

Croix Rouge Française
I.F.C.S. - Rééducation
Paris

Université de Provence, Aix Marseille 1
Département des Sciences de l'Éducation
Lambesc

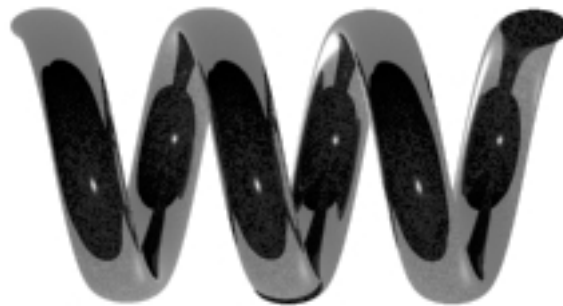
L'interprofessionnalité au risque du C.H.S.

MÉMOIRE RÉALISÉ DANS LE CADRE DE LA VALIDATION POUR
L'OBTENTION DU DIPLOME DE CADRE DE SANTÉ ET DE LA
LICENCE EN SCIENCES DE L'ÉDUCATION

Directeur de mémoire : M Philippe VAUR

« Le désir de savoir n'a peut-être qu'un sens : de servir de motif au désir d'interroger. Sans doute savoir est nécessaire à l'autonomie que l'action - par laquelle il transforme le monde - procure à l'homme. Mais au-delà des conditions du *faire*, la connaissance apparaît finalement comme un leurre, en face de l'interrogation qui la commande. »

Georges Bataille, *Oeuvres complètes, Tome VI, La somme athéologique*, Gallimard, 1986, p 63.



1.	Préambule	1
2	Introduction	2
3.	Problématique pratique	4
	<i>3.1. Le Centre Hospitalier Spécialisé</i>	<i>4</i>
	<i>3.2. Naissance de la psychiatrie</i>	<i>4</i>
	<i>3.3. Les asiles</i>	<i>5</i>
	<i>3.4. L'institution</i>	<i>6</i>
	<i>3.5. Les équipes</i>	<i>10</i>
4.	Problématique théorique	14
	<i>4.1. Équipes</i>	<i>14</i>
	4.1.1. Définition de l'équipe	15
	4.1.2. Modalités de passage de l'agglomérat à l'équipe	16
	4.1.3. Caractéristiques d'une équipe	18
	<i>4.2. Institution, globalité, holisme</i>	<i>20</i>
	4.2.1. ECCE HOMO	20
	4.2.2. Pluri, inter, trans professionnel	21
	4.2.3. Holisme	23
	4.2.4. Le soin tout court	26
	4.2.5. Équipes et prises en charge	29
	4.2.6. Conclusion	32
	<i>4.3. Interfacer, articuler, coordonner l'hétérogénéité</i>	<i>32</i>
	4.3.1. Hétérogénéité	32
	4.3.2. Articulation, coordination, interface	35
	4.3.3. Interface	36
	4.3.4. Articulation	37
	4.3.5. Coordination	40
	<i>4.4. Synthèse</i>	<i>41</i>
5.	Hypothèse	43
6.	Méthodologie	44
	<i>6.1. Choix de la population</i>	<i>45</i>
	<i>6.2. Présentation du questionnaire</i>	<i>46</i>
	<i>6.3. Pré enquête</i>	<i>46</i>

7.	Le questionnaire	47
8.	Étude des résultats	48
	<i>8.1. Profil d'un poste de coordonnateur</i>	<i>49</i>
	<i>8.2. Fonction</i>	<i>50</i>
	<i>8.3. Missions</i>	<i>50</i>
	<i>8.4. Qualités</i>	<i>51</i>
	<i>8.5. Titre</i>	<i>52</i>
	<i>8.6. Origine professionnelle</i>	<i>52</i>
	<i>8.7. Besoin, ressenti par rapport à ce poste</i>	<i>52</i>
	8.7.1. Imaginez-vous une relation fonctionnelle Infirmier général et rééducateur ?	53
	8.7.2. Sentez-vous la nécessité de différencier le collègue infirmier de celui des rééducateurs ?	53
	8.7.3. Pensez-vous qu'il serait intéressant qu'il existe un poste sensiblement équivalent à celui de l'infirmière générale chez les rééducateurs ?	54
	8.7.4. Chez nous, en France, les rapports entre le collègue infirmier et le collègue rééducateur ne sont pas toujours faciles, une collaboration reste à inventer, une interprofessionnalité à mettre en place, qu'en est-il chez vous :	54
	8.7.5. Avez-vous, au sein de votre institution ce type de poste ?	54
	8.7.6. Avez-vous, auriez-vous le sentiment de perdre votre identité ?	55
	8.7.7. Ressentez-vous le besoin de ce type de poste ?	55
	8.7.8. Précisez, par rapport à votre exercice professionnel :	56
	<i>8.8. Synthèse</i>	<i>57</i>
9.	CONCLUSION	58
10.	Bibliographie	63

1. Préambule

Le projet d'un mémoire participant à la validation du diplôme de cadre de santé est de chercher à faire évoluer la réflexion sur les pratiques professionnelles d'encadrement. Il laisse le travail ouvert à d'autres pour permettre d'éventuelles filiations de recherche. Ce travail est une " jurisprudence d'expérience " et non un constat clos.

Considérant ces précisions extraites de la note technique concernant la réalisation du mémoire qui nous a été remise par l'institut de cadres de santé de la Croix Rouge Française,

je vous propose d'exposer comment, en tant que surveillant d'un service d'ergothérapie, je vais envisager ma lecture d'un centre hospitalier psychiatrique dans le cadre de ma problématique pratique avant de passer en posture de cadre de santé par le biais de la problématique théorique pour envisager de nouvelles modalités de fonctionnement pour les équipes paramédicales. L'expérience que j'ai, et que je propose, permet de regarder l'institution de santé différemment. Il est envisageable qu'un coordonnateur du plateau médico technique et de rééducation devienne l'interlocuteur des professions paramédicales non-infirmières lors, entre autres, de l'élaboration de nouveaux projets.

2 Introduction

La complexité de la situation que nous étudierons, que nous observerons, nous la situons dans ce champ qui envisage “ la complexité comme principe de la pensée qui considère le monde, et non pas comme le principe révélateur de l’essence du monde “ (Morin E., 1990). Il ne s’agit que d’un regard posé par un individu sur des situations qui sont porteuses de sens, mais d’un sens que seul cet individu est à même de penser, d’entrevoir car l’expérience, comme le souligne Carl Rogers (1976), n’est pas communicable.

Nous chercherons à proposer, interroger un point de regard individuel et des accroches qui se veulent utilisables par d’autres, même si cela peut paraître en contradiction avec les principes posés ci-dessus. Il nous faut envisager un lien, une articulation, une coordination entre le consensus et le conflit tout en étant en dehors, à côté de l’un et de l’autre ; entre l’ordre et le désordre pour aboutir à une organisation. De cet aboutissement, qui ne serait pas fin mais finalité, doit pouvoir surgir une autre ego organisation nous poussant hors d’elle, nous déplaçant afin que ce nouveau tout puisse rester ouvert, hétérogène, source de vie, d’une rationalité pourfendeuse des exigences des institutions qui réclament conformisme afin de se reproduire, de se prolonger comme ensemble de valeurs partagées. Les institutions sont par essence procédurières, unificatrices, normalisatrices, pratiques.

Il s’agit bien d’un pari à prendre et à faire prendre sur une démarche neuve mais pas nouvelle, qui décomposerait les fatuités des discours arguant d’une volonté de mettre le malade au centre du dispositif de soin, niant qu’il y a de l’humain dans ces actes. Ces fatuités ne sont devenues que les maux de nos représentations dès lors que les hommes qui composent les groupes, les grappes de soignants ne deviennent pas des équipes de soins, des équipes auto soignantes. En définitive, qui mieux qu’elles pourraient entrer en démarche de soin, se régénérer afin que fatuité rime avec réalisé, que prétention rime avec action et que le logos puisse rencontrer le tropos ?

Nous verrons qu’au travers d’une lecture de l’institution psychiatrique française, de ses équipes soignantes, nous pourrions tenter une approche des concepts de prises en charge holistiques, globales afin de poser une hypothèse qui proposerait une prise en charge

de qualité du malade reposant sur un travail interprofessionnel, ce qui induit des coordinations, des articulations des professionnels de rééducation et ce, dans un souci d'efficience et non de corporatisme.

3. Problématique pratique

3.1. Le Centre Hospitalier Spécialisé

Avant toute chose, nous tenons à préciser que nous utilisons les termes “ Centre Hospitalier Spécialisé “ (C.H.S.) tout en sachant que la loi du 31 juillet 1991, portant réforme hospitalière, précise qu’il n’y a plus que des centres hospitaliers, ou des centres hospitaliers régionaux. Néanmoins, nous avons choisi de conserver cette dénomination pour que cela puisse être plus rapidement compréhensible, cette terminologie étant encore très couramment employée.

Nous replacerons la naissance de la psychiatrie, puis des asiles, enfin des hôpitaux psychiatriques dans les différents contextes historiques.

3.2. Naissance de la psychiatrie

L’histoire des centres hospitaliers spécialisés, dans leur forme actuelle, remonte au XVIII^es avec la décision de mettre les indigents, les déviants, les désadaptés, les vérolés et les fous dans un même lieu, les hôpitaux généraux, afin de protéger la société. L’aspect dérangeant, troublant de la folie restait présente et le sacré ne pouvait le soustraire, le cacher, le résoudre. Cette dimension du sacré, du diabolique restera ancrée dans les représentations que nous nous faisons de la folie. Au siècle des lumières et au regard de ces nouvelles données, il fut demandé aux médecins de s’intéresser à la folie afin d’envisager ces troubles comme étant une maladie et non un châtime divin. Il s’agissait de soustraire les fous aux attitudes irrationnelles des sorcières, des inquisiteurs et des exorcistes.

La psychiatrie naît de cette prise en compte de troubles du comportement qui seraient liés, non pas au diabolique, mais à des données médicales, somatiques à cette époque. C’est la prise en compte de similitudes appréciées par des comparaisons empiriques entre des manifestations liées à des traumatismes organiques et des comportements étranges, des hallucinations que la discipline aliéniste naît. De là va découler toutes les obédiences organicistes de la psychiatrie heureusement mises à mal par S. Freud.

C’est avec les aliénistes français, Esquirol et Ferrus, élèves et disciples de Pinel, que la psychiatrie va prendre un tournant, même si, comme le signale M. Foucault “ On sait bien

que le XVII^e siècle a créé de vastes maisons d'internement ; on sait mal que plus d'un habitant sur cent de la ville de Paris s'y est trouvé en quelques mois, enfermé [...] Depuis Pinel, Tuke, Wagnitz, on sait que les fous, pendant un siècle et demi, ont été mis au régime de cet internement [...] C'est entre les murs de l'internement que Pinel et la psychiatrie du [tout début] XIX^e siècle rencontreront les fous ; c'est là - ne l'oublions pas - qu'ils les laisseront, non sans se faire gloire de les avoir “délivrés” ”.

3.3. Les asiles

Les premiers asiles ont vu le jour en France au début du XIX^e siècle. C'est Esquirol qui esquisse le projet d'édifier des bâtiments consacrés exclusivement aux soins des malades mentaux qui étaient, à cette époque, accueillis dans des établissements tels que les hospices, les hôpitaux, les dépôts de mendicité, les maisons de force. Il précise que “ Il existe dans la plupart des maisons où sont reçus les aliénés des dénominations humiliantes [...] je voudrais qu'on donnât à ces établissements un nom spécifique qui n'offrît à l'esprit aucune idée pénible, je voudrais qu'on les nommât asile ” (Dictionnaire Le Robert, 1992)

Les systèmes de construction des asiles français sont alors tous très proches des principaux établissements du “ système ” Esquirol : la distribution des bâtiments repose essentiellement sur la volonté de distinguer les curables des incurables, puis ensuite sur celle de départager les différentes pathologies conformément à la clinique psychiatrique qui s'ébauche alors. Aussi l'asile est constitué de quartiers séparant les curables des incurables, parmi ces derniers les calmes des agités... le tout entouré par un mur d'enceinte qui sépare l'asile du monde extérieur.

Au début du XX^e siècle fut dénoncé le caractère antithérapeutique de cette ségrégation, facteur de chronicisation, de même que l'aspect totalitaire de l'institution asilaire. Ainsi, fut-il créé en 1922 l'hôpital Henri-Rousselle au sein de l'asile Sainte-Anne, le premier service libre fait son apparition. Désormais il existe des structures de soins pour des personnes qui demandent de leur propre chef un traitement et qui sont libres de l'interrompre à leur gré, comme dans tout autre service de médecine. En 1937, l'hôpital psychiatrique perd son appellation d'asile.

3.4. L'institution

Nous tenterons de donner une définition de ce qu'est une institution et de ce que sont ses ressources humaines. Ceci nous permettra de (re)lire notre vécu de professionnel, notre imaginaire ainsi que celui de différents auteurs qui ont écrit sur ce sujet.

Nous sommes salariés d'un centre hospitalier psychiatrique qui est actuellement en pleine restructuration. Nous sommes en effet à ce jour, mai 1999, dans l'attente de recommandations officielles quant au secteur géographique qui nous sera attribué. En l'état actuel des choses, les projets élaborés envisagent de diviser le nombre de lits par 1,5 ou 2, de créer un pôle intersectoriel de prise en charge des pathologies liées à l'alcoolisme, un pôle de gérontopsychiatrie et un de psychiatrie générale. Ceci ne sera pas sans conséquence sur le personnel et devra s'inscrire dans une dynamique de changement.

Selon Le Robert (1992), une institution (Fin XVIIIe s) est “ l'ensemble des structures organisées tendant à se perpétuer, dans chaque secteur de l'activité sociale. L'institution juridique, littéraire, artistique... d'une société. Lutter contre l'institution. - L'institution psychiatrique, hospitalière. Elle peut se présenter sous la forme d'une personne morale de droit public (ex. : État, Parlement), ou de droit privé (ex. : association), ou d'un groupement non personnalisé, ou d'une fondation, ou d'un régime légal comme la tutelle ”

L'institution est un séjour, une vie collective imposée dans un lieu fermé. Le malade ne vient jamais de son plein gré dans une institution, il y est contraint par son état de santé. Cet établissement intègre des relations multiples, des configurations multiples, des tendances à la dépendance élevée.

Une des grandes valeurs d'une institution est sa permanence, sa présence. L'établissement est garant, de par sa présence, son existence physique, sa situation localisée, repérée comme telle par le patient, d'une possibilité d'aide, de recours, de protection.

Une institution est toujours perçue comme un tout avec différents lieux d'investissement, différents intervenants, le malade jouant avec le tout. La multiplicité des intervenants autour du malade devient un ensemble constitué et hétérogène pour ce dernier. Ces personnels sont en soi, l'objet d'investissements différents de par leur forme et leur intensité, leur histoire et les jeux mis en place par le malade. Il est important de garder en

mémoire que l'intervention individuelle gagne en efficacité si elle est restituée dans la structure du tout. Ceci implique que les équipes aient une réelle prise de conscience de la réalité de l'institution.

Les institutions mettent en confrontation le malade avec son impossibilité d'affirmer ses actes à ses yeux et à la face des autres, de maîtriser son milieu, d'être une personne adulte, responsable, douée d'indépendance, de liberté d'action, d'autonomie. Le malade se trouve confronté à sa position d'agent, voire d'acteur. En effet, la maladie mentale est le reflet d'une perte d'autonomie, perte d'autorisation qui devient insupportable pour lui-même et-ou son entourage. Elle intègre un processus d'"ôteur" d'une partie de soi, processus qui ôte à l'individu sa possibilité d'être parmi les autres sans souffrance, qui lui retire cette capacité à pouvoir se reconnaître et être reconnu explicitement comme à l'origine de ses actes, de ses pensées. Elle n'est pas dans le registre de l'auteur tel que proposé par J. Ardoino, car les pulsions ne sont plus ou mal "filtrées", reflet d'une réalité autre que celle de lui-même et de son monde.

Comme l'écrivait E. Goffman¹, " la traduction de la conduite du reclus [du malade] en termes moraux conformes à la perspective officielle de l'institution implique nécessairement d'importantes présuppositions sur la nature de l'homme en général. [...] Le personnel tend à élaborer une sorte de théorie de la nature humaine. Implicitement contenue dans l'optique de l'institution, cette théorie rationalise l'activité... ". D'une part, cette mise en garde induit que l'organisation de l'institution soit claire, explicite pour que le binôme soignant-soigné puisse apprendre son mode d'emploi, puisse savoir repérer, se repérer et organiser son quotidien. D'autre part, ce repérage permet au soignant de pouvoir, parce que les politiques, les stratégies institutionnelles sont clairement précisées, d'élaborer un projet professionnel, personnel s'inscrivant dans des choix de population à prendre en charge. En effet, chaque soignant a des affinités différentes suivant les catégories de pathologies et de ce fait, il doit pouvoir, en regard du projet d'établissement, solliciter tel ou tel type d'orientation (psychose, géronto-psychiatrie, alcoologie...).

L'institution est lieu clos et encadrée par une-des obéissance(s) thérapeutique(s) et des règles institutionnelles qui découlent de ses caractéristiques de pensée, des contingences

¹ Goffman E., *Asiles, études sur la condition sociale des malades mentaux*, 1968, p 135

sociétales imposées par l'extérieur, des politiques de soins, de l'administration et de la vie en collectivité. Nous retrouvons deux plans : un vertical de l'ordre de l'administratif - chaque étage étant en interrelation avec l'autre et ayant des liaisons contractuelles (agence régionale de l'hospitalisation \hat{U} centre hospitalier \hat{U} projet d'établissement \hat{U} projet de service...), l'autre est horizontal et de l'ordre de la thérapeutique. Ces deux plans sont intimement liés et les relations dynamiques.

Comme tel, les différents intervenants de ces institutions, portent en eux des représentations professionnelles qui, “ activées de façon prépondérante dans l'environnement professionnel, [...] contribuent aussi à organiser le rapport que le sujet entretient avec l'ensemble du système social dans lequel s'insère son environnement professionnel² ”. Il convient, pour les équipes soignantes, de pouvoir proposer, non seulement une cohérence, mais aussi une pertinence afin que le morcellement qui découlerait d'une absence de coordination ne devienne pas un jeu, un jouet de destruction des équipes dans les mains des malades. En effet, et cela est propre à la psychiatrie, la pathologie est productrice de dissociation pour le malade, mais aussi pour l'institution. Ceci doit prendre en compte la dimension de cohésion qui lie tous les intervenants d'une institution qui se veut rationnelle et conçue selon un projet concerté - le projet d'établissement - vouée à des fins affichées et officiellement approuvées. Cette cohésion, c'est-à-dire, cette capacité à maintenir un niveau de consistance entre les membres dans le respect des différences, de l'hétérogénéité (Bataille G., 1936) constitutive de l'équipe, peut être malmenée par la différence entre le discours et les faits du quotidien. D'une part le malade essaie de jouer, de s'approprier ce qu'il sent, entend des règles pour se (re)construire et, de par ce mouvement dynamique, pose des repères qui évoluent dans le temps. D'autre part, le malade se construit sa propre “ division morale du travail “, c'est-à-dire que les différentes fonctions, missions accomplies par les agents entraînent une différence dans les caractères moraux prêtés à chacun d'eux. Cette division induit, comme nous l'avons évoqué précédemment, une possibilité d'investissement du soignant par le malade, que cet investissement est multiple suivant les lieux où se trouve le malade. Cette multiplicité, cette hétérogénéité dirait J. Ardoino (1998), doit interroger les soignants et les équipes (de) soignant(e)s afin

²Bataille M. et coll., Représentation sociales, représentations professionnelles, système des activités professionnelles in *L'année de la recherche en sciences de l'éducation*, 1997, p64, 65

que la cohérence puisse perdurer, et que cette propriété soit le reflet d'une pertinence, c'est-à-dire, d'une pensée opératoire en confrontation avec ces principes de réalité qui intègrent, entendent et regardent cette hétérogénéité afin que l'identité soignante soit garante de permanence et non de rigidité, qu'elle soit perméable et diachronique. C'est dans cette pertinence que la reconnaissance des rites qui préside aux rapports entre les individus peut devenir mode d'emploi rituel de l'institution et moyen de construction de la personnalité du malade sans pour autant être destructrice de la cohésion. C'est dans ces trois mouvements de cohérence, de pertinence et de rite que l'institution pourra être repère, règles, normes, tout en permettant la mise en place d'espaces transitionnels (Winnicott D. W.), lieux de création, lieu de vie pour les malades mais aussi, et surtout pourrait-on dire, pour les soignants. Ils doivent évoluer, s'adapter, jouer avec l'hétérodoxie pour ne pas se chroniciser, se scléroser. Il s'agit de se situer entre Icare, et le paysan qui le regarde transgresser sans en chercher les fondements, sans s'étonner de voir un homme se prendre pour un dieu.

L'entrée d'une personne dans une institution suppose que la fonction de cette organisation est reconnue dans ses missions, dans les orientations définies dans son projet et que de fait, la personne est malade. Il y a donc une fin, un but au travail du soignant qui trouve et prouve son utilité sociale, même si, de plus en plus fréquemment, nous recevons des personnes que l'on peut considérer comme ne relevant pas, *stricto sensu*, d'une prise en soin psychiatrique. Nous voulons évoquer cette population que nous avons surnommée les S.H.F. (Sans Hôpital Fixe) et qui passe d'hôpital en hôpital faute de revenu, de logement fixe et parce que les conditions hôtelières et occupationnelles de ces institutions se révèlent être d'un haut niveau. Notre société transforme, sans se l'avouer, les exclus sociaux qui deviennent consommateurs de C.H.S., ou plutôt d'asile comme au XIX^e siècle. La désadaptation sociale est de ce fait une nouvelle pathologie clandestine.

Dans ce contexte, dans la mesure où le personnel n'a comme univers que la personne humaine, n'a comme outil que cette dernière, il s'agit de proposer un service, dans son acception marchande, à l'homme.

3.5. Les équipes

Nous parlerons de notre définition de la notion d'équipe et nous développerons dans notre problématique théorique une autre vision de l'équipe en nous référant au séminaire de Roger Mucchielli³ sur ce thème.

Toute institution est composée de différents groupes de personnel, que ceux-ci soient d'ordre administratif, technique, médical, non médical. Nous nous intéresserons plus particulièrement à cette dernière catégorie. P.C. Racamier⁴ définit la catégorie des soignants comme " tous les éléments dits " auxiliaires " qui dans des rôles distincts participent avec les médecins au travail de l'équipe de soins ". Ces groupes sont constitutifs d'équipes dans certaines situations, mais généralement, restent au niveau des groupes tels que le définit J-P Sartre, c'est-à-dire de l'ordre de l'agglomérat, de la sérialité. Les différents membres de ce groupe sont interchangeables. Nous reviendrons plus en détail ultérieurement sur ce distingo.

Dans le domaine de la psychiatrie, l'équipe est un filet thérapeutique et en tant que tel, porteuse de lien, de complexité, de systèmes en interrelation. Elle est un réseau d'hommes auquel le malade peut se référer si l'institution met en place les conditions idoines pour que les équipes soient facilement repérables. En tant que tel, nous nous plaçons dans une réflexion des équipes que nous définissons, non pas en tant que corps de métier, en organisation, en structure, mais par rapport au malade. Malheureusement, les équipes sont souvent pensées par des intervenants institutionnels pour l'institution et non pour le malade. Il faut alors essayer de se décentrer pour réinterroger cette perspective qui ferait qu'aucun soignant ne pourrait se réclamer de la prise en charge globale, holistique car de fait hétérogène, respectueuse des autres, de leur singularité afin de pouvoir construire une identité de soignant transcendante des rivalités internes. Chaque soignant serait porteur d'hétérodytie et de construction par et pour l'alter.

Cette organisation implique que les différents corps de métiers aient des rôles clairs, définis, consensuels afin que le sens de la relation ne soit pas dénaturé, que l'identification soit permise car l'organisation est le reflet de la réalité. Il y a souvent dissociation entre

³ MUCCHIELLI R., *Le travail en équipe*, ESF éditeur, 1975, 1996

⁴ RACAMIER PC, *Le psychanalyste sans divan*, Payot éditeur, Paris, 1993, p 199

l'organigramme officiel de la direction des ressources humaines et à la réalité du terrain, mêlant les fonctions aux rôles, et ne permettant pas de savoir qui fait quoi et pourquoi.

Ces équipes se sont constituées tout au long de l'évolution de la psychiatrie, passant du statut d'agent à celui d'acteur, et dans certains cas, à celui d'*auteur* (Ardoino J., 1990), de celui de gardien à celui de soignant. Cette évolution schématique veut souligner qu'il y a eu évolution et qu'elle s'est effectuée dans une notion de temporalité, c'est-à-dire d'une maturation du logos qui est devenu tropos, savoir faire, tour de main, art de création (Gagnepain, 1990). Néanmoins, et comme précisé précédemment, il s'agit d'envisager les trois positions (agent, acteur, auteur) comme étant des possibles, des permissions tolérables pour les autres et que, quand bien même un soignant pourrait être auteur, il est des situations où il est peut-être plus efficace de n'être qu'agent. Toutefois, il est important que ces notions puissent être aussi de l'ordre du factice lorsque cette notion de responsabilité est, soit imposée aux agents qui ne se sentent pas concernés par cette responsabilité qu'on leur donne, soit proposée aux acteurs que l'on "cherche à rendre [...] plus responsables, en leur attribuant la responsabilité, et non pas en laissant les gens se reconnaître comme responsable⁵".

Ces personnels, au départ, comme nous l'avons vu, étaient exclusivement des médecins aliénistes et des geôliers, ces derniers ont évolué au cours des révolutions des courants de pensée de la psychiatrie pour devenir, entre autres, des infirmiers et des ergothérapeutes. Cette évolution du logos depuis 1945-50 s'est appropriée les apports des sciences humaines et de la pédagogie.

Nous soulignons ainsi le passé commun de ces deux professions qui se placent souvent en situation de conflit plus ou moins latent dans les différentes institutions psychiatriques françaises. La première est antérieure en tant que profession reconnue par une formation (1955) et est caractérisée par une supériorité numérique. La seconde est quant à elle, plus jeune dans la mise en place d'un cursus de formation (1970) et très nettement inférieure en nombre de professionnels en exercice.

Il n'en demeure pas moins que ces deux professions ne résument pas à elles seules les différents soignants présents au sein des institutions psychiatriques puisque nous

⁵ ARDOINO J, De PERETTI A., *Penser l'hétérogène*, Desclée de Brouwer éditeur, 1998, P192

retrouvons des psychomotriciens, des masseurs kinésithérapeutes, des orthophonistes, des éducateurs spécialisés, des moniteurs de sports ainsi que différents corps de métier relatif au plateau médico-technique (manipulateur radiologique, laborantin...).

L'institution est la rencontre entre deux représentations du monde, de soi, entre deux auteurs, l'un ayant perdu son autonomie de pouvoir être sans souffrance et à être auteur intégré dans la norme sociale, l'autre étant investi d'une mission d'auteur, metteur en scène et implicitement, d'interprète. C'est donc dans ce point de rencontre entre ces univers, ces représentations du monde que les équipes de soin doivent mettre en place les conditions d'une rencontre où chacun abandonnerait son rôle pour essayer d'en créer de nouveaux, de nouveaux dialogues.

Comme nous l'avons effleuré précédemment, un gros problème réside de par le nombre important d'acteurs soignants au sens de la sociologie des organisations et de la coordination de ces pièces, chacun ayant la fâcheuse tendance à ne pas reconnaître le jeu de l'autre, voire à lui nier toute velléité de création.

Il s'agit alors de pouvoir prendre en compte la dimension d'hétérogénéité des équipes de soins afin de pouvoir interroger les différents projets qui devront pouvoir s'articuler, se coordonner. Structurellement, un centre hospitalier est composé de corps de métier qui se subdivisent en équipe. Néanmoins, ce fonctionnement est basé sur une faible collaboration entre les différents métiers, par une représentation de l'équipe comme corporatisme, ce qui induit des pertes de temps, d'énergie, des conflits et ce, alors que les compétences ne sont pas remises en cause. Nous sommes dans un contexte d'individualités identitaires au détriment du malade, chacun revendiquant explicitement ou non la propriété du malade. Cet état de fait serait peut-être lié à la prédominance d'une logique administrative qui fait que le collectif, c'est-à-dire la juxtaposition d'individus ayant des liens fonctionnels, des statuts, des missions, se fait au détriment de possibilité d'existence de communautés qui elles sont dans le registre du rôle, de l'interprétation, du sensible.

Il faudra envisager de pouvoir passer d'une logique individualiste à une logique d'équipe par rapport au malade, passer de projets individuels, additionnés, mal coordonnés, peu efficient en terme de qualité, et de facto d'accréditation à une perspective de nouvelles coordinations des individualités par le biais de l'équipe interprofessionnelle en relation avec le collège médical et infirmier. Mais quelles en seraient les conditions pour que cela puisse fonctionner ?

4. Problématique théorique

Comme nous l'avons exposé précédemment, le terme d'équipe est d'un usage courant pour, dans son sens commun, qualifier des hommes qui travaillent ensemble en vue de produire un résultat. Nous allons relire cette notion d'équipe, entre autres, au travers du séminaire de Roger Mucchielli sur le travail en équipe. Nous citerons aussi P.C. Racamier et René Kaës.

Ce choix repose principalement sur notre interrogation quant à la possibilité d'envisager une nouvelle organisation des soins qui ne reposerait plus exclusivement sur des corps de métier dans une relation verticale et juxtaposée des interventions.

Pour ce faire, après avoir réenvisagé la notion d'équipe au travail, nous proposerons une réflexion sur la notion de prise en charge holistique du malade dans sa composante interprofessionnelle. Nous terminerons provisoirement cette problématique théorique par une réflexion sur l'action du cadre de santé, plus particulièrement dans sa dimension cadre supérieur, surveillant chef ou coordonnateur de plateau médico-technique et de rééducation, afin de voir s'il doit interfacer, articuler ou coordonner.

4.1. Équipes

Nous allons nous intéresser à ce que nous envisageons comme pouvant être une équipe au sein d'un C.H.S. ce qui, nous semble-t-il, est transférable dans d'autres institutions de soins.

En effet, nous nous sommes interrogés sur la possibilité d'envisager que la prise en charge du malade puisse placer ce dernier réellement au centre du dispositif de soin et il nous a semblé pertinent de penser cette notion d'équipe comme étant les différents soignants qui sont amenés à intervenir autour du malade.

Lors d'une hospitalisation, suite à une consultation médicale, le médecin définit une stratégie thérapeutique dans laquelle il propose l'intervention de différents professionnels qui ont des modalités de prises en charge, des cultures, des obédiences qui leur sont propres et complémentaires. Il existe donc un possible d'intervenant qui varie d'une institution à l'autre, d'un service médical à l'autre, d'un malade à l'autre.

Il s'agit alors de placer le malade au centre du dispositif thérapeutique proposé par le médecin et que l'équipe soit alors formée du médecin, de l'infirmière, de l'ergothérapeute, du psychomotricien... L'institution de soins serait, entre autres, à deux niveaux, un hiérarchique et fonctionnel représenté par les corps professionnels (administratif, médicaux, paramédicaux...) et un autre centré sur le malade et garant de la qualité des soins et d'une efficacité économique.

Nous reprendrons le plan que propose Roger Mucchielli pour redéfinir cette notion d'équipe.

4.1.1. Définition de l'équipe

R. Mucchielli insiste sur le fait que beaucoup de travaux furent menés pour étudier et comprendre ce qui se passe au sein des groupes restreints de travail, mais que “ à aucun moment, les chercheurs n'ont essayé de réunir des équipes authentiques ⁶ ”. Les recherches se sont quasiment exclusivement faites en laboratoire, et donc, expérimentalement.

R. Mucchielli entend équipe comme étant un groupe primaire, c'est-à-dire que les relations entre les membres de ce groupe sont directes, spontanées, affectives et sincères. Il s'agit de relations investies, responsables, volontaires qui permettent une unité d'esprit et d'action. Nous ajouterons que ces interrelations sont respectueuses de l'autre dans son hétérogénéité, nous reviendrons plus loin sur cette dimension. “ Les groupes primaires sont fondamentaux dans la formation de la nature sociale et des idéaux de l'individu. Le moyen le plus simple de décrire cet ensemble est peut-être de dire que c'est un *nous* ⁷ ”.

À l'opposé d'un groupe secondaire qui a des “ relations impersonnelles, rationnelles, contractuelles et formelles ⁸ ”, le groupe primaire permet une cohésion de ses membres, l'émergence d'un tiers qui devient l'équipe, fédératrice de l'expression d'un but, d'une finalité commune. Ce n'est donc pas une juxtaposition d'individualités que l'on réunit exclusivement par rapport à leur savoir-faire, leur spécialisation.

Il ne s'agit pas de juger l'un ou l'autre de ces types de groupes, de mettre l'un supérieur à l'autre, d'exclure, mais de proposer une perspective qui prendrait en compte la

⁶ MUCCHIELLI R., *Le travail en équipe*, ESF éditeur, Paris, 1975, 1996, p 12

⁷ COOLEY Ch. H., *ibid.*, p8

⁸ *ibid.*, p 8

formation des équipes comme reposant sur des compétences techniques, mais aussi, et surtout pourrait-on dire, sur la composante humaine, relationnelle. N'envisageons nous pas dans les pratiques quotidiennes d'ergothérapie, l'orientation de tel ou tel malade vers tel ou tel ergothérapeute compte tenu des caractéristiques humaines de celui-ci, plutôt que par rapport à l'activité thérapeutique proposée.

Néanmoins, une équipe devient équipe parce qu'elle a des actions à réaliser, des missions à remplir et ceci, ensemble. Une équipe n'est donc pas une bande d'amis, une famille car elle a une-tâche(s) à effectuer. Il s'agit de permettre la création d'équipe autour du malade afin qu'il y ait un travail interprofessionnel, c'est-à-dire un travail réalisé par différents corps professionnels qui, du fait de la tâche à accomplir (accompagner le malade dans sa thérapie) sont interdépendants, complémentaires et polyglottes car connaissant à minima la langue de ses partenaires. L'équipe ainsi constituée autour du malade est définie par la qualité des relations interpersonnelles mais aussi par la nécessité de " la convergence des efforts pour l'exécution d'une tâche qui sera l'œuvre commune ⁹".

4.1.2. Modalités de passage de l'agglomérat à l'équipe

Au début, le groupe n'existe pas, il ne prend une réalité, une existence que par une décision de fait extérieure, émanant d'un individu, de l'institution. Le premier sentiment des personnes ainsi réunies est l'angoisse, c'est-à-dire, un sentiment de mal être diffus, sans objet, sans raison objectivement repérée. Chaque membre est en alerte, sur le qui vive et les autres ne sont pas considérés comme des coéquipiers car ce qui prévaut, c'est " la mise en état d'alerte générale des mécanismes de défense sociale du Moi de chacun¹⁰".

Dans cette situation, il ne peut y avoir de travail que juxtaposé, il ne peut y avoir reconnaissance de l'autre comme partenaire et l'esprit de chacun se trouve plus ou moins focalisé, pollué, parasité par cette position de repli, aux aguets.

Dans un deuxième temps, une confiance interpersonnelle s'installe suite à l'apprentissage de la vie en commun. Cela induit souvent un travers qui est d'être conforme à une image groupale qui est en train de se former, qu'il est de bon aloi de se joindre à la majorité, de ne pas faire bande à part. Le maître mot est alors consensus, aider en cela par le

⁹ ibid, p 9

¹⁰ibid, p 17

faible engagement personnel des membres. Nous nous situons au niveau de ce que nomme Roger Mucchielli les “ *groupes fusionnels* ”.

Un troisième temps, niveau d’existence repose sur un investissement personnel plus important et sur une recentration du groupe sur les modalités de fonctionnement en interne.

En réaction à l’état précédent de fusion, ce troisième niveau repose sur des situations souvent conflictuelles de ses membres qui cherchent à s’affirmer en tant qu’individu, ce qui est répercuté sur le groupe qui est “ par ailleurs attentif à sa marge propre de liberté et met en question toutes les contraintes qui peuvent peser sur lui, par exemple ses obligations ou sa dépendance institutionnelle¹¹ ”. Nous sommes alors dans des *groupes* qualifiés de *conflictuels*.

Le quatrième niveau d’existence groupale fait que le groupe devient mature et prend en compte l’hétérogénéité de chacun comme source de construction individuelle et communautaire. L’axe principal du groupe reste la tâche et le sentiment fort est la confiance réciproque et la coresponsabilité. Nous sommes dans une phase d’auto régulation, dans un passage entre le désordre et l’ordre.

Les membres, même isolés ou éloignés du fait de la réalisation de la tâche, se sentent membre du groupe, co-responsable du travail à effectuer.

Néanmoins, ce quatrième type de groupe que Roger Mucchielli nomme *groupe unitaire*, risque de vivre en clan fermé, homogène, corporatiste, transposant le mécanisme individuel social de défense du Moi évoqués précédemment en mécanisme collectif, groupale du Nous.

C’est uniquement dans cette dernière catégorie que nous pouvons placer l’équipe.

Ces quatre grandes phases, cette typologie des groupes restreints nous permettent de regarder, de lire des fonctionnements institutionnels et ainsi, de repérer les types de groupes qui sont nos interlocuteurs du moment et ainsi pouvoir adapter notre stratégie en conséquence.

¹¹Ibid, p 19

4.1.3. Caractéristiques d'une équipe

Comme nous avons évoqué une typologie des groupes en quatre points, nous allons donner sept grandes caractéristiques qui définissent ce qu'est une équipe. Eu égard au format de ce travail, nous ne pouvons que présenter de façon succincte ces critères fondamentaux.

Ces sept caractéristiques résultent du travail de recherche réalisé par Roger Mucchielli.

- fi Petit nombre de ses membres qui doit être inférieur à dix ;
- fi La qualité des relations interpersonnelles est garante de la volonté de chacun d'être et de rester membre, d'accepter l'autre, l'alter ;
- fi Le niveau élevé d'engagement personnel, individuel et communautaire ;
- fi La création d'une unité de groupe de par le niveau et la qualité des relations ;
- fi Une intentionnalité commune vers un but collectif accepté et voulu. ;
- fi Des contraintes fortes générées par l'équipe elle-même qui impose des règles, une discipline pour pouvoir survivre et accomplir les tâches qui lui sont confiées ;
- fi De ces règles s'est élaborée une organisation plus ou moins formalisée et à structure variable de ses membres. Ceci est permis, entre autres, par le petit nombre qui induit une légèreté.

Comme nous l'avons succinctement évoqué, il nous faut considérer qu'une équipe est hétérogène. Nous reviendrons sur cette notion plus en détail, mais nous l'entendons en tant qu'équipe formée par des individus différents au niveau de leurs codes moraux, professions, âges, sexes, cultures...

Certains auteurs considèrent que pour fonctionner plus efficacement, les groupes restreints devraient être homogènes afin de faciliter les échanges, les prises de décision et permettre ainsi d'utiliser le maximum d'énergie pour la tâche à accomplir.

Pour notre part, nous réfutons ce principe. Il faut tout au contraire de la différence, si tant est que l'homogénéité puisse exister, et que l'on considère l'hétérogénéité comme vecteur de dynamisme, de richesse, de créativité, de formation... Comme le souligne Roger

Mucchielli, “ les qualifications différentes accroissent l’interdépendance des membres et la complémentarité des interventions ; elles peuvent donc devenir, dans des équipes cohésives, un facteur d’efficacité et de progrès mutuel¹² ”.

Nous nous situons alors bien dans ce que nous souhaiterions proposer, c’est-à-dire, d’une part une équipe qui serait définie par les différents soignants inclus dans une stratégie thérapeutique et non des groupes de corps de métier, d’autre part, un cadre de santé, coordonnateur des paramédicaux non-infirmiers, pourrait se trouver en situation d’équipe avec les cadres issus des autres corps professionnels.

Il y aurait une double logique fonctionnelle qui ferait que l’équipe d’encadrement serait garante de la mise en place des conditions de création et de fonctionnement d’équipes autour du malade. Le cadre coordonnateur serait dans une autre relation fonctionnelle, dans une autre équipe avec la direction générale, la commission médicale d’établissement et la direction du service de soins infirmiers afin de participer à la mise en place des articulations des différents corps de métier.

Pour résumer, nous pourrions dire qu’une équipe est un groupe primaire réunissant un petit nombre d’individus autour d’une tâche et dont la qualité et le niveau de relation interpersonnelle permettent la constitution d’une unité de groupe dans le respect de l’alter et dans une dynamique qui se situe entre la fusion et le conflit.

Pour pouvoir continuer à exister, une équipe, de par la dialectique qu’elle entretient entre le relationnel et la tâche, doit prendre en compte des facteurs structurels, fonctionnels et relationnels. L’équipe n’est pas une simple juxtaposition et pour pouvoir survivre, elle doit répondre à cinq impératifs :

¹²ibid, p 35

- fi Désintéressement, abnégation des revendications personnelles,
- fi Reconnaissance d'autrui dans sa différence comme coauteur, co-responsable, coéquipier,
- fi Solidarité d'équipe, c'est-à-dire, se sentir concerné personnellement par la vie de l'équipe,
- fi Acceptation et volonté d'acceptation des règles et codes de l'équipe,
- fi Prise en compte de l'environnement comme facteur d'enrichissement de l'équipe, comme alter et miroir.

En filigrane à ces impératifs, existe la possibilité, pour une équipe, de mourir. Ce risque repose, d'une part, sur un repli sur elle même, une négation, un aménagement du contexte institutionnel, humain. D'autre part, et contrairement à ce que pourrait laisser penser certains de ces impératifs (abnégation...), il ne s'agit pas d'envisager que les équipes ne soient composées que d'individu sans volonté personnelle, soumis. Nous nous situons dans un mouvement hélicoïdal, récursif (E. Morin) qui fait que “ la valeur de ses membres fait le prestige de l'équipe, et que le prestige de l'équipe rejaillit sur les membres¹³ ”.

4.2. Institution, globalité, holisme

Une institution est, comme nous l'avons précisé précédemment, une organisation complexe, hétérogène, un tout qui pourrait s'insérer dans une perspective holistique du soin, perspective qui n'est actuellement que fatuité.

Il ne s'agit pas de reprendre un discours totalitaire d'une institution fermée, autarcique.

4.2.1. ECCE HOMO

L'homme est supérieur à la somme de ses capacités.

Si nous voulons nous placer dans une optique d'équipe formée autour du patient, c'est-à-dire d'une organisation formelle qui serait respectueuse, dans une certaine mesure de ce que nous trouvons au sein des C.H.S. comme nous l'avons précédemment évoqué, il

¹³ *ibid*, p 42

nous faut pointer la difficulté du soignant à se dégager de la cause et de l'effet, de l'analytique et du global, du geste et de la fonction, de la prise et de la préhension.

Comment pouvons-nous arriver à poser cette mystérieuse équation qui ferait qu'enfin nous pourrions sortir du schéma réducteur, linéaire qui veut que toute cause soit relative à un effet qui lui-même induit des indications, que ce schéma soit linéaire ou en boucle, cette dernière n'étant qu'une droite tordue, que le serpent qui se mord la queue dans la mesure où nous pensons toujours en géométrie à deux plans. Comment pouvons-nous envisager les signes non pas en clinique, éléments élémentaires (doigt, plexus brachial...), ni en termes de globalité holistique qui ne repose en fait que sur une juxtaposition d'éléments mis bout à bout dans l'espoir de reconstruire le puzzle sans en chercher le sens ? Comment, enfin, pouvons-nous envisager de placer le patient au centre du dispositif de soin et que cela soit une réalité et non une fatuité ?

4.2.2. Pluri, inter, trans professionnel

Nous utiliserons professionnel et non discipline compte tenu du fait que nous nous intéressons aux paramédicaux qui ne sont pas des disciplines médicales comme le sont la gynécologie, la neurologie, la psychiatrie..., mais des professions. Néanmoins, nous avons utilisé ce qui a été écrit sur l'interdisciplinarité car les concepts nous semblent être transférables.

Pluri, multi, inter, trans sont des préfixes usités dans tous les discours concernant le soin, chacun ayant un sens non précisé, certaines fois synonymes, d'autres fois antonymes... Ce ne sont que trop souvent des mots vides de contenus, d'actes, d'action, de sens. Cette situation est liée aux spécialisations de chaque profession, à leur méthodologie, aux divergences politiques, stratégiques et à l'absence de l'être. En effet, le soignant, mais aussi le chercheur, l'observateur se doit d'*être* dans sa démarche, il est impliqué de fait et il doit se placer en tant que partie de son objet, il doit travailler à la mise à mort de son objet en tant qu'objet. L'objet engage celui qui s'y consacre, réfute l'objectivité, le découpage arbitraire des sciences. “ Si les disciplines bien ordonnées ne manquent pas de Savoir, elles ratent l'essentiel, à savoir, l'être. [...] Encyclopédisme, interdisciplinarité, transdisciplinarité, demeurent in fine stériles si elles restent oubliées de l'être. ” (Bataille G., 1939).

Nous envisageons le pluri professionnel comme la mise en commun de différentes spécialités, chacune gardant sa spécificité, ses compétences C'est une pratique existant depuis longtemps, résultat de la mise en commun de différents corps de métier, différentes entreprises afin de réaliser une production. Ainsi, si nous considérons le système entreprise, nous trouvons différents sous-traitants réunis dont le but est la vente de sa production. Chacun garde sa spécificité, ses caractéristiques, modifiant son environnement par rapport aux objectifs fixés ce qui place les professionnels comme étant juxtaposés, c'est-à-dire, les uns à côté des autres, dans un contexte de groupe secondaire, tels que définis précédemment.

L'interprofessionnalité est la création d'une nouvelle entité constituée de différentes professions, cette entité n'étant pas formellement existante mais transcendante des différences et des modalités.

Comme le précise Jacques Ardoïno, à propos de l'interdisciplinarité :

“ Dans le cas d'une équipe de recherche, on conçoit sans peine qu'un groupe interdisciplinaire ait plus de chances, que des chercheurs opérant individuellement, de multiplier des éclairages en maintenant les niveaux de chacune des compétences spécialisées voulues par une telle approche. Mais encore faut-il que ces chercheurs ne se trouvent pas simplement juxtaposés. Même convenablement organisés par un projet commun de recherche, ils doivent encore se montrer suffisamment polyglottes pour pouvoir effectivement comprendre et parler, un peu, eux-mêmes, les langages disciplinaires de leurs autres coéquipiers. Sinon, on en resterait à l'état du manteau d'Arlequin.¹⁴ ”

Ce manteau n'est que du patchwork, de la juxtaposition et non du baroque, entendu le précise André de Peretti, comme “ le clair-obscur : [...] il n'y a pas de sombre qui ne contienne sa part de lumière et qui ne renforce la lumière et comme tu [Jacques Ardoïno] le dis, gestaltrice, le fond et la forme ne sont pas séparables, c'est la non-séparabilité des choses hétérogènes.¹⁵ ”.

Ceci induit que nous pouvons nous placer, non plus dans une logique explicative, analytique mais dans une perspective de compréhension. Ces deux logiques, que beaucoup cherchent à opposer, doivent se compléter, être en discours réciproque, dialogique afin que ces deux temps puissent être l'expression d'une réalité quotidienne tout en permettant l'émergence d'une pensée diachronique, source d'évolution, de projets, de vie. Il serait vain

¹⁴ ARDOÏNO J., *L'approche multiréférentielle (plurielle) des situations éducatives et formatives* art. cit.

¹⁵ ARDOÏNO J, De PERETTI A., *Penser l'hétérogène*, Desclée de Brouwer éditeur, 1998, p 69, 70

de vouloir ne considérer qu'un aspect de notre regard, il nous faut regarder avec une vision polyculaire, multiréférentielle. En effet, la complexité des situations ne tient pas aux objets observés, mais à notre regard. Nous nous situons dans un champ ou dans un autre, auteur de nos observations, acteur de ces situations. C'est donc dans cette interprofessionnalité que nous pourrions nous placer, position liée à cette impérieuse nécessité des regards multiples, des langages distincts mais non opposés, de discours pensés, construits, dénoncés, interprétés.

La transprofessionnalité, quant à elle, ne sera pas développée dans le cadre de ce travail faute de recul suffisant sur ce sujet. Tout au plus, reprendrons-nous un extrait de l'article d'André Bourguignon¹⁶ sur le thème de la transdisciplinarité :

“ Il est difficile de situer dans le temps l'apparition du mot transdisciplinarité. Cependant, une référence précise est le texte rédigé par J. Piaget en 1970 à l'occasion d'un colloque sur l'interdisciplinarité : " Enfin, à l'étape des relations interdisciplinaires, on peut espérer voir succéder une étape supérieure qui serait " transdisciplinaire ", qui ne se contenterait pas d'atteindre des interactions ou réciprocitys entre recherches spécialisées, mais situerait ces liaisons à l'intérieur d'un système total sans frontières stables entre les disciplines " [3]. Depuis cette date, plusieurs auteurs, en France notamment, se sont efforcés de préciser leur conception de la transdisciplinarité. Ce sont avant tout E. Morin (1994) et B. Nicolescu (1985, 1993). Toutefois, la conception de ce dernier auteur reste la plus élaborée. Son originalité est de prendre pour fondements la notion de niveau de réalité et la logique du tiers inclu, mais rien ne prouve qu'elle fera l'unanimité chez tous ceux qui parlent de transdisciplinarité sans avoir précisé la nature, les méthodes et les buts de cette nouvelle attitude face au savoir, attitude qui rompt délibérément avec celles de pluridisciplinarité et d'interdisciplinarité. Quoi qu'il en soit, la transdisciplinarité représente un effort pour intégrer à la connaissance tout ce qui n'est pas pris en compte par les disciplines et pour replacer l'Homme au centre de la connaissance ”

[3] Nicolescu B., 1993 - Une nouvelle approche scientifique, culturelle et spirituelle : La trans-disciplinarité. Passerelles , n° 7.

Nous inscrivons notre démarche dans l'interprofessionnalité, et allons étudier ce que peut nous apporter le holisme.

4.2.3. Holisme

Le holisme est un concept repris dans les années 1920 en Afrique du Sud par J.C. Smuts et qui nous propose de penser la chose non pas comme un assemblage d'éléments (la somme), que cet assemblage n'est pas la cause de cette construction mais qu'il y a du sens dans les liens qui forment cette entité. L'univers a une forte tendance à construire des unités de complexité croissante résultant des processus d'évolution qui font que chaque adaptation d'un système induit un nouveau construit d'un niveau de complexité supérieur à

¹⁶BOURGUIGNON A., *De la pluridisciplinarité à la transdisciplinarité*, 1997

son état précédent. Ainsi, comme le souligne Jacques Ardoino, La notion de “ holistique, dérivé de holisme (épistémologie générale), désigne, en contestant l’atomisme, une position selon laquelle on ne peut comprendre les parties sans connaître le tout. Dans cette perspective, complexe devrait être soigneusement différencié de compliqué (cette dernière notion pouvant toujours admettre le caractère décomposable et réductible de ses objets)¹⁷ ”.

Nous tenons à cette précision afin de lever toute ambiguïté et affirmer notre désolidarisation complète envers les personnes qui utilisent le holisme afin de défendre, créer un totalitarisme sectaire, du new age et autres médecines douces à but inavouable.

Il y a trois principes fondamentaux à cette vision de nouvelles prises en charge. Nous les avons empruntés à la théorie des systèmes complexes telle que définie par Edgar Morin. Ce sont la somme, l’hologramme et la récursivité. C’est dans ces trois principes que nous pouvons trouver un début de réponse afin de dépasser un holisme qui ne s’est transformé qu’en un agglomérat de petits bouts plus ou moins élémentaires et qui essaierait de par cette simplification liée au découpage de rendre compte d’un Tout que serait l’homme.

Le système n’est rien d’autre qu’un objet que l’observateur pose comme étant un système, c’est-à-dire comme un ensemble d’éléments interdépendants, ne prenant sens que les uns par rapport aux autres, irréductible à leur unité et formant une totalité.

Nous passons notre temps à découper, affiner, à coller mais jamais à écouter, donner du sens à la vie de la personne que nous avons en face de nous. Nous faisons des projets de sortie, de retour à domicile, des projets de vie, des démarches de soin mais toujours chacun chez soi, avec une pseudo concertation pluri professionnelle et ce, parce que nous ne percevons pas que l’équation de départ est incomplète.

L’homme est supérieur à la somme de ses capacités, mais il est aussi et en même temps inférieur à la somme de ses capacités, en fait, il n’est que le résultat de cette différence. L’homme est supérieur car si nous agglutinons ses capacités, nous n’aurons toujours à la fin qu’une capacité, il est inférieur car dans chaque capacité se trouve l’homme en entier (principe de l’hologramme), chaque capacité produit l’homme et ce dernier est producteur de ses capacités (récursivité). Et comme il n’est supérieur et inférieur, il n’y a

¹⁷ ARDOINO J., *L’approche multiréférentielle (plurielle) des situations éducatives et formatives*, art. cit.

plus de somme et donc plus d'élément à additionner et l'homme se trouve enfin libre. “ Une totalité de l'existence a peu à voir avec une collection de capacité et de connaissance. Elle ne se laisse pas plus découper en partie qu'un corps vivant. La vie est l'unité virile des éléments qui la composent ¹⁸ ”. Il faut donc voir l'homme comme autre chose qu'une somme d'actions individuelles.

Il ne s'agit pas non plus de parler de la prise en charge globale linéaire Déficit ĩDéficiênciaĭ Handicap... mais bien de poser l'homme comme étant membre et producteur de son environnement, c'est-à-dire que c'est lui qui est porteur de handicap et nous devons nous intéresser à cette auto-production de déficit, déficience, handicap... L'homme handicapé n'est pas un fait, une situation car c'est lui qui engendre le handicap dans un mouvement dynamique. Un homme paraplégique n'est pas que paraplégique, il est aussi porteur de paraplégie de par son rapport au monde, de par les interactions, altérations sur cet environnement. On ne peut séparer l'homme de son trouble. Le trouble, la maladie n'est pas extérieure à lui, mais de lui, en lui, il en est le propriétaire, l'auteur, le metteur en scène et l'acteur, le juge et le jury, il est Jules César, seul responsable de son pouce. C'est dans cette dimension d'auteur de sa vie que le malade présentant des troubles psychiatriques se trouve en situation de ne plus être responsable de celle-ci, de ne plus en être le propriétaire. De même, si nous plaçons deux personnes paraplégiques face à un obstacle, elles ne réagissent pas de la même façon, l'une le franchi, l'autre peut être pas. Cette production ne s'inscrit pas pour autant dans une dimension de maladie endogène, pas plus qu'elle ne saurait être exogène. La personne vit le trouble, le handicap de par le rapport qu'elle entretient avec elle-même, les autres et son environnement. Il va sans dire que ce rapport n'est pas en sens unique mais que, quelles que soient les adaptations proposées pour atténuer, supprimer les obstacles, c'est bien le sujet qui en dernier lieu sera en situation d'éprouver ses interactions, de donner un sens et une expression de ce sens.

Le holisme serait donc de penser l'homme comme un Tout non réductible et ouvert, l'homme qui est en mouvement, en action, en actes avec le reste du monde, producteur de ce reste et qui attend de nous que nous puissions appréhender ses référentiels afin de pouvoir, par le biais de cette reconnaissance, venir en interaction. Comment pouvons-nous

¹⁸ BATAILLE G., *L'apprenti sorcier* in Œuvres complètes, tome I, édition Gallimard, Paris, 1989, p529

être en interrelation avec la personne que nous regardons si nous restons avec nos propres référentiels, avec nos propres valeurs sans chercher à appréhender les clés que cette personne nous donne à voir, à entendre, à sentir, que ce Don soit explicite ou implicite. Si nous souhaitons que le malade soit au centre du soin, ou plus exactement, si nous voulons mettre en place les conditions pour que le malade se sente au centre de nos préoccupations, mais aussi des siennes, il s'agit de pouvoir entrer en communication en étant conscient de nos propres valeurs, de notre dépendance par rapport à elles et ainsi pouvoir, en regard d'une situation de soins complexe, mettre en interrelation le malade, nous et l'institution de soins. " L'être particulier, perdu dans la multitude, délègue à ceux qui occupent le centre, le soucis d'assumer la totalité de "l'être". Il se contente de "prendre part" à l'existence totale, qui garde, même dans les cas simples, un caractère diffus ¹⁹ ". Il s'agit de regards, de points de vue qui font que seul le vécu du malade est important et l'expression de ce vécu doit pouvoir être entendue, interprétée par les différents soignants pour que le malade ne soit plus au centre, mais se sente au centre, au confluent des soignants et non plus satellite de ces derniers. Il va sans dire que cet exemple reste imparfait car lui aussi réducteur.

4.2.4. Le soin tout court

Nous retrouvons ici le principe du soin qui ne fait que décomposer les différentes interventions en différents projets corporato-professionnels (démarche de soins ergothérapeutique, infirmière, kinésithérapique..., diagnostique médical, infirmier, kinésithérapique...) morcelant les équipes dans un découpage réducteur, simplificateur qui ne fait qu'augmenter la complication des situations. Plus on réduit, plus on altère et plus on découvre que les éléments n'en sont pas car porteur du monde en eux et objets de plus en plus complexes.

Les équipes ne doivent plus se poser comme éléments, parties d'une somme, mais dans une réelle dimension de respect, de prise en compte des angles de vue de chacun, comme observateur acteur auteur d'une situation professionnelle qu'ils regardent vivre, mais qui en fait n'est autre qu'eux-mêmes car l'homme est dans le monde, comme il est le monde de par ses perceptions qu'il en a, de par les interactions, les altérations qu'il engendre. Nous ne sommes que les résultats de nos sens et ce sont ces sens qui nous construisent. Le soin

¹⁹ BATAILLE G., *l'Expérience intérieure*, édition Gallimard, Paris, 1976, p 103

devrait être de penser ces actes comme étant de, par, pour nous en interaction avec un sujet malade et dont la maladie ne se situe pas ex nihilo mais bien comme le résultat de cette auto-production de signes, de sens pour nous et le producteur.

Cette auto-production nous conduit à insérer un troisième élément à cette dialectique sujet - objet : le projet. En effet, nous ne pouvons plus continuer à penser uniquement sur les deux dimensions du sujet et de l'objet sans intégrer, lier, le projet. Le soin, les soignants ne sont que dans ce rapport constant entre ces trois éléments et ils forment une unité indissociable qui ne peut être réduite à la simple dualité du rapport sujet objet. Le projet est l'expression du sens partagé parce qu'intentionnel, en mouvement, en relation. Nous ne sommes en tant que soignants que les liens, cet espace transitionnel cher à D.W. Winnicott, entre notre rapport à l'objet et notre projet, entre le soin et le projet de l'autre qui est sujet du soin ou objet du soin. C'est dans l'expérience de cette relation d'altérité que nous forgeons nos représentations et pouvons devenir créateurs de soins dans l'identification mutuelle de l'autre comme messenger de sens et avec lequel nous sommes engagés dans une relation qui s'accomplit en projet. Le projet est omniprésent car c'est lui qui participe à notre perception de l'autre, de nos actes. Mais c'est lui aussi qui nous construit par le retour qui nous est ramené de notre projet et nous devenons alors l'objet du projet de l'autre avant de devenir le projet de cette relation. Nous ne sommes plus dans le " simple " concept de projet de soins mais bien dans une dimension qui propose une mise en perspective de l'aspect multiréférentiel de cette notion. Il est le ciment de notre vie et évolue entre le formel et l'informel, entre l'inconscient et le conscient. Il nous faut intégrer nos projets à celui formalisé du projet dit du patient, c'est-à-dire qu'il est la propriété du patient, et non celui du bout du couloir. Ainsi, nous pouvons envisager une trilogie sujet - objet - projet qui permette une modélisation des ressources internes mises en jeu dans les différentes étapes de la prise en charge.

Un quatrième élément à prendre en compte dans cette totalité globale mais ouverte serait la notion de résidu, d'impureté. Cette prise en compte de l'autre en tant que différent oblige à envisager une part d'impureté, d'étranger car les relations humaines ne sont jamais pures. Cette impureté, ces résidus sont créateurs de limites, de frontières, d'images altérées de ce que nous sommes. Ces frontières entre pur et impur, entre nature et culture, entre fini et infini permettent de regarder la situation du soin comme un système complexe, qui n'est

pas pur car parasité par du social, de l'économie, du psychologique, du culturel, du religieux... Il faut donc, dans la mesure du possible, prendre en compte ces impuretés car elles nous donnent accès à la totalité de l'humain. Cette globalité, plus encore que la totalité, est donc la définition des limites, qui, parce que nous nous plaçons toujours au centre en tant que machine égocentrique, sont floues, peu observées, peu interrogées. Ces limites, ces frontières sont les liens, les résidus en même temps que les zones de contact entre les individus. Elles seraient les médiateurs de la (re)connaissance, de l'être en rapport avec un ensemble instable et enchevêtré. Parce que limite, contact, articulation sont de lui, l'homme ne peut qu'éprouver et faire éprouver à l'autre " la sauvage impossibilité de notre esprit qui ne peut pas éviter ses limites et ne peut pas non plus s'y tenir²⁰ " afin de participer à cette instabilité, cette complexité source de vie mais aussi de difficultés. Elles fondent en miroir notre identité, nous renvoyant à ce que nous pensions être et assurent ainsi une tâche de liaison entre pur et impur par cette prise en compte de phénomènes parasitaires, de contacts, d'échanges et donc de différences et non de supérieur, d'inférieur ou d'exclusion.

Nous ne souhaitons pas entrer en guerre de religion sur le global, le holisme tout en ne prônant pas une utilisation des néologismes sauvages, il est plus important de considérer qu'un soin devrait se suffire à lui-même. Au demeurant, nous sommes conscients que tous ces écarts sémantiques nous indiquent que nous sommes toujours dans une dichotomie de l'infini et du fini, de l'intemporel et du quotidien. Pourquoi autrement se battre, revendiquer comme étant un soignant qui soigne global, holistique, si ce n'est pour essayer d'asseoir une pratique, des projets de soins corporatistes qui ne sont pas in extenso centrés sur le patient car toujours relevant d'une catégorie de soignant. Comme nous l'avons précisé précédemment, nous ne devons pas penser dichotomie car cela revient encore à réduire, à opposer sans chercher à lier et comprendre ces oppositions afin de n'en faire qu'une représentation qu'un homme a de celle-ci.

Cet état de fait est lié à notre culture qui ne pense qu'en termes de découpage afin de tenter d'expliquer une réalité qui nous échappe, partant en quête de l'unité absolue, réificatrice du tout universel. Cela a pour unique conséquence de tout cloisonner, de rendre statique et de devenir myope, d'empêcher toute interprofessionnalité, chacun étant

²⁰BATAILLE G, "L'amitié" in *Oeuvres complètes, Tome VI, La somme athéologique*, édition Gallimard, Paris, 1986, P295

persuadé d'avoir la clé, le grimoire qui sera La solution pour guérir. Les soignants sont conscients – encore que – qu'il faut travailler ensemble, en équipe mais toujours par rapport à eux. Le soignant n'est pas le soin, pas plus que le malade n'est maladie, ce n'est que dans une récursivité qui voudrait que le soignant soit producteur de soins mais que ce soin soit aussi producteur de soignants que l'on pourra entrer en relation avec le système malade, homme porteur de la maladie qui elle-même est productrice de cet homme.

4.2.5. Équipes et prises en charge

Ces équipes, à l'instar des filières de soins, devront répondre à la double logique de la prise en charge du patient telle que proposée ci-dessus et à l'émergence d'une nouvelle modalité de fonctionnement des équipes.

La notion de prise en charge induit un début, un commencement, mais dans une logique de la continuité, de la temporalité. En fait, il n'y a jamais de début sorti ex nihilo de la tête du soignant, il ne s'agit que d'un mot qui désigne un changement par rapport à un avant, changement-rupture ou changement intermédiaire, hybride dirait J.J. Boniol. Nous avons pris ce terme afin de faciliter la représentation de ce que pourrait être notre démarche. Il nous apparaît important de bien prendre conscience de la notion de temporalité qui fait qu'un patient ne vient pas sans son histoire et qu'il en est de même pour le soignant. Le malade ne naît pas lors de son hospitalisation, il était, devient et deviendra ; le début de son hospitalisation n'étant que le point de repère d'un nouveau changement qui doit pouvoir se transformer en démarche de changement afin de devenir opérant. C'est dans cette notion d'équipe de soignants que cette démarche doit pouvoir s'exprimer par les relations sélectives soignants/soignés. Le malade va lui-même choisir de s'engager avec tel ou tel soignant, à tel ou tel moment. L'important ici sont les notions de changement, temporalité et de démarche. Ce dernier terme est trop souvent ignoré dans les démarches qualité, au profit de mise en place de procédures qualité, de même que nous confondons, amalgamons la démarche de soins avec le dossier de soin, comme si nous ne bricolions plus mais nous martelions, comme si le jardinage se résumait à la tondeuse niant le savoir être.

Équipe veut donc signifier évolution, mais aussi décloisonnement interne et dialogues, échanges en externe (H. Houdoy, 1998) car il permet la circulation des informations, des communications en interne facilitant l'émergence de demandes, de projets pour l'extérieur

de l'équipe. Ce décloisonnement est source de changement et de fait, anxiogène, peu structurant. Il y a dématérialisation de la fusion, du groupe formel et déplacement des systèmes d'actions concret (Crozier, Friedberg, 1977²¹) avec accentuation des zones d'incertitudes car les interactions ne sont plus repérables, les contacts devenant informels mais non virtuels de par l'ancrage dans une réalité quotidienne. Il y a donc émergence de nouvelles modalités d'action car la logique d'une équipe est forte, informelle, transversale et devient un contre-pouvoir.

Cette équipe ne serait rien d'autre que la formalisation, la conceptualisation de différentes pratiques en un sens commun adapté à une finalité qui ne serait plus uniquement théorique (le patient au centre du dispositif) mais aussi pratique. Elle deviendrait opérationnelle parce que chaque acteur serait auteur de ses actes par une coordination mentale de ces actions, par une compréhension et non une explication. En effet, selon J. PIAGET²², “ Comprendre consiste à dégager la raison des choses, tandis que réussir ne revient qu'à les utiliser avec succès, ce qui est certes une condition préalable de la compréhension, mais que celle-ci dépasse puisqu'elle arrive à un savoir qui précède l'action et peut se passer d'elle. ”. Les représentations que nous nous faisons du monde conditionnent notre capacité à mentaliser nos actes afin qu'ils deviennent des actions, des aptitudes à pouvoir envisager une interprofessionnalisation. Néanmoins, de cette abstraction peuvent découler des phénomènes anxiogènes liés à la représentation que fait le sujet d'une situation non vécue physiquement et qui peut induire des incapacités de compréhension, non pas objectives car toute compréhension est toujours subjective, mais difficilement appréciable de prime abord car peu explicite. Il convient de prendre en compte ces phénomènes et de mettre en place des conditions d'apprentissage, de gestion des angoisses liées à cette absence d'objet. Le cadre doit faciliter l'apprentissage de la vie d'équipe via le changement de l'organisation du Moi qui est, comme l'a décrit C. Rogers²³, “ ressenti comme menaçant. [...] Ces apprentissages qui sont menaçants pour le moi sont plus facilement perçus et assimilés lorsque les menaces extérieures sont réduites au

²¹CROZIER M., FRIEDBERG E., *L'acteur et le système*, Édition du Seuil, 1977

²² PIAGET J., *Réussir et comprendre* in corpus Modèles, situations d'apprentissage et d'acquisitions, tome 1, Université de Provence - Aix Marseille 1, 1997

²³ R. ROGERS C., *Liberté pour apprendre*, Dunod éditeur, Paris, 1976

minimum. [...] Lorsque la menace est faible, l'expérience est perçue dans ses nuances et l'apprentissage peut avoir lieu ”.

En effet, pour que l'interPro passe de providence à professionnalité, il faut que les soignants se mettent en démarche de changement, entrent dans un processus de mise en commun des angoisses induites et ce, par le biais de réseaux d'équipes. Cette possibilité d'échanges transversaux va à l'encontre des exigences des institutions qui réclament conformisme afin de se reproduire, de se prolonger comme ensemble de valeurs partagées.

Nous nous inscrivons dans la démarche initiale de la théorie de la psychothérapie institutionnelle défendue par Racamier, Daumazon, Sivadon, Paumelle et Tosquelles, ces équipes devraient permettre une déconstruction des représentations que les soignants ont de leur profession au profit de la création d'une nouvelle identité fédératrice car liée à la mise en place d'espace de liberté, de manipulation des structures et d'appropriation des normes. Ils seront créés par des individus différenciés, autonomes et générateurs de nouvelles valeurs.

Il s'agit du passage de l'individuel à une dimension communautaire où émergent le projet, le sens, le lien et l'objet. De par son aspect volontaire, engagé et autonome, les équipes créent des communautés d'affinités où l'échange d'information et la communication sont la clé de voûte de leur pérennité. En effet, ces relations sont fortes car volontaires, autonomes et ne reposent pas exclusivement sur des processus affectifs mais principalement sur une réflexion, une motivation, des décisions. Ces relations passent par l'écrit et par une nécessaire maturation du message, du sens à transmettre.

Or, c'est grâce à des équipes que peut s'exprimer cette trahison dirait J. Ardoino (1998), du théorique à la pratique, de l'information à la communication... C'est de par cette nouvelle communication, nouvelle dans sa forme et non dans son fond, qu'une pratique du dialogue pourra renaître. En effet, cette communication en équipe, outre son aspect volontaire, implique qu'elle passe par l'écrit et ipso facto par un processus de réflexion, d'appropriation de son discours, de ses pensées avec une temporalité intermédiaire au discours oral et à la rédaction d'articles, de textes. C'est cette dimension qui nous semble être la plus importante, l'écrit sera toujours porteur de sens, de puissance car il est immanent, engageant, responsable. Il y a donc un travail important pour le cadre de santé qui est le manager du projet commun.

4.2.6. Conclusion

Au même titre que l'homme ne peut être réduit à une somme, une soustraction, le soin, si nous le souhaitons de qualité, doit être lui aussi appréhendé de façon multiréférentielle (Ardoino J., 1996) afin de que le travail de chacun ne soit plus une lutte de pouvoir, de survie, de représentations archaïques, d'homogénéité. Il nous faut être dans cette dialectique de l'unité et du complexe afin que nous puissions exister parmi, avec, face, par les autres. Cette démarche ne peut être effective que si nous utilisons les structures actuellement existantes afin de créer des réseaux interprofessionnels, volontaires et que puisse coexister une démarche arbitrairement fractionnée en quatre entités, la direction générale, la commission médicale d'établissement, la direction du service de soins infirmiers et la direction des soins médicaux techniques et de rééducation. C'est concrètement dans une direction tétracéphale, des médecins, à quelques exceptions près, refusant à ce jour de pouvoir envisager des relations diachroniques avec les personnels non médicaux, que pourrait s'exprimer une première démarche de soins transversale enfin une démarche.

Il nous faut donc penser le soin comme une synergie de la prestation des différents soignants, non pas chacun comme étant un élément mais comme étant le soin, afin de permettre la constitution d'une entité "soin général" qui n'aurait plus besoin d'être globale, holistique car soin. Nous entrerions alors dans une interprofessionnalisation., mais qui, pour pouvoir fonctionner, doit passer par la mise en place d'actions de coordination, d'articulation, d'interfaçage.

4.3. Interfacer, articuler, coordonner l'hétérogénéité

Comme nous venons de le voir au travers de ce que devrait être une équipe, c'est-à-dire des hommes réunis en petits groupes autour du patient, il apparaît qu'il ne peut y avoir de situation claire du fait que nous avons affaire à des humains qui parlent, qui sont en interaction, interrelation et donc hétérogènes.

4.3.1. Hétérogénéité

Cette dimension est souvent absente de la pensée fonctionnelle de nos hôpitaux car nous n'envisageons une organisation que par rapport à une juxtaposition de *Touts* fermés devant permettre l'homogénéité consensuelle, garante d'un "tous pour un" qui aurait effacé

une partie de la phrase et considéré le "un" comme étant la totalité, c'est-à-dire l'institution pour laquelle nous devons nous battre. Il est certes des moments où l'unité de ses ressources humaines doit être prédominante face à des décisions politiques plus ou moins arbitraires, mais cette unité ne doit pas rimer avec homogénéité. Le fait de parler d'une seule voix ne veut pas dire que nous sommes tous d'accord sur tout. On peut considérer l'institution hospitalière d'un point de vue individuel, considérant les personnes pour elles-mêmes dans leur structure psychique, leur personnalité, leur singularité et donc leur hétérogénéité ; mais si on se place par rapport aux équipes, qu'elles soient corps professionnel ou telle que définies précédemment, elles sont hétérogènes de par leur caractère dynamique d'auto influence. En effet, il s'agit d'un rapport à trois, la personne, son alter et l'équipe et chacun se construit dans ses relations aux autres, chacun évolue, modifie ses attitudes, ses comportements dans un mouvement, non pas circulaire, mais hélicoïdale, du registre de la vis sans fin d'Archimède.

Il s'agit bien de différence, de singularité, mais avec inscrite en elle la notion de temporalité et d'altération. Cette dernière notion induit que ces jeux dynamiques sont constitués d'explicite et d'implicite, mais aussi de désirs, de pulsions, d'intérêts et d'intentions, de stratégies. Tous ces éléments se rencontrent, s'entrechoquent, se mélangent et se modifient, se transforment, s'altèrent et de facto, nous transforment par cette rencontre avec nos limites éprouvées par nous au travers de la rencontre avec l'alter. Mais c'est parce que ces jeux sont inscrits dans le temps, dans la durée, dans la mémoire et dans l'histoire que l'altération peut devenir construction de l'être singulier et/ou collectif. Il s'agit bien de diachronie, de systèmes ouverts, inscrits dans une-des histoire(s) et " ce que l'on appelle " être " n'est jamais simple, et s'il a seul l'unité durable, il ne la possède qu'imparfaite : elle est travaillée par sa profonde division intérieure, elle demeure mal fermée et, en certains points, attaquable du dehors ²⁴ ”.

Cette notion d'hétérogénéité qui est intimement liée à celle d'altération et de temporalité, fut un tournant décisif dans ce travail car, comme nous le précisions précédemment, au royaume du projet roi, les finalités sont fortement teintées d'individualisme et donc mises en sommeil au profit de la partie séquentielle, pratique,

²⁴ BATAILLE G., *l'Expérience intérieure*, édition Gallimard, Paris, 1976, p110. 111

programmatique (J. Ardoino). Ceci induit une vision en entonnoir où la norme et non les valeurs sont premières, où l'on ne doit plus faire qu'un seul corps homogène et discipliné.

Nous venons de voir l'hétérogène au travers de Jacques Ardoino et Georges Bataille, dans sa composante sacrée, impure, dans “ l'inutilité de l'utilité ” et il serait judicieux de pouvoir étudier le lien sacrificiel comme fondement individuel et groupal. Eu égard au format de ce mémoire, nous ne ferons que signaler le fait qu'il nous semble intéressant de regarder, d'observer les aptitudes, les capacités, qu'elles soient individuelles ou communautaires, des sujets à se sacrifier et poser ce sacrifice comme lien social d'une institution. Dans quelle mesure ce sacrifice, cette auto-mutilation “ serait caractérisée par le fait qu'elle aurait la puissance de libérer les éléments hétérogènes et de rompre l'homogénéité habituelle de la personne. [...] Le sacrifice considéré dans sa phase essentielle ne serait qu'un rejet de ce qui était approprié à une personne ou à un groupe ²⁵ ”. Il induit une part d'impureté, de cicatrice et de prise en compte du niveau d'investissement dans l'acte car il n'est jamais gratuit et, dans cette perspective, il est le lien fondamental qui unit les individus aux autres dans une dimension d'équipe primaire. En effet, “ les êtres humains ne sont jamais unis entre eux que par des déchirures ou des blessures [...]. Si des éléments se composent pour former l'ensemble, cela peut facilement se produire lorsque chacun d'eux perd par une déchirure de son intégrité une partie de son être propre au profit de l'être communel²⁶ ”.

Il s'agit donc de penser qu'une organisation des soins passe par cette prise en compte viscérale de l'hétérogénéité, non pas en tant que singularité, anecdotique, pittoresque, mais comme façon de faire, d'agir, comme mode d'emploi d'un outil qui n'existe pas encore en tant qu'objet réifié, mais comme garant d'un fonctionnement institutionnel qui est de fait inscrit dans une perspective dialogique de l'ordre et du désordre (E. Morin), dans une perspective holistique (J.C. Smuts, 1923) qui veut que cette hétérogénéité ne soit pas une étape avant une ré homogénéisation générale. En effet, l'hétérogénéité n'est pas synonyme de mouvements incoordonnés, de "foutoir" mais bien de vie par l'homme et donc inscrite dans la temporalité, dans l'évolution et que celui-ci n'est pas inaltérable mais au contraire, en

²⁵BATAILLE G., “La mutilation sacrificielle et l'oreille coupée de Vincent Van Gogh”, in *Oeuvres complètes, Tome I*, p 269

²⁶BATAILLE G, CAILLOIS C., LEIRIS M., “Le collège de sociologie”, 1939, in HOLLIER D, *Le collège de sociologie*, Paris, édition Gallimard, 1995, p 808

perpétuelle altération, voire aliénation lorsque les perspectives d'homogénéisation fusionnelle perdurent.

4.3.2. Articulation, coordination, interface

Puisque nous posons l'institution comme hétérogène, il nous faut envisager que cette hétérogénéité, pour ne pas devenir source d'aliénation, puisse avoir des coordinations, des articulations, des interfaces...

Au sein d'un centre hospitalier psychiatrique, nous retrouvons des instances officielles de coordination que sont, pour les soignants, la commission médicale d'établissement pour le collège médical et la direction du service de soins infirmiers pour le collège infirmier. Ces instances ont pour objet de définir les orientations, les politiques de soin des collèges concernés, la commission médicale d'établissement définissant le projet médical d'établissement. Par contre, comme nous l'avons montré dans notre problématique pratique, ces coordinations s'adressent à des corps de métier et tous ne sont pas dans ce registre fonctionnel puisque les différents intervenants du plateau médico technique et de rééducation ne sont pas représentés. Ce ne sont pas pour autant des électrons libres, mais des particules solitaires mais non indépendantes, non autonomes. Elles sont sources d'imprévus, mais dans un registre de l'aléatoire risqué et il nous semble important que ce risque ne soit pas, entre autres, au détriment de la sécurité du patient, des équipes.

Faut-il alors mettre en place un système de coordination, d'articulation, d'interface qui rentrerait dans le registre d'une prise en compte de l'hétérogénéité, qui serait en quelque sorte garante de la non réhomogénéisation afin que les différents intervenants ne se sentent pas dépossédés et qu'ils ne mettent pas en place des processus de négativité²⁷ paralysante.

A ce moment de ce mémoire, nous n'avons que quelques images à proposer pour réfléchir (à) ces trois mots que sont : Articulation, Coordination, Interface ; articuler des membres, une poupée, coordonner des mouvements et interfacier du code informatique et de l'humain. Nous serions devant un mouvement qui irait de la prise, de la préhension et de l'outil, du geste, de la fonction, et du mode d'emploi. Nous nous retrouvons face à des

²⁷“je veux dire que c'est la représentation que je me fais, en tant que praticien, mais aussi bien en tant que chercheur, de la capacité que l'autre a toujours de pouvoir déjouer par ses propres contre-stratégies, les stratégies dont il se sent être l'objet” Ardoino J., in *Entretien avec Cornelius Castoriadis lors des Décades de Cerisy-la-Salle (1990)*

niveaux différents de sens, de liens. Il y a le mouvement, la fonction et son instrumentalisation. Pour porter à la bouche un verre afin d'étancher sa soif par exemple, il nous faut, entre autres, une amplitude articulaire du coude idoine (mouvement), une perception de soi, de son environnement (fonction), mais aussi un accès au mode d'emploi de l'objet. Nous passerions ainsi du son à la phrase, de la graphie à l'écriture, de l'indicatif au significatif.

Néanmoins, notre objet est dans un premier temps de réfléchir aux différents sens, mais ensuite de penser cette notion qui ferait que les équipes pourraient fonctionner ensemble, non pas juxtaposées, ni fusionnées, afin que le malade puisse sentir un tout dans sa prise en charge, un tout, un soin ayant une logique propre et pertinente, et que l'institution puisse, elle aussi, tirer profit de cette organisation. Il ne s'agit pas d'un exercice de style mais bien de regarder ces mots pour tenter de faire ressortir ce que nous poserions comme processus, comme visée au projet lié à un poste de coordonnateur, d'articulateur, d'interface de plateau médico technique et de rééducation.

Le problème majeur des plateaux médico techniques et de rééducation est la relation parfois difficile entre ces professionnels et les collègues infirmier et médical en termes de reconnaissance, de retour d'information... Il s'agit donc de trouver une organisation qui permettrait d'améliorer ces relations, ces interactions et non, à priori, de chercher à lier ces différentes professions.

4.3.3. Interface

Le premier élément qui nous vient à l'esprit est sa non-déclinaison en verbe, en adjectif finissant en "tion" induisant une forme d'action ou en "ité", vecteur de stabilité²⁸. Il nous semble que l'interface induit un passage obligé, une médiation entre deux niveaux différents, une de l'ordre de la pensée, de l'oralité et une instrumentée par cette interface. L'interface joue un rôle néanmoins très important dans sa fonction de traduction réciproque des langues différentes des objets en relation. Elle permet le dialogue entre deux unités car servant de traducteur tout en veillant au respect du message transmis, message de facto traduit, interprété.

²⁸ “ Les finales en “ ité ” [...] appellent des essences, des capacités, des états, et les finales en “ tion ” expriment des dynamiques, des mouvements. ”, ARDOINO J., in *Pensée l'hétérogène*, op. cit, p 149

D'après Le Robert, l'interface est : “ 1. Phys., chim. Surface de séparation entre deux phases distinctes (solide-liquide, solide-gaz, liquide-gaz). 2. Techn. Limite commune à deux ensembles ou appareils. ”. L'encyclopædia Universalis définit l'interface comme : “ 1. limite commune à deux ensembles ou appareils permettant des échanges entre ceux-ci, 2. en informatique, jonction entre deux éléments ou deux systèmes, permettant des échanges d'information ”. Nous trouvons ici deux définitions intervenant dans des domaines différents mais qui soulignent cette dimension de la limite et de l'union, de la frontière et de la fusion, du limité et de la continuité. Il s'agit donc bien d'un point de passage entre deux états circonscrits, délimités, précisés se situant en contact l'un avec l'autre et qui assure le passage d'un état à l'autre et de façon mécanique, chimique.

En d'autres termes, l'interface serait l'instrumentation de la pensée afin de passer de l'abstraction à l'action, du logos au tropos (J. Gagnepain, 1990), de l'oral à l'écrit via cette interface que peut être un micro-ordinateur, mais aussi, un stylo Bic. Cette instrumentation ne renseigne pas sur la qualité du message à transmettre mais uniquement sur cette mise à disposition d'une liaison entre ces deux limites communes tout en s'inscrivant dans la notion de *trajectoire entre...* Il ne semble pas que le rôle d'un cadre de santé ne soit exclusivement dans l'interface entre deux objets. Doit-il être aussi du registre de la médiation au sens Winnicottien du terme, cela nous semble une hérésie dans la mesure où cela impliquerait qu'il ne puisse y avoir de construction des équipes sans cette mise à disposition d'une référence, d'une loi imposée par ce professionnel parce que passage obligé.

4.3.4. Articulation

L'articulation, selon Le Robert, peut être soit : un mode d'union des os entre eux, l'ensemble des parties molles et dures par lesquelles s'unissent deux ou plusieurs os. Par analogie, il s'agit de l'assemblage de plusieurs pièces mobiles les unes par rapport aux autres. En didactique, c'est une manière dont un système complexe est articulé. Il s'agit aussi, de l'organisation en éléments distincts contribuant au fonctionnement d'un ensemble. Enfin, l'articulation est l'action de prononcer distinctement les différents sons d'une langue à l'aide des mouvements des lèvres et de la langue. L'Encyclopædia Universalis définit

quant à elle le verbe articuler comme : “ 1. assembler, réunir deux ou plusieurs éléments en leur laissant une certaine mobilité ou souplesse, 2. émettre des sons “ .

Il s’agit de joindre, d’unir des éléments différents par une articulation. Ce terme fait explicitement référence à l’article, c’est-à-dire, entre autres, à “ un écrit formant par lui-même un tout distinct mais faisant partie d’une publication ” (Dictionnaire Le Robert, 1992).

Il y a une notion de mouvement, d’évolution mais, même s’il est envisageable de penser articulation comme émission de sons, peut-on pour autant envisager articulation et production de sens ? Ne serait-ce pas uniquement l’outil de cette production de sens dans la mesure où l’articulation ne fait que permettre l’émission du sens élaboré par des structures intra-psychiques interfacées par des structures corticales ?

Néanmoins, une dimension intéressante nous semble être, au-delà de l’aspect mécanique, cinésiologique, tous les intermédiaires contenus dans ces articulations afin que le mouvement puisse se faire, et ce, en respectant l’intégrité de cette articulation et permettant un mouvement non douloureux et adapté à la morphologie de celle-ci. Cette dimension permet d’inscrire l’articulation, non pas exclusivement dans le mécanique mais aussi dans le biologique, et donc dans le vivant, dans un registre d’une autonomie, certes relative, mais offrant des possibles de création, de jeux mécaniques mais aussi pourquoi pas, ludiques.

Ce terme reste marqué par la mécanique, les engrenages, les os et de fait, par le mouvement plus que par la fonction, or, ne serait ce pas tant le mouvement, que la finalité de celui-ci qui nous fait avancer. Un élément de réponse nous ait fourni par C. Castoriadis²⁹ qui propose que le mouvement puisse se situer au delà du local, de la translation. Le mouvement est alors changement, certes spatial, mais aussi transformation avec en corollaire l’altération, l’apparition, la création de formes nouvelles. Ce point de vue permettrait d’envisager l’articulation des équipes comme pouvant être créatrices de formes nouvelles de soin dès lors qu’elles ne sont pas sclérosées, psychotisées.

En effet, l’articulation repose sur cette idée de lier, de “ relier sans toute fois les confondre, sans fusionner, sans les unifier pour autant, des éléments reconnus explicitement

²⁹CASTORIADIS C., *Fait et à faire, les carrefours du labyrinthe*, Tome V, Édition du Seuil, Paris, 1997, p200

séparés et hétérogènes entre eux ” (Ardoino J., 1998). En ce sens, l’articulation peut ouvrir les portes d’une dynamique qui ne précise pas les modalités de cette organisation, mais qui de fait, est garante du fonctionnement de ces liens, de son auto intégrité. Néanmoins, l’articulation ne laisse qu’une relative liberté aux éléments qui la constitue car chaque partie doit respecter les amplitudes de mouvement sous peine de provoquer une usure prématurée, une luxation, une implosion de l’ensemble. Ce pourrait-il alors que l’articulation soit, si nous entendons liberté comme auto-limitation, un des rouages de l’autonomie telle que défendue par C. Castoriadis ?

La finalité, en dehors de celle de lier et permettre le mouvement entre les éléments, reste floue, comme si elle n’était formalisée que dans l’unique fonction de perdurer, de limiter. Une articulation se devrait d’être cohérente mais qu’en serait-il de la pertinence ?

Nous rejoignons en ce sens la notion d’interface, de médiateur, le lieu de débat, d’échange, d’expression des conflits où agonistes et antagonistes se devraient d’être synchrones dans une impulsion de contraction - décontraction musculaire.

Dans articulation, il y a limite, distinction, il y a de la rationalisation car, pour exister, pour être, elle doit fonctionner et donc avoir une utilité donc un but, des objectifs et nous resterions plus dans le programmatique que dans la finalité (J. Ardoino, 1993). Si nous nous plaçons dans une perspective de démarche qualité et/ou d’accreditation, nous serions alors dans le protocole.

Dans le cadre du soin et de la gestion des équipes, il nous semble que l’articulation relèverait d’une mise en place des conditions d’articulation des différentes activités de soins, qu’elles soient rééducatives ou infirmières, tournant autour du patient par le médecin et les cadres. Ces derniers proposeraient une organisation, en collaboration avec les médecins, les différents cadres, afin que ces interventions, prises en charge soient correctement articulées, que ce soit au niveau des temps, de la chronologie, de la périodicité, de la durée... afin que le patient puisse avoir une prise en charge de qualité et que la prise en compte des aléas, de l’imprévu, du grain de sable puisse être effective et non source d’angoisse, de conflits improductifs pour le malade et les soignants. Cela nous place dans une dimension thérapeutique et, en cela, nous ne pouvons qu’être dans le registre de la communauté, du sujet, du biologique et de facto, de l’intersubjectivité sociale, historique.

4.3.5. Coordination

Nous entrons, nous semble-t-il dans le registre de la fonction, du sens, de la finalité du mouvement.

Même si nous avons été influencés par les habitudes professionnelles qui font que la coordination, le coordonnateur et coordonner sont fréquemment usités dans le cadre de l'institution sanitaire, dans la sémantique administrative, réglementaire, ils nous semblent néanmoins, les plus appropriés à ce que nous entendons par coordonner les équipes du plateau médico-technique et de rééducation.

L'Encyclopædia Universalis définit coordonner comme “ 1. fait de coordonner, de diriger les initiatives ou les actions de plusieurs personnes vers un but commun, 2. rassemblement d'élus de la base dans un mouvement social, 3. en grammaire, relation de conjonction entre des mots, des groupes, des propositions ”.

La coordination nous semble être dans le registre de la mise en place d'éléments hétérogènes, de conditions pour...qui impliquent une conceptualisation pour arriver à permettre l'élaboration d'une finalité, d'un sens, de liens. Cette finalité serait la direction commune, chaque élément devrait être responsable, auteur et interprète de ses rapports avec les autres, les interrelations, interactions constitutives de cette coordination.

Nous nous situons en neuropsychiatrie dans le registre du sens, de la gnose, de la praxie qui considère que les troubles constatés de l'aphasique par exemple, ne sont pas du registre de la paralysie articulaire, de la dysarthrie mais bien du registre de la coordination, que ce soit de la spasticité (incoordination motrice des muscles agonistes et antagonistes) mais aussi coordination du geste à sa représentation qui fait que, dans la mesure où l'homme agit dans un environnement socialement codé, normé, éduqué, il peut y avoir incoordination entre l'action par celui qui agit et celui qui reçoit cette action. Ce terme d'incoordination est aussi employé pour qualifier tous les mouvements qui ne peuvent, du fait d'un trouble cérébral impliquant une altération des possibilités de coordination, s'effectuer de manière adaptée. Nous trouvons ainsi les mouvements athétosiques par exemple.

Néanmoins, et cela doit s'inscrire dans une perspective dialogique, la coordination s'inscrit dans l'administratif, donc dans le contractuel. Nous sommes alors dans la notion

d'ordonner, c'est-à-dire de mettre en ordre, dans le " bon ordre " les différents éléments. Il s'avère que, dans la mesure où nous n'utilisons pas le terme coordinateur mais celui de coordonnateur, s'ajoute à cette dimension de mise en ordre, la possibilité statutaire et sémantique pour le coordonnateur de donner des ordres, dimension qui n'existe pas chez le coordinateur.

La coordination au niveau du cadre et des équipes serait quant à elle de l'ordre de la démarche, du sens, du lien, de la conceptualisation. Il s'agirait alors de coordonner, non plus des interventions autour du malade, mais des professions, des équipes au sens structurel afin que le sens des actions, des articulations puisse être présent et puisse être approprié par les équipes mais aussi les individus qui les composent. Cet aspect structurel découle des relations contractuelles, administratives.

Cela ne doit pas uniquement s'effectuer en interne, mais aussi avec les institutions composant le paysage sanitaire de la région afin que des réseaux de coordination puissent être formalisés. Ce mouvement, non rigide, mais formel ne peut survivre que parce qu'un travail sur le sens, la finalité aura été fait via une coordination des différents cadres.

4.4. Synthèse

Il ne s'agit donc pas d'opposer ces termes afin de choisir, " d'élire " le meilleur mais de proposer un sens à ces trois notions. Nous les avons ainsi définies mais il semble que nous devons adjoindre à ces définitions les conditions nécessaires à leur promotion. Nous utiliserons coordonner mais avec en arrière plan articuler car ce développement s'applique aux deux. Nous ne mettons pas de côté l'interface mais elle ne nous semble pas idoine dans ce développement dans la mesure où nous avons encore du mal à pouvoir l'envisager en terme de mouvement. Les conditions idoines découlent de la temporalité même si de prime abord, cela ressemble à du temps, de la chronologie séquencée.

En effet, si nous restons au niveau du temps qui passe, soit nous coordonnons des programmes mais quid de leur visée politique ; soit nous sommes dans l'urgence et quid du sens. Cela ressemble à de la cybernétique de premier niveau, à de la procédure et peu au processus.

Si nous coordonnons en tenant compte de l'histoire institutionnelle, sociale, individuelle, nous pouvons alors coordonner, certes des programmes, mais tout en ayant

conscience des intentions politiques et stratégiques de ces projets. Parce que le processus du sujet, de l'équipe sera présent, la coordination pourra être anticipative, c'est à dire que la prévision d'un résultat par rapport à des objectifs visés sera possible du fait qu'elle intègre une prévision de ce que l'autre fera conséquemment à nos actions. Nous dépassons le discours qui pose que " je fais ceci et donc j'aurai tel résultat " et entrons dans un principe qui dit que " je fais ceci parce que, connaissant suffisamment l'autre, sa fonction, ses missions, son rôle, je pense qu'il fera telle action ". Cette anticipation n'est possible que parce que je suis dans l'histoire, l'interrelation et non plus exclusivement dans l'opérationnel. De ce fait, dans cette boucle de coordination - action se place dans la morale qui est l'expression de l'interprétation du sujet de son action et en tant que telle, les retours d'informations deviennent aléatoires parce que constitués d'imprévu, d'interprétation.

5. Hypothèse

Le plus grand risque des C.H.S. serait que, faute d'une coordination entre responsables et corps professionnels, l'institution devienne soit AUTOCRATIQUE, soit PSYCHOTISÉE. Les enchaînés de Pinel n'étaient qu'une des déviations autocratiques possibles.

Une institution psychiatrique, compte tenu des risques induit par la psychose, peut évoluer selon trois modalités relatives à la loi :

Une loi sans exception possible et c'est le totalitarisme avec un dictateur, voire un gourou ;

Sans loi, c'est l'anarchie, sans responsable et fut le reflet de certaines dérives de l'anti psychiatrie anglaise ;

Une loi avec des exceptions possibles et des MODÉRATEURS (coordonnateurs) permet au soin de s'adapter, et donc aux patients de se soigner, et non d'être soigné.

Notre hypothèse est qu'un cadre de santé de rééducation améliore et favorise cette dernière option à laquelle nous adhérons.

L'enquête que nous avons menée tente de l'accréditer.

6. Méthodologie

Afin de déterminer ce que pourrait être ce poste de cadre qui aurait pour mission, entre autres, de coordonner et d'articuler, de permettre la coordination et l'articulation, nous avons choisi de réaliser un questionnaire que nous avons divisé en trois parties. La première partie est relative à ce que pourrait être le profil de ce poste, chaque question est caractérisée par des propositions à classer par ordre de préférence. La seconde partie se propose d'envisager la pertinence de ce poste et repose sur des questions fermées avec des possibilités de questions ouvertes le cas échéant. La dernière partie est relative à des données personnelles du questionné (profession, âge, pays...).

Nous avons utilisé deux modes de transmission pour ce questionnaire, un mode direct en remettant en main propre ce document au questionné, sans donner d'explication ni de consigne et en lui indiquant le lieu et les temps de retour. Le deuxième mode d'expédition a été internet, via courrier électronique avec possibilité de retour via ce même médium ou par voie postale.

Nous souhaitons toucher une population francophone, c'est-à-dire européenne (Belgique, Luxembourg, Suisse) mais aussi canadienne, et notamment, le Québec. Nous souhaitons savoir si ce type de poste existait déjà et s'il y avait des différences entre notre regard hexagonal et celui d'autres cultures francophones. Internet nous semble être un moyen intéressant dans la mesure où il est rapide et extrêmement économique. D'un point de vue méthodologique, il s'avère que le questionnaire nous semble une forme adaptée d'enquête pour ce type de médium car les réponses peuvent se faire directement à l'écran.

Internet est de fait un outil avec des biais, c'est-à-dire possédant des éléments susceptibles de rendre un fait non représentatif (Le Robert, 1990), notamment l'obligation d'être équipé et l'impossibilité de pouvoir répondre de façon anonyme si elles sont renvoyées via ce média dans la mesure où l'adresse électronique de l'expéditeur apparaît toujours au destinataire. Ceci peut être contourné mais au prix de connaissances approfondies d'internet. Nous n'avons pas trouvé de littérature relative aux biais qu'internet pourrait engendrer et nous proposerons, au cours de cette problématique, quelques réflexions personnelles le cas échéant.

6.1. Choix de la population

Nous avons choisi d'interroger principalement des paramédicaux rééducateurs, majoritairement des ergothérapeutes, des kinésithérapeutes et des psychomotriciens. Nous avons aussi interrogé des pédicure podologue, psychologue, psycho-éducatrice ainsi que dix infirmières françaises.

Nous avons délibérément choisi de ne pas interroger de médecin et de personnel administratif compte tenu du format de ce mémoire, de notre inexpérience quant à ce type d'enquête et du temps qui nous était imparti.

Le choix de la population des questionnés, au-delà de son origine professionnelle, repose aussi sur l'équipement informatique d'une partie de notre échantillon ainsi que de notre réseau de relation que nous avons tissé depuis quelques années via internet. Dans cette option (internet), nous avons expédié ce questionnaire à un maximum de professions paramédicales non-infirmiers, réservant la remise directe de ce questionnaire à cette dernière profession.

Nous avons délibérément opté pour ce mode de transmission direct pour les infirmiers, comme nous avons limité à 10 le nombre des questionnaires qui leur a été remis, préférant nous concentrer sur les réponses des rééducateurs. Il est à noter que 8 kinésithérapeutes ont eux aussi reçu directement ce questionnaire. Ce parti pris, dans la mesure où il s'agit d'une première enquête, nous apparaît plus efficient compte-tenu des contraintes relatives à ce travail.

L'univers de notre enquête est donc les paramédicaux francophones et notre échantillon repose sur 78 ergothérapeutes, 17 kinésithérapeutes, 5 psychomotriciens, 10 infirmières francophones. À ceux-ci devons-nous ajouter 1 psychologue, 1 pédicure podologue et 1 psycho-éducatrice.

Cet échantillon n'a pas de valeur de représentativité dans la mesure où les proportions quantitatives ne sont pas respectées. Il ne pourra y avoir de représentativité, mais tel n'est pas l'objectif final.

6.2. Présentation du questionnaire

Nous avons essayé, lors de la rédaction du questionnaire, de prendre en compte certains processus mis en jeu chez le questionné lors de la réception de document et lors de son éventuel traitement par celui-ci.

En effet, et compte-tenu de l'absence d'anonymat lié à internet, le questionnaire implique que celui qui y répond s'expose, se montre, accepte ce risque et veuille dépasser cette réaction défensive. De même, les objectifs explicites, et surtout implicites, du document peuvent entraîner des réactions de rejet, de refus de réponse ou des réponses biaisées parce que défensives. Enfin, le questionnaire implique de l'attention et du temps disponible. À ce propos, la majorité des questionnaires expédiés via internet le furent aux adresses électroniques personnelles, n'ayant que celles-ci à notre disposition, et parce que les abonnements à un fournisseur d'accès à internet sont majoritairement personnels. Ceci pourrait être un élément à prendre en compte par rapport à la disponibilité en temps. Avons-nous moins de temps pour répondre à un questionnaire ayant trait à des questions professionnelles au domicile que sur notre lieu d'exercice ?

6.3. Pré enquête

Nous avons opté pour l'outil questionnaire après échanges quant à nos objectifs, aux moyens que nous souhaitions utiliser pour l'expédition. Cette possibilité de pouvoir employer internet nous semblait alors induire ce type d'outil, ne pouvant envisager un entretien par ce média faute d'équipement suffisant.

Nous avons soumis ensuite un pré-questionnaire à cinq personnes afin d'évaluer l'instrument compte tenu de nos objectifs. Ces cinq personnes appartiennent à la population que nous souhaitions interroger et sont : coordonnateur du plateau médico-technique et de rééducation, kinésithérapeute, kinanthropologue et ergothérapeute. Ce test fut réalisé pour un par entretien direct, trois par internet et un dernier par envoi type fax puis un entretien téléphonique. Ceci nous a permis d'avoir des retours oraux basés sur une possibilité d'échanges spontanés, d'explicitations de notre part quant à nos objectifs explicites et implicites. Le test via internet reposait sur des options ergonomiques et de fond du document. En effet, nous souhaitions, certes connaître les interrogations, incompréhensions quant au fond (questions posées, formulations...) mais aussi quant à son

ergonomie afin que ce questionnaire soit le plus “ facilement ” utilisable par le questionné compte tenu de l’outil informatique et des contraintes techniques liées au courrier électronique (ligne ne faisant que 72 caractères de longueur, problème de l’encodage des caractères accentués...).

Cette phase nous a permis de clarifier certains termes employés car, de par l’option francophone choisie, les termes n’ont pas les mêmes significations d’un pays à l’autre et des incompréhensions ont été pointées.

7. Le questionnaire

L’objet de ce questionnaire repose, entre autres, sur la proposition d’une nouvelle organisation des soins pour les paramédicaux qui passerait par une coordination des paramédicaux non-infirmiers. À cette fin, il serait peut-être souhaitable de créer un poste ad hoc : par qui et quel en serait son profil ?

Comme précisé précédemment, nous avons découpé ce questionnaire en trois parties.

Ú Partie 1

Cette première partie propose 5 questions, chacune d’elle ayant des propositions à classer par ordre de préférence. Ce type de question, bien qu’enfermante dans la mesure où c’est nous qui faisons les propositions, facilite l’entrée dans le questionnaire car demande un investissement moindre de la part du questionné. Elles sont par ailleurs un biais car, de facto, nous imposons les réponses.

Ainsi retrouvons-nous comme questions relatives à ce profil de poste de coordonnateur, des questions sur sa fonction, ses missions, ses qualités, son titre et son origine professionnelles. Les propositions sont, par exemple pour son origine professionnelle, : Administratif, Infirmier, Médecin, Médico-technique, Rééducateur (précisez le cas échéant), Autre : (précisez)...

Ú Partie 2

Cette partie propose une réflexion sur la nécessité de ce poste et sur d’éventuelles conséquences individuelles vécues ou envisagées. Nous avons opté pour des questions fermées avec, pour certaines d’entre elles, la possibilité de questions ouvertes. Ce choix est

relatif à l'investissement personnel induit par ces questions qui font directement référence à un vécu quotidien ou phantasmé et qui peut être source d'angoisse pour le questionné. La question fermée n'offrant que peu de choix, oui, non ou ne souhaite pas répondre, et dans la mesure où le choix est anxiogène, il nous a semblé que cette méthodologie était la plus opportune. Les questions ouvertes laissant une possibilité d'expression du vécu lié à celles-ci.

Ú **Partie 3**

La dernière partie est relative au profil du questionné (profession, pays, âge...) et nous permettra de voir s'il y a une incidence géographique, professionnelle, notamment, dans l'éventualité où ce type de poste existe déjà.

8. Étude des résultats

Nous avons considéré comme valides les questionnaires qui comportaient obligatoirement les mentions du pays d'exercice et la profession du questionné. Les questionnaires qui ne sont pas intégralement remplis, les renseignements précédents mis à part, sont pris en compte dans la mesure où ils apportent des renseignements à une, deux ou trois parties du document. Nous avons supprimé des tableaux récapitulatifs de résultat les éventuelles réponses à l'item " Autre : (précisez)... " si aucune précision n'a été apportée et si la valeur numérique de cet item est inférieure ou égale à 1. Nous avons tenu compte de ces réponses mais pour une question de lisibilité des tableaux, celles-ci n'apparaissent pas.

Nous avons expédié 113 questionnaires et eu un retour global de 45 réponses, dont 15 ergothérapeutes, 15 kinésithérapeutes, 10 infirmières, 2 psychomotriciens et 1 psychologue, 1 pédicure podologue et 1 psycho-éducatrice. Ceci apporte un taux de réponse de 39,82 %. Néanmoins, nous constatons un taux de réponse faible chez les ergothérapeutes (19,23 %) alors qu'il est de 100 % chez les infirmières, de 88 % chez les kinésithérapeutes. Ces taux semblent liés au mode de remise des questionnaires ; la remise en main propre du questionnaire a très bien fonctionné et est moins efficace via internet. Nous ne pouvons pas en tirer de conclusion quant à la pertinence de l'utilisation d'internet car nous n'avons pas de point de comparaison quant à un envoi par voie postale des

questionnaires. Tout au plus, pouvons-nous dire que l'impact de la présence du questionné, avec tout ce que cela peut véhiculer de subjectif, d'affectif, semble avoir été efficient.

Nous proposerons une lecture en trois points. Le premier cherche à regarder si les différents paramédicaux interrogés ont des réponses communes, puis nous détaillerons par corps professionnels (ergothérapeutes, kinésithérapeutes et infirmiers). Nous ferons des remarques quant aux origines nationales et professionnelles le cas échéant et, de même, nous prendrons en compte les réponses des corps professionnels peu représentés dans ce questionnaire. Il s'agit d'une option décidée eu égard à la somme d'information à interpréter en relation avec le format de ce mémoire.

Dans un premier temps, nous respecterons le découpage du questionnaire et étudierons ses trois parties consécutivement.

8.1. Profil d'un poste de coordonnateur

Nous avons eu un fort taux de réponse à cette partie. Néanmoins, il semble que notre formulation quant aux consignes indiquant les modalités de classement par ordre de préférence n'ait pas été bien comprise. L'expression *incrémentez* semble méconnue pour nombre de questionnés qui ont répondu de façon ad hoc mais ont signalé ne pas comprendre la consigne. Il ressort que, à la lecture des données brutes, les questionnés ont mis des ex æquo et n'ont pas classé systématiquement toutes les propositions. Ceci fait que nous ne retrouvons pas le nombre de questionnaires retournés dans chaque proposition.

Nous n'avons retenu pour ce mémoire que les réponses extrêmes, c'est-à-dire que nous ne présenterons que les réponses sélectionnées majoritairement et celles qui sont cotées comme les moins retenues. Nous avons pris en compte les réponses intermédiaires mais dans une option qualitative afin de pouvoir, le cas échéant, pondérer les réponses.

Pour mémoire, voici les questions posées : questions relatives à un profil de poste de coordonnateur : sa fonction, ses missions, ses qualités, son titre et son origine professionnelle.

8.2. Fonction

Nous retrouvons un accord des trois professions (ergothérapeutes, infirmiers et kinésithérapeutes) qui considèrent que ce poste aurait comme fonction principale de coordonner les paramédicaux non-infirmiers. Cet accord est très net puisque nous retrouvons 24 points sur un total de 41 pour cette fonction, la fonction suivante n'ayant que 8 points.

Pour ce qui est de la fonction qui serait la moins idoine pour ce poste, il s'agit de la représentativité par rapport à la direction. Cela représente 42 % sur un total de 21 réponses. Ceci ne veut pas dire que cette fonction soit à rejeter pour autant, mais veut juste pointer qu'il s'agit de celle qui, parmi les 5 proposées, retient le moins l'attention des questionnés.

Nous pouvons formuler deux hypothèses : d'une part, les relations entre les paramédicaux qui ont répondu et leur direction sont suffisamment bonnes et il ne se fait pas sentir un besoin de représentativité ; d'autre part, les paramédicaux, en tant que soignants, voient peu en quoi une représentativité par rapport à la direction serait utile. Il est vrai que les infirmiers par exemple, sont confrontés, dans leur quotidien, à des problèmes organisationnels qui se règlent entre cadres et remontent via une hiérarchie (surveillant, surveillant chef, infirmière générale, le cas échéant, directeur des soins infirmiers) et nous pouvons envisager que la fonction de l'infirmière générale puisse ne pas être perçue comme membre à part entière de l'équipe de direction, ou que les relations soient bonnes. Pour les paramédicaux non-infirmiers, nous n'avons aucune proposition permettant d'élucider ce point.

8.3. Missions

Nous retrouvons pour cette question un accord sur la mission principale relative à ce type de poste. Il ressort qu'il s'agit de décroiser les prises en charge, cela est pointé par 17 réponses en ce sens sur 37 réponses exprimées, les deux proportions suivantes n'ayant que 6 points chacune. Ces deux missions sont : garantir la qualité, définir les obédiences thérapeutiques. Il est à noter que pour cette dernière mission, les infirmiers répondent 5 fois sur ce point sur les 6 exprimées, ce qui laisse à penser que les infirmiers tiennent à ce

que les prescriptions soient respectueuses des pratiques, de leur liberté de moyen liés, entre autre, à leur rôle propre.

A contrario, pour ce qui est des missions qui relèveraient le moins de ce poste, les rééducateurs ont pointé la définition des obédiences thérapeutiques en premier, 5 pour les ergothérapeutes et 6 pour les kinésithérapeutes, 0 pour les infirmiers, ces derniers notant que la gestion des ressources humaines relève le moins des missions de ce poste. Ceci n'est pas sans interroger quant aux missions de ce poste parce que la gestion des ressources humaines n'apparaît absolument pas dans les réponses positives des infirmiers. Nous n'irons pas plus loin faute de réponse en nombre suffisant pour pouvoir en tirer une quelconque conclusion Néanmoins, nous trouverons un autre élément d'élucidation par rapport à la gestion des ressources humaines dans la question suivante.

8.4. Qualités

Nous avons essayé de voir quelles pourraient être les qualités nécessaires à ce type de poste tout en sachant que le terme *qualité* est très connoté affectivement.

Parmi les 5 qualités que nous avons proposées (chercheur, décideur, expert, formateur, manager), nous avons des réponses nombreuses sur la qualité *manager*, 21 réponses dans ce sens sur 39 et nous trouvons 8 réponses défavorables à cette proposition sur 27.

Nous retrouvons dans les propositions les moins retenues, 8 réponses pour la qualité de chercheur et 8 pour celle d'expert. Cela semble pointer que le cadre doit être avant tout un encadrant d'équipe dans sa composante managériale, ce qui à notre sens induit aussi une gestion des ressources humaines. Ceci n'est pas en contradiction avec les éléments de réponses à la proposition précédente (missions) car ce questionnaire est construit en classement par ordre de préférence et que de fait, il ne propose pas explicitement de réponse à éliminer. Il impose des choix à faire parmi des réponses imposées, choix difficiles lorsque des propositions sont de niveau sensiblement identiques et dans la mesure où notre consigne de classement ne précisait pas s'il y avait possibilité de mettre des choix ex æquo. Certains questionnés se sont autorisés à mettre des ex æquo, d'autres non. Ceci nous a été ramené dans la partie commentaires libres que nous avons proposée dans ce questionnaire.

8.5. Titre

Nous avons demandé quel pouvait être le titre de ce poste, sans préciser s'il s'agissait d'un titre officiel, réglementaire ou un titre relevant des us et coutumes.

Il ressort néanmoins, que le titre de coordonnateur est unanime, 32 réponses en ce sens sur 32 exprimées.

Le titre de surveillant chef est celui qui est le moins apprécié par l'ensemble des questionnés.

8.6. Origine professionnelle

L'origine professionnelle est relativement consensuelle. Sur 37 réponses exprimées quant à l'origine, 29 sont pour un coordonnateur issu du collège des rééducateur, les infirmiers étant à 100 % pour cette origine, de même que les kinésithérapeutes. Les ergothérapeutes répondent, sur 13 réponses exprimées, à 6 pour les rééducateurs, 4 pour les médico-techniques et 3 pour une origine médicale.

Quant aux réponses les moins retenues, nous retrouvons 11 défavorables pour une origine administrative et 2 contre une origine infirmière. Ce refus d'un professionnel qui soit administratif soulignerait que ce poste serait autre chose que de la stricte gestion administrative, financière et, parce que devant être représentatif des professionnels, devrait être issu de corps professionnels médicaux ou paramédicaux.

8.7. Besoin, ressenti par rapport à ce poste

Dans cette partie du questionnaire, nous avons posé des questions qui appellent des réponses par oui ou par non, laissant la possibilité implicite, parce que non précisée, de ne pas répondre.

Pour certaines de ces questions, nous avons ajouté une possibilité de pouvoir exprimer des points de vue libres.

Notre objectif principal était de voir si les paramédicaux ressentaient le besoin d'un poste de coordonnateur, et s'ils considéraient qu'une relation fonctionnelle entre les paramédicaux infirmiers et les autres paramédicaux était envisageable, et le cas échéant souhaitable.

Nous avons ainsi posé 6 questions qui partent d'une hypothèse (Imaginez-vous une relation fonctionnelle Infirmier général et rééducateur ?) pour arriver à envisager l'éventuelle nécessité d'une formation pour ce poste de coordonnateur.

8.7.1. Imaginez-vous une relation fonctionnelle Infirmier général et rééducateur ?

Dans cette question, nous avons associé une obligation réglementaire (les infirmiers généraux ne peuvent avoir de relations hiérarchiques avec les personnels ne relevant pas du service de soins infirmiers³⁰), à un appel à l'imaginaire et une réalité du quotidien contraire aux principes édictés par cette circulaire. Cette construction de notre question permet de pondérer la dimension conflictuelle pour essayer de ne pas se placer d'entrée de jeu dans une optique corporatiste. La notion de relation fonctionnelle est suffisamment floue pour que les réponses puissent être réfléchies et que la réponse non ne soit pas une option épidermique de rejet.

Il en ressort que nous retrouvons une majorité de oui (68,75 %) à cette question.

8.7.2. Sentez-vous la nécessité de différencier le collègue infirmier de celui des rééducateurs ?

La réponse est oui pour une différenciation à 83 %.

Les infirmiers sont partagés sur cette question puisqu'ils répondent à 50 % pour le oui et 50 % pour le non. Il apparaît qu'un des inconvénients pointés par les infirmiers à cette différenciation est le risque de voir perdurer le cloisonnement entre les professions de chambre et celles de plateaux techniques. Les arguments infirmiers en faveur de cette option sont la nécessité de diminuer la prédominance du collègue infirmier et, grâce à une meilleure reconnaissance des différentes professions, d'envisager un réel travail en interdisciplinarité³¹.

³⁰Circulaire DH/FH3 n°94-1075 du 23 août 1994 relative aux modifications apportées au statut général des infirmiers généraux ; extrait "...S'agissant des autres personnels paramédicaux, des sages-femmes et des psychologues, son intervention pour une coordination efficace des soins et des activités doit s'effectuer en liaison avec les autres corps d'encadrement concernés et ne saurait être exercée en termes hiérarchiques." (Cf. Annexe 2)

³¹Nous reprenons le terme d'interdisciplinarité car les infirmiers n'emploient pas celui d'inter professionnalité et, à la lecture des commentaires libres du questionnaire, posent la question de l'existence de ce dernier.

Les kinésithérapeutes expriment fortement leur souhait de voir ces deux collègues différenciés puisqu'ils ont répondu oui à 88,25 %.

8.7.3. Pensez-vous qu'il serait intéressant qu'il existe un poste sensiblement équivalent à celui de l'infirmière générale chez les rééducateurs ?

Cette question introduit de façon explicite le poste de coordonnateur, venant compléter la question précédente. Il nous fallait savoir si, dans l'éventualité où une différenciation serait nécessaire, ce poste était envisageable et présenterait un intérêt.

Les réponses sont plus nuancées puisque nous retrouvons un oui majoritaire mais avec seulement 53,3 % de réponses.

Sur ce point, les infirmiers sont partagés (50 % de oui), 10 kinésithérapeutes ont exprimé un non contre 3 non pour les infirmiers et 1 pour les ergothérapeutes.

8.7.4. Chez nous, en France, les rapports entre le collègue infirmier et le collègue rééducateur ne sont pas toujours faciles, une collaboration reste à inventer, une interprofessionnalité à mettre en place, qu'en est-il chez vous :

Nous avons contextualisé les questions suivantes, notamment pour les questionnaires que nous avons envoyés aux paramédicaux étrangers, mais aussi afin de pointer un problème récurrent dans les institutions sanitaires françaises. Il est à noter que ce problème - l'absence d'interprofessionnalité - est reconnu par tous les paramédicaux et est, comme nous l'avons montré dans notre problématique pratique et théorique, un axe de travail stratégique pour l'évolution de la politique de soin, notamment pour la coordination des réseaux de soin.

8.7.5. Avez-vous, au sein de votre institution ce type de poste ?

Très majoritairement, ce poste de coordination des paramédicaux non-infirmiers n'existe pas, seul 2 réponses positives nous sont revenues, et de France. Un poste en psychiatrie et un en rééducation fonctionnelle. Nous savons qu'il en existe aussi au Canada

pour les institutions psychiatriques mais nous n'avons pas eu de réponse à ce questionnaire de la part de ces personnels.

8.7.6. Avez-vous, auriez-vous le sentiment de perdre votre identité ?

Nous avons utilisé ces deux temps (présent et conditionnel) afin que les questionnés puissent répondre quel que soit leur situation en regard de l'existence ou non de ce poste.

72 % déclarent ne pas avoir le sentiment de perdre leur identité. Certains questionnés nous ont renvoyé leur difficulté à répondre à cette question. Certains pointaient qu'il n'y avait pas de perte d'identité mais peut être une déconsidération, que la construction de leur identité était indépendante de ce type de poste, étant essentiellement une construction entre le sujet et les autres.

8.7.7. Ressentez-vous le besoin de ce type de poste ?

Pour cette question fermée, nous avons ajouté une possibilité de réponse libre par : “ Précisez dans quelles circonstances, pourquoi : ”.

Les réponses sont majoritairement oui à 89 %, les kinésithérapeutes ont répondu oui à (94 %) alors qu'ils étaient défavorables à la proposition d'un “ poste sensiblement équivalent à celui de l'infirmière générale chez les rééducateurs ”. Ceci est peut-être lié à l'ordre d'apparition de nos questions, à leur formulation ou à une définition de ce poste qui serait à un niveau administratif différent ?

Pour ce qui est des réponses aux questions libres, il ressort que le point principal est le sentiment de corporatisme exprimé par l'ensemble des professions. Ce poste est nécessaire pour permettre une réelle collaboration des différents intervenants soignants autour du patient et devrait garantir une articulation de ces prises en charge.

Des paramédicaux se sont aussi interrogés, par rapport à ce besoin, sur le rôle du chef de service qui devrait être le garant d'un non-corporatisme et de la qualité du soin.

Enfin, ce type de poste ne se fait sentir que dans les grosses institutions, les réponses non à cette question émanant majoritairement de personnels travaillant dans des petites structures (hôpitaux de jour, centre de réadaptation...).

8.7.8. Précisez, par rapport à votre exercice professionnel :

Ú **Les avantages**

Un leitmotiv semble être la nécessité de garantir la continuité des soins, que ce soit chez les rééducateurs ou chez les infirmiers. Il ressort très nettement que ce poste devrait être le garant de la qualité des soins donnés au patient. Nous nous posons la question du sens qui est donné à ce terme de *qualité*.

L'autre point est de diminuer, à défaut de pouvoir les supprimer, les clivages entre professions, au sein des rééducateurs et aussi entre ces derniers et les infirmiers.

Un autre axe de travail de ce coordonnateur serait l'élaboration de projets communs aux différents rééducateurs, la définition commune d'objectifs, d'outils, d'activités thérapeutiques...

Enfin, un dernier point noté est la nécessité de combler les problèmes organisationnels entre les différents intervenants autour du patient.

Ú **Les inconvénients**

Il faut faire attention à ne pas déplacer la rivalité entre ces différents professionnels sur l'infirmier général et le coordonnateur.

L'ajout d'un nouveau niveau de hiérarchie peut alourdir le fonctionnement institutionnel.

Ce poste nécessite une clarté quant à son profil afin qu'il puisse être réellement représentatif des rééducateurs et ne pas se trouver en conflit fonctionnel avec l'infirmier général.

Des craintes ont été exprimées quant aux fonctions et missions des cadres de proximité dans cette configuration.

Il est à noter que les commentaires libres exprimés par les infirmiers sont très centrés sur une mission de coordonnateur garant de la qualité de la prise en charge du malade, mais auprès de celui-ci. Ainsi, aurait-il à coordonner les informations sur un patient afin de pouvoir les transmettre en réunion d'équipe, ou aux familles. Les rééducateurs sont tout aussi soucieux de la qualité mais dans un versant organisationnel, fonctionnel du poste de coordonnateur.

8.8. Synthèse

Nous constatons un désir de changement des modalités de fonctionnement chez les paramédicaux. Pour autant, peut-on envisager que la création de ce type de poste serait la solution à tous ces problèmes ? Même si nous ne pouvons pas être catégorique, il ressort néanmoins la nécessité de postes permettant une coordination des paramédicaux. Ce poste, parce que s'adressant à des professions prescrites et qui ne réclament pas le pouvoir de prescription, pose la question de l'autonomie et de la capacité d'auto-limitation. La gestion des frustrations, des liens de dépendances vis à vis de l'employeur qui place le salarié en situation d'employé, vis à vis des professions médicales, les paramédicaux étant des auxiliaires, doit pouvoir devenir opérante afin que l'illusion de l'autonomie ne soit pas aliénation. Ces conflits entre corps professionnels sont inévitables et permettent la construction identitaire. Ils existent à tous les niveaux (médecins spécialistes ÷ généralistes ÷ rééducateurs ÷ infirmiers ÷ aides soignants...). Nous ne devons pas chercher refuge dans l'illusion de vouloir les supprimer.

Ce poste serait alors de coordonner les paramédicaux non infirmiers afin de décroiser., ce qui induit des qualités de manager. Il serait proposé à un paramédical, de préférence rééducateur. Un point intéressant a été que les situations semblent récurrentes quelque soit le pays d'origine des questionnés. Ce questionnaire a aussi fait ressortir la différence entre infirmiers et rééducateurs par rapport aux dimensions de soins de chambre ou de plateau médico-techniques.

9. CONCLUSION

Nous allons centrer cette conclusion sur la fonction de coordonner en articulation avec le rôle, le cas échéant, du sujet en situation d'articulation et de coordination.

Cette double dimension du mécanique et du sensible, de l'opérationnel et de l'opérateur, peut nous amener à envisager une efficience, une réalité de ce poste.

Les bouleversements du monde de la santé, notamment dans le champ de la psychiatrie, semble indiquer que les modifications de l'horizon des paramédicaux sont devenues inéluctables, que les rééducateurs ne pourront que voir les modalités de leurs prises en charge se transformer radicalement, passant du cadre non plus exclusivement intra institutionnel vers de l'extra institutionnel avec des projets clairement affichés.

La notion d'institution, comprise en tant que lieu unique d'hospitalisation et de soins, se voit petit à petit remplacée par une notion multipartie, constituée de différentes situations, différents lieux, pôles de compétences axés sur des spécialités. Ainsi, dans notre institution par exemple, est-il envisagé que trois pôles soient créés et consacrés à des populations différentes. L'un serait, comme précisé précédemment, consacré à l'alcoolisme, l'autre à la gérontopsychiatrie et le dernier à la psychiatrie générale. Ceci s'accompagne de transferts d'activités thérapeutiques de l'institution vers des structures extra institutionnelles légères de type hôpital de jour, centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (C.A.T.T.P.)... Ce mouvement nous permet d'envisager, par le biais de cette nécessaire coordination et articulation, une vision fonctionnelle de type réseau et/ou filière de soins afin d'éviter un morcellement, une dissociation institutionnelle.

Parce que cette notion de coordination nous semble essentielle, point de vue corroboré par notre enquête, et parce qu'une prise en charge du malade ne peut relever que de différentes thérapeutiques (médicales, psychologiques, ergothérapeutiques, infirmières...), il existe une multiplicité de schémas, de combinaisons. Celles-ci passent dans un premier temps par une taxonomie schématique, mais politiquement indispensable, pour permettre l'amorçage d'une dynamique. Ce découpage rend compte d'une multiplicité qui ne serait pas dichotomie entre unicité et multiplicité (G. Deleuze, 1988) mais une dialectique des

niveaux de multiplicités qui ne sont pas de l'ordre du spatial (abscisse, ordonnée) mais relatives à la temporalité, à l'histoire, au social, à la mémoire.

Il ne s'agit plus de repérer les différentes catégories professionnelles par rapport à leur situation géographique, fonctionnelle (l'ergothérapeute du C.A.T.T.P., l'assistante sociale de l'hôpital de jour...), mais le soignant acteur, auteur d'une démarche sociale, récursivement liée aux sujets, à la culture mais aussi à l'institution. De cette taxonomie structurelle à axes axes (administratif, médical, infirmier et rééducateur), et comme nous l'avons exposé dans notre recherche sur l'articulation et la coordination, couplée à un registre communautaire autour du malade, nous retenons l'inscription dans la temporalité qui induit que pour que cela puisse devenir, il faut du temps, mais pas au sens commun "vous avez six mois pour réussir !", mais dans celui de la culture, de l'histoire, de la mémoire à créer ou à modifier.

Malgré tout, et bien parce que l'homme doit garder une partie de sensible, de sacré afin de se préserver d'une accréditation qui réclamerait, sous couvert d'objectivité scientifique, d'économie, une protocolisation rigide, un nivellement par le bas lié à cette obligation de recherche du plus petit dénominateur commun, nous proposons quelques pistes de questionnements qui permettront de poser des hypothèses afin que la rationalité ne se transforme pas en ce que S. Freud a décrit comme étant de la rationalisation.

A cet effet, nous sommes parti du chapitre 4 du manuel d'accréditation, version datée d'avril 1999, de l'Agence Nationale de l'Accréditation et l'Évaluation de la Santé afin de regarder le référentiel relatif à « Organisation de la prise en charge des patients » et les deux critères relatifs à la « Coordination de la prise en charge » (Cf. : annexes).

Ce sont ces coordinations entre les différents niveaux contractuels des institutions et les articulations entre les soignants qui pointent que nous avons affaire indubitablement à de l'hétérogène. Nous ajouterons à cet élément les équipes qui sont inscrites dans des activités ayant des principes partagés, dans des regroupements d'individus qui deviendront sujet (Cf. problématique théorique), ayant des objectifs communs, acceptés, explicites et implicites, qui ne sont pas homogènes mais complémentaires, avec une synergie de fonctions et de rôles (collectif-communautaire) permettant l'élaboration des règles de fonctionnement et de survie, des normes procédurales et culturelles (sanctions, tabous) de

développement et enfin, dans la mesure du possible, d'une démarche d'évaluation. Nous reviendrons sur cette dernière notion.

De ce niveau d'équipe devrait découler de l'interprofessionnalité et de facto, de la transversalité. Pour que cela puisse fonctionner, nous allons présenter quelques points qui nous semblent importants pour la mise en place de ces nouvelles modalités avant de réfléchir à quelques règles permettant la survie d'un tel fonctionnement. Nous nous plaçons dans une perspective de complexité essayant d'observer les interactions, les interrelations, les liens sans oublier l'intersubjectif.

Nous pouvons décrire trois niveaux au sein d'un fonctionnement de coordination et d'articulation, il va sans dire que ces niveaux doivent être articulés, dialectiques...

Ú Niveau 1

Il s'agit des intervenants autour du patient, que ceux-ci soient juxtaposés ou sous forme d'équipe. C'est le seul niveau en contact direct avec le patient et celui des articulations.

Ú Niveau 2

Il s'agit du niveau centré sur les professionnels. Ceux-ci s'approprient les normes, les règles institutionnelles et les adaptent à leur réalité quotidienne et de terrain. De par cette appropriation, il y a création de nouvelles normes qui vont peu à peu, par confrontation entre les différents individus, équipes, devenir les règles institutionnelles de demain.

Ú Niveau 3

C'est le niveau institutionnel, le niveau des coordinations, des contractualisations mais aussi de la norme. C'est en effet à ce niveau que la fonction de production de normes est officiellement reconnue, que la responsabilité du contrôle qualité est effective. Enfin, en déterminant les objectifs économiques et éventuellement sociaux, et en mettant en place les moyens idoines, le niveau institutionnel est une interface politique entre l'individuel et le collectif.

Afin que ce fonctionnement puisse perdurer sur ces bases, il lui faut des managers, qu'il y ait une complémentarité des compétences des différents acteurs évitant à ceux-ci de faire tout et n'importe quoi au nom de la toute puissance du soin. Les articulations mises en place vont harmoniser les pratiques sans réhomogénéiser, notamment par la détermination et la mise en place de programmes de formation. Ces réflexions sur le sens des actions de formation à mener pour le patient, mais aussi pour les soignants, induisent des réflexions interprofessionnelles, ceci afin de répondre aux défis de ce type de prise en charge. Néanmoins, lorsque nous aurons compris qu'il vaut toujours mieux être rééduqué par un rééducateur plutôt qu'une infirmière, ce qui ne nie aucunement les compétences partagées, nous entrerons enfin dans une harmonisation de pratiques hétérogènes dans une optique de sécurité, de respect de la différence, de l'intersubjectivité.

Enfin, il faut que la motivation essentiellement d'ordre narcissique puisse s'exprimer car c'est elle qui permet au soignant de perdurer dans ses missions et ses rôles.

Puisque nous nous sommes explicitement placés dans le champ de la complexité, de l'hétérogénéité, du vivant, nous souhaitons ouvrir ce travail sur une perspective de recherche (future ?) qui pourrait être l'évaluation. En effet, il n'existe pas de publication officielle sur le thème de l'évaluation en psychiatrie. Nous avons délibérément pris le parti de ne pas aborder cette question tout en sachant qu'elle nous sera posée lors de notre retour en situation professionnelle.

Nous souhaitons juste préciser que nous nous inscrivons dans cette démarche qui vise à différencier contrôle et évaluation, non pour les exclure, mais, parce que définis, les rendre dialectiques, repérés, pour pouvoir les inscrire dans un principe de réalité *réalisante*. c'est-à-dire une intériorisation des phénomènes dans une dialectique des conflits supportables pour le sujet en situation de les éprouver.

Les institutions psychiatriques, dans leurs acceptions administratives, encouragées par la politique, par la philosophie de nos sociétés occidentales qui impose le *prima* à tout ce qui est quantifiable, mesurable, objectif, rejetant, niant de facto le vivant, le sensible, entendent évaluation comme synonyme de contrôle. Cette obsession du mesurable, c'est à dire du respect - ou du non respect - d'une norme, d'un étalon tient aussi à la fonction explicite, au rôle implicite donné à l'institution comme référence normative des pratiques et des devoirs des individus, des sujets. Or l'évaluation, ce n'est pas que ça ; c'est

étymologiquement, donner de la valeur à..., c'est prendre en compte, interpréter des processus, et ceci est effectué par un sujet évaluateur qui est partie prenante, impliqué (Ardoino J., 1992) de cette évaluation.

La psychiatrie est viscéralement inscrite dans l'intersubjectif et l'évaluation des pratiques, l'analyse clinique des pratiques est, devient un enjeu majeur de ce champ de la santé. Sera-t-il alors possible que ce débat puisse passer du logos au tropos ?

10. Bibliographie

- ARDOINO J, De PERETTI A., *Penser l'hétérogène*, Desclée de Brouwer éditeur, 1998
- ARDOINO J, MIALARET G., *L'année de la recherche en sciences de l'éducation*, édition PUF, Paris, 1997
- BATAILLE G, *Oeuvres complètes, Tome I*, édition Gallimard, Paris, 1981
- BATAILLE G, *Oeuvres complètes, Tome VI, La somme athéologique*, édition Gallimard, Paris, 1986
- BATAILLE G., *l'Expérience intérieure*, édition Gallimard, Paris, 1976
- CASTORIADIS C., *Fait et à faire, les carrefours du labyrinthe*, Tome V, Édition du Seuil, Paris, 1997
- FOUCAULT M., *Histoire de la folie à l'âge classique*, édition Gallimard, Paris, 1989
- GAGNEPAIN J, *Leçon d'introduction à la théorie de la médiation*, BCILL Édition, Louvain, 1994
- GAGNEPAIN J, *Du vouloir dire, tome III*, édition De Boec&Larier, Bruxelles, 1995
- GOFFMAN E., *Asiles, études sur la condition sociale des malades mentaux*, Les éditions de minuit, Paris, 1968
- HESBEEN W., *La réadaptation, du concept au soin*, édition Lamarre, Paris, 1994
- HOLLIER D., *Le collège de sociologie*, Paris, édition Gallimard, Collection Folio /essai, 1995
- KAES R. et coll., *L'institution et les institutions étude psychanalytique*, Dunod éditeur, Paris, 1997
- KOJEVE A, *L'idée du déterminisme dans la physique classique et dans la physique moderne*, édition Livre de poche, Paris, 1996
- LANRIEC T., *L'école à l'envers, former les enseignantes en infirmerie*, édition Lamarre, Paris, 1992
- LAPLANTINE F, *Anthropologie de la maladie*, Payot éditeur, Paris, 1986
- LEIBNITZ G.W, *Principe de la philosophie ou Monadologie*, édition Épiméthée, PUF, Paris 1986
- MORIN E., *Introduction à la pensée complexe*, ESF éditeur, Paris, 1990
- MUCCHIELLI R., *Le travail en équipe*, ESF éditeur, Paris, 1975, 1996
- RACAMIER PC, *Le psychanalyste sans divan*, Payot éditeur, Paris, 1970,1973,1983,1993
- R. ROGERS C., *Liberté pour apprendre*, Dunod éditeur, Paris, 1976
- WINNICOTT D.W., *Jeux et réalités*, édition Gallimard, 1975

Il est à ajouter à cette bibliographie de nombreuses recherches sur internet, notamment :

ARDOINO J., *L'approche multiréférentielle (plurielle) des situations éducatives et formatives*, in Pratiques de Formation-Analyse, université Paris VIII, Formation permanente, N°25-26, 1993, <http://www.fp.univ-paris8.fr/recherches/ApprMultRefJA.html>

BANVILLE M., *Les quatre grands principes de la complexité*, L'Attracteur No. 2, 1996 la revue de physique, <http://www.physique.usherb.ca>

BARBIER R., CASTORIADIS C., ARDOINO J, *Entretien avec Cornelius Castoriadis lors des Décades de Cerisy-la-Salle*, 1990, <http://www.republique-des-lettres.com/dossiers.html/castoriadis.html>

BOURGUIGNON A., *De la pluridisciplinarité à la transdisciplinarité*, 1997, <http://perso.club-internet.fr/nicol/ciret/locarno/loca5c1.htm>

DELEUZE G., *Théorie des multiplicités chez Bergson*, 1988, <http://www.imaginet.fr/deleuze/TXT/bergson.html>

HOUDOY H., *La réalité et ses représentations partielles*, Réseau d'Activités à Distance, 1998, <http://www.reseau.org/rad/realrepr.htm>

MORIN E., *La réforme de la pensée, Discours de Locarno*, 1997, <http://www.edgar-morin.com/>

NICOLESCU B, *La transdisciplinarité - déviance et dérives*, BULLETIN N° 3-4, 1995, <http://perso.club-internet.fr/nicol/ciret/bulletin/b3et4c8a.htm>

ROBINE J-M, *Le Holisme de J. C. Smuts*, 1993, <http://www.cyberstation.fr/~gestalt>

ANNEXES

Questionnaire

Tableaux récapitulatifs des résultats

Textes réglementaires

Infirmiers généraux

Manuel d'accréditation, version avril 1999, A.N.A.E.S.

extrait :

Questionnaire

Je suis ergothérapeute, exerçant en France et en train de réaliser un travail universitaire afin de valider un mémoire de licence en sciences de l'éducation et un diplôme de Cadre de Santé. Ce diplôme prépare aux fonctions d'encadrement d'équipes paramédicales. Ce mémoire a pour thème central l'interprofessionnalité.

Je propose, entre autres, une nouvelle organisation des soins pour les paramédicaux qui passerait par une coordination des paramédicaux non-infirmiers. La création d'un poste adapté aux besoins est envisageable. Des questions se posent. Quel professionnel et avec quel profil ?

Dans le cadre de ce travail, je vous transmets un questionnaire qui va me servir à préciser le profil de ce poste. Merci de le remplir honnêtement et de me le renvoyer pour le **12 avril 1999**. Vous pouvez, soit me le retourner via courrier électronique, soit par voie postale (CF mes coordonnées ci-dessous).

Je me permets de vous inciter à le transmettre à vos collègues rééducateurs et médico-techniques afin que je puisse avoir le maximum de réponses pour pouvoir faire une analyse des réponses valides. Je vous demanderai de répondre individuellement au questionnaire, vous pouvez, bien entendu, grouper vos retours.

Je transmettrai les résultats de cette recherche dès que possible.

En vous remerciant par avance.

Cordialement.

Jean-Philippe Guihard

Jean-Philippe Guihard XXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXX France jp.guihard@wanadoo.fr
--

Pour information,

La formation de cadre de santé est une formation sur 10 mois, à temps complet qui prépare au métier d'encadrement d'équipe paramédicale et/ou au métier de formateur au sein d'une école paramédicale.

Une infirmière générale est, suite à un concours sur titre et travaux, membre de l'équipe de direction et est responsable du corps infirmier, aide-soignant et agent de service hospitalier.

Questionnaire permettant de déterminer le profil d'un poste de coordonnateur paramédical.

Classez ces propositions par ordre d'importance en mettant à droite de chaque proposition un numéro, 1 pour la plus importante et vous incrémentez de 1 chaque proposition. **Ces propositions sont classées par ordre alphabétique.**

Sa Fonction (fonction que l'on remplit) :

- | | | |
|---|---|---|
| Coordonner les paramédicaux non-infirmiers | [|] |
| Représentativité par rapport au corps médical | [|] |
| Représentativité par rapport à la direction | [|] |
| Représentativité par rapport aux infirmiers | [|] |
| Autres : (précisez)... | [|] |

Ses Missions (charge donnée à qqn d'accomplir qqch) :

- | | | |
|---------------------------------------|---|---|
| Définir les obédiences thérapeutiques | [|] |
| Décloisonner | [|] |
| Garantir la qualité | [|] |
| Gérer les ressources humaines | [|] |
| Initier les projets de service | [|] |
| Autres : (précisez)... | [|] |

Ses Qualités :

- | | | |
|------------------------|---|---|
| Chercheur | [|] |
| Décideur | [|] |
| Expert | [|] |
| Formateur | [|] |
| Manager | [|] |
| Autres : (précisez)... | [|] |

Son Titre :

Cadre supérieur []
Coordonnateur []
Surveillant chef []
Rééducateur chef []
Autres : (précisez).... []

Son Origine professionnelle :

Administratif []
Infirmier []
Médecin []
Médico-technique []
Rééducateur (précisez le cas échéant) []
Autres : (précisez).... []

Imaginez-vous une relation fonctionnelle Infirmière générale et rééducateurs

?

Oui Non

Sentez-vous la nécessité de différencier le collègue infirmier de celui des rééducateurs ?

Oui Non

Pensez-vous qu'il serait intéressant qu'il existe un poste sensiblement équivalent à celui de l'infirmière générale chez les rééducateurs ?

Oui Non

Chez nous, en France, les rapports entre le collègue infirmiers et le collègue rééducateur ne sont pas toujours faciles, une collaboration reste à inventer, une interprofessionnalité à mettre en place, qu'en est-il chez vous :

Avez-vous, au sein de votre institution ce type de poste ?

Oui Non

Avez-vous, auriez-vous le sentiment de perdre votre identité ?

Oui Non

Ressentez-vous le besoin de ce type de poste ?

Oui Non

Précisez :

Dans quelles circonstances, pourquoi ? :

Précisez, par rapport à votre exercice professionnel :

Les avantages

Les inconvénients

Pensez vous qu'il faille faire une formation de cadre de santé pour répondre à ce profil de poste ?

Oui

Non

Si votre établissement vous prend en charge financièrement, envisageriez-vous de faire ce type de formation ?

Oui

Non

Commentaires libres :

Qui êtes-vous :

Profession :

Type de l'établissement (centre hospitalier, maison de retraite...) :

Champs de votre établissement (sanitaire, social...) :

Population accueillie (enfants, adultes...) :

Type de discipline médicale à laquelle vous avez affaire (psychiatrie, neurologie...) :

Pays d'exercice

Ancienneté dans votre profession :

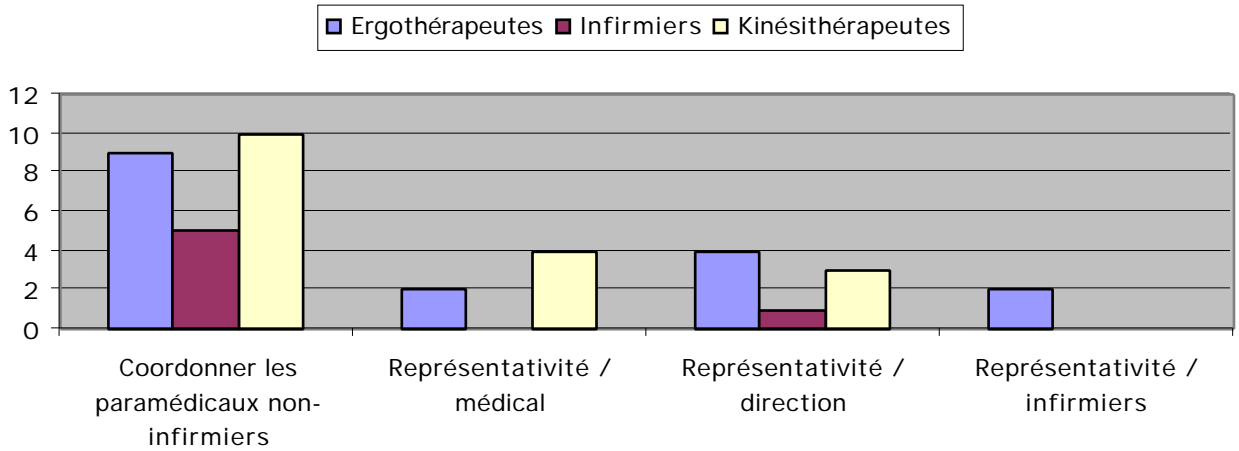
Votre sexe :

Votre âge :

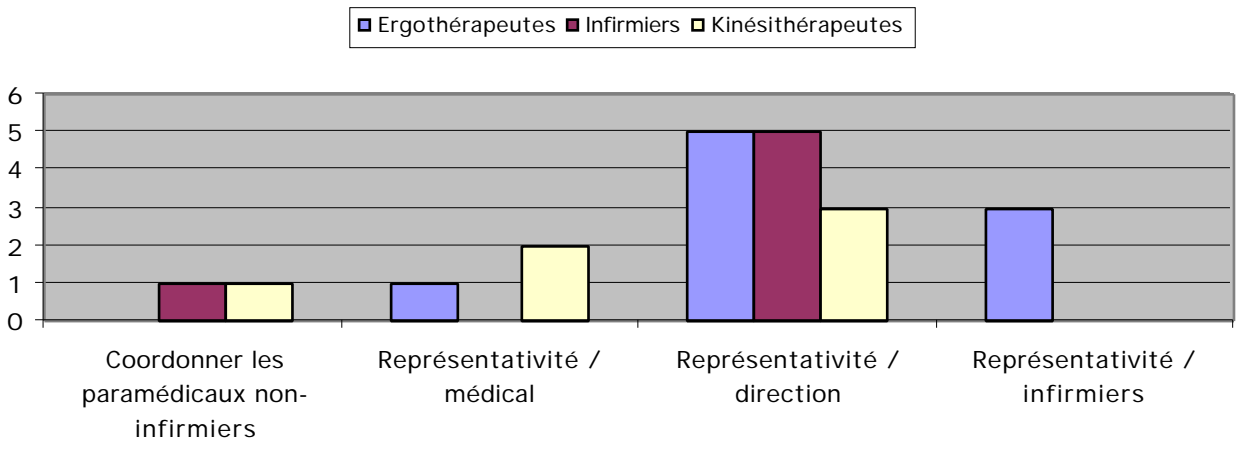
Si vous le souhaitez, votre adresse postale et/ou électronique :

Tableaux récapitulatifs

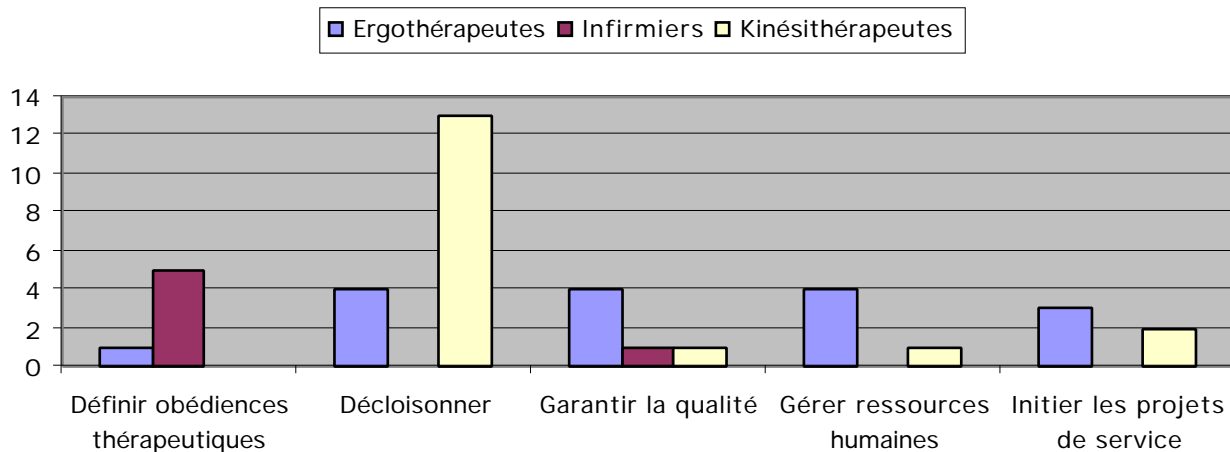
Fonctions retenues



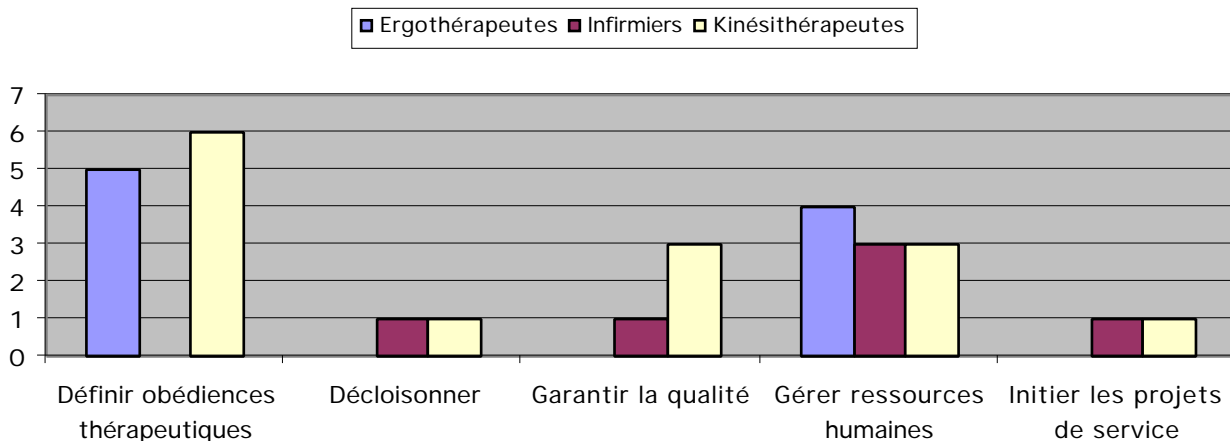
Fonctions écartées

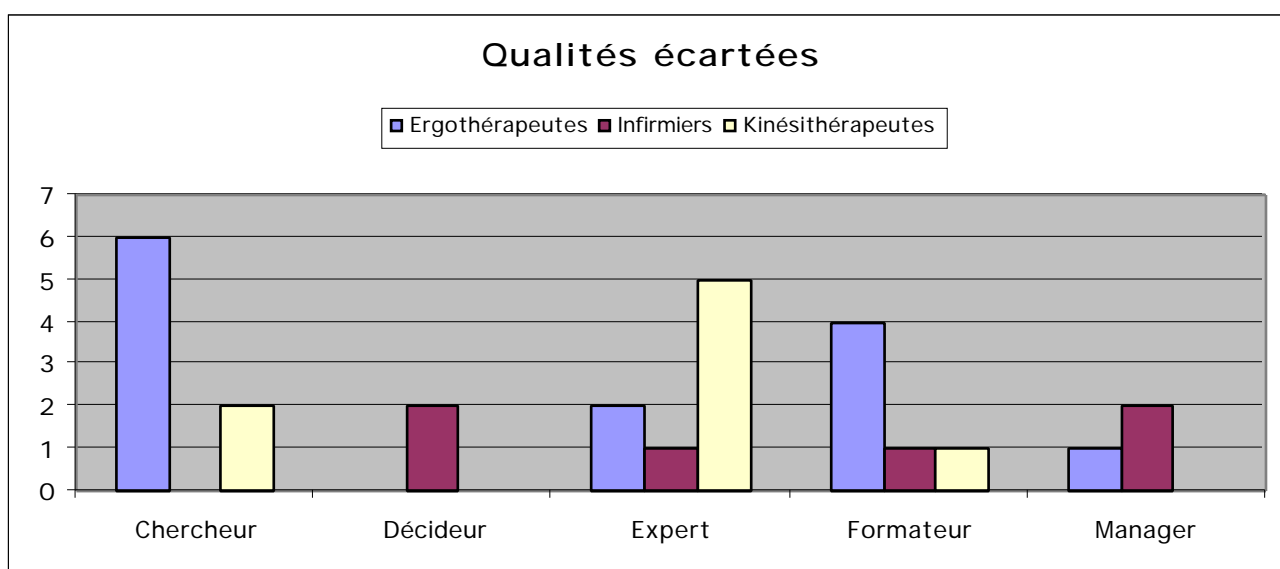
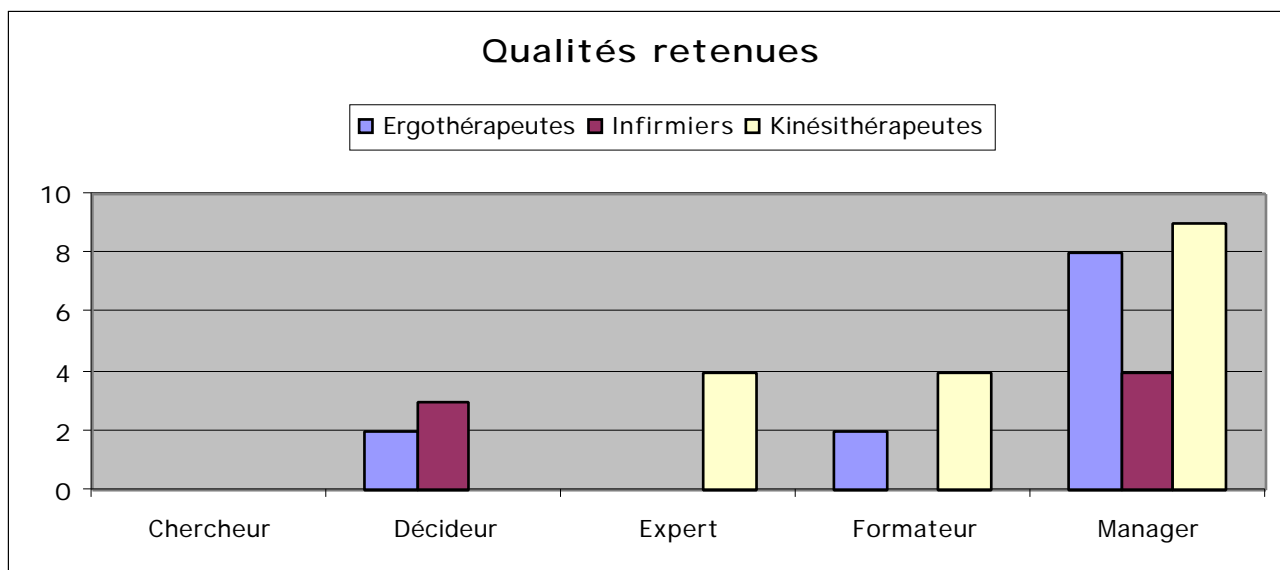


