisations* », Armand Colin, 3^{ème} édition, Paris, 2012, 224 pages.
- MUCCHIELLI Alex, « *L'identité* », PUF, 7^{ème} édition, 2009, 127 pages.
- MUCCHIELLI Robert, « *Le travail en équipe* », ESF, 10^{ème} édition, 2007, 208 pages.
- MUCCHIELLI Roger, « *Communications et réseaux de communication* », ESF, 10^{ème} édition, Paris, 1999, 198 pages.

- PENAUD P, AMGHAR YG, BOURDAIS JF, DEUMIE B, DUPAYS S, LALOUE F, LEOST H, MOLEUX M, SCOTTON C, « *Politiques sociale* », Presses de sciences Po et Dalloz, Collection Amphi, 2^{ème} édition revue et mise à jour en 2013, 780 pages.
- PEROZ Jean David, « *Les politiques sociales en France* », Dunod, Paris, 2013, 183 pages.
- SHANNON, Claude E, « *De la théorie mathématique de l'information* », 1998.

ARTICLES

- BLANCHARD Nathalie, « *Du réseau à la coordination gérontologique : un nouveau paradigme pour le secteur médicosocial ?* », article dans *Revue et société*, 3/2004 n°43, Pages 165-186.
- BOUSSOLES Paul, « *Pour une politique citoyenne de santé mentale* », *VST-Vie sociale et traitements*, 2001/1 n°69, Pages 43-44
- CHEVALIER Jacques, auteur de « *L'identité, organisation, institution* », pp 239-251, dans l'ouvrage, *l'identité politique*, PUF, 1994, 445 pages.
- MANISE Charles, « *Apprendre à travailler ensemble* », *Revue soins cadres* n°49, février 2004.
- PHILIPPE Sandra, « *La mise en œuvre de l'action publique : un moment problématique. L'exemple de la politique de santé mentale* », *Revue française de science politique*, vol.54, n°2, avril 2004, pages.315-334.

DICTIONNAIRE

- Dictionnaire Larousse Illustré, 2007, 1855 pages.

RAPPORTS

- PIEL, Eric et ROELANDT Jean-Luc, « *De la psychiatrie vers la santé mentale* », Rapport, 2001.
- Rapport du Haut conseil de la santé publique sur « *l'évaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2005-200* », 2011.
- Rapport du Haut conseil de la santé publique sur « *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé* », Rennes, 1998.
- ROBILLARD, Denys, Député, « *La santé mentale et l'avenir de la psychiatrie* », Rapport d'information déposé par la commission des affaires sociales, décembre 2013, 99 pages.

PLAN

- Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015.

SITES INTERNET

- www.assemblee-nationale.fr
- www.aide-soignant.com
- www.bdsp.ehesp.fr
- www.cadres-plus.net
- www.cairn.info
- www.cnsa.fr/IMG/pdf/2A
- www.cm1_guimelli
- www.erudit.org
- www.fondationdelavenir.org
- www.igas.gouv.fr
- www.ladocumentationfrancaise.fr
- www.larousse.fr
- www.legifrance.gouv.fr
- www.mcp.cncp.gouv.fr
- www.multitudes.samizdat.net
- www.psydoc.fr.broca.inserm.fr
- www.sesam-autisme.com
- www.wikipedia.org

TEXTES LEGISLATIFS

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

- Circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale.

- Circulaire n°99.6489 du 25 novembre 1999, relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux.

- Loi de 1838 relative aux institutions et à la prise en charge des malades mentaux.

- Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

- Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

TABLE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : Démarche et grille d'entretiens	76
ANNEXE 2 : Lois de 1975.....	78
ANNEXE 3 : De la loi de 1975 vers celle de 2005.....	80
ANNEXE 4 : La VAE sanitaire et sociale.....	81

ANNEXE 1

DEMARCHE ET GRILLE D'ENTRETIENS

Les entretiens sont réalisés auprès de professionnels qualifiés qui exercent sur deux MAS distinctes :

- **De l'éducatif** : cadre socio-éducatif, infirmier, éducateur, aide médico-psychologique et moniteur éducateur.
- **Du sanitaire** : cadre de santé, infirmier, aide-soignante.

Avant l'entretien, il me semble important de présenter ma démarche et de questionner le professionnel sur :

- Son autorisation d'enregistrement de l'entretien
- Son âge
- Sa formation et diplômes autres que ceux de l'emploi exercé
- Son parcours professionnel
- Son ancienneté dans l'institution et dans la structure
- Les conditions de son arrivée (choix prof. ou autre).

Sur la pratique professionnelle :

Aujourd'hui, comment vous sentez-vous dans votre fonction ?

Que pensez-vous de cette réorganisation structurelle concernant l'offre de soins ?

La structure a-t-elle un rôle spécifique ? répond-elle à un besoin ?

Avez-vous l'impression d'accéder à de nouvelles pratiques ? Quelles sont-elles ?

Y-a-t-il pour autant une mutation de la culture institutionnelle de votre hôpital ?

Sur la coordination :

Y-a-t-il eu des résistances fortes lors de la création de cette structure ? Car peut-être une mauvaise diffusion de l'information aurait engendré des conséquences sur l'appropriation de celle-ci (car il y a une différence entre les 2 sites (que je viens d'apprendre) : pour le CH de Laragne, la MAS est à l'intérieur et pour le CH de Digne à proximité, très proche mais en-dehors des murs). Y-a-t-il encore aujourd'hui certaines résistances ? Si oui, de quel ordre ?

Y-a-t-il eu des changements dans votre pratique professionnelle ? Dans quelle mesure ? (peut-être des liens différents avec l'extérieur autres que ceux exercés par les professionnels de la psy ? et/ou avec les autres unités du centre hospitalier ? Comment se passe cette collaboration ?

Pour autant, pouvons-nous parler d'une nouvelle identité professionnelle ?

Pour autant, pouvons-nous parler d'une nouvelle identité professionnelle ?

Sur les représentations :

Quel regard des professionnels du sanitaires sur ceux de l'éducatif en médico-social ?

Quel regard des professionnels éducatif en médico-social sur ceux du sanitaire ?

Quelles sont les influences du sanitaire sur l'éducatif en médico-social et vice versa ?

Cela a-t-il favorisé des méfiances vis-à-vis de l'autre à travailler ensemble ?

Si oui ? Quelle stratégie pour arriver à débloquer cette situation afin de travailler au quotidien ?

Sur le positionnement des professionnels :

Quel positionnement vis-à-vis de l'autre professionnel (sanitaire et éducatif en médico-social) ?

Vis-à-vis de la structure ? De l'institution ?

Qu'est-ce qui positionne en-dehors de la qualification ?

Vous sentez-vous reconnu dans votre structure et au niveau de l'institution ?

RESUME

Florence TERRISSE

Master en Politiques publiques de santé à Sciences politiques de Grenoble

Année 2013-2014

Sous la Direction de Madame Hélène Révil Chercheur Associée à PACTE

Et Chargée de Recherche à la Structure Fédérative de Recherche « Santé-Société ».

La psychiatrie en France. Enjeux professionnels d'une réorganisation

Depuis de nombreuses années, nous pouvons observer dans de nombreux centres hospitaliers spécialisés, le développement de structures médico-sociales à l'intérieur de leurs murs. En conséquence, cette évolution nous interroge non seulement sur les changements de paradigme lié fortement à l'histoire de la psychiatrie mais également sur les impacts que cette réorganisation peut générer. Face à ce constat, nous nous interrogeons comme suit :

Quels sont les enjeux du développement de structures médico-sociales au sein des centres hospitaliers psychiatriques pour les professionnels du sanitaire et du médico-social ?

Pour notre étude, nous ciblerons plus particulièrement les professions paramédicales et éducatives concernées par ce mouvement de restructuration et en dégagerons les différents effets et limites par rapport aux injonctions étatiques préconisant un travail de coordination.

Avant d'essayer de répondre à cette question, il nous a semblé indispensable de revisiter l'histoire de la psychiatrie afin de comprendre son évolution face à un contexte environnemental qui la sollicite de plus en plus vers la santé mentale devenue le leitmotiv des politiques de santé.

L'objectif est de repérer les enjeux professionnels à travers la restructuration hospitalière et d'essayer de comprendre comment ces différents professionnels travaillent ensemble sur le terrain. En effet, est-on sur de la collaboration, coopération, complémentarité ou de la coordination comme le préconisent les politiques de santé à travers les plans de santé mentale et textes législatifs ?

Afin, de comprendre les mécanismes évolutifs des pratiques professionnelles, nous avons opté pour une enquête de terrain sur deux Maisons d'accueil spécialisées (MAS) implantées sur des centres hospitaliers distincts.

Mots clés : Réorganisation hospitalière - Professions - Paramédical/Educatif - Enjeux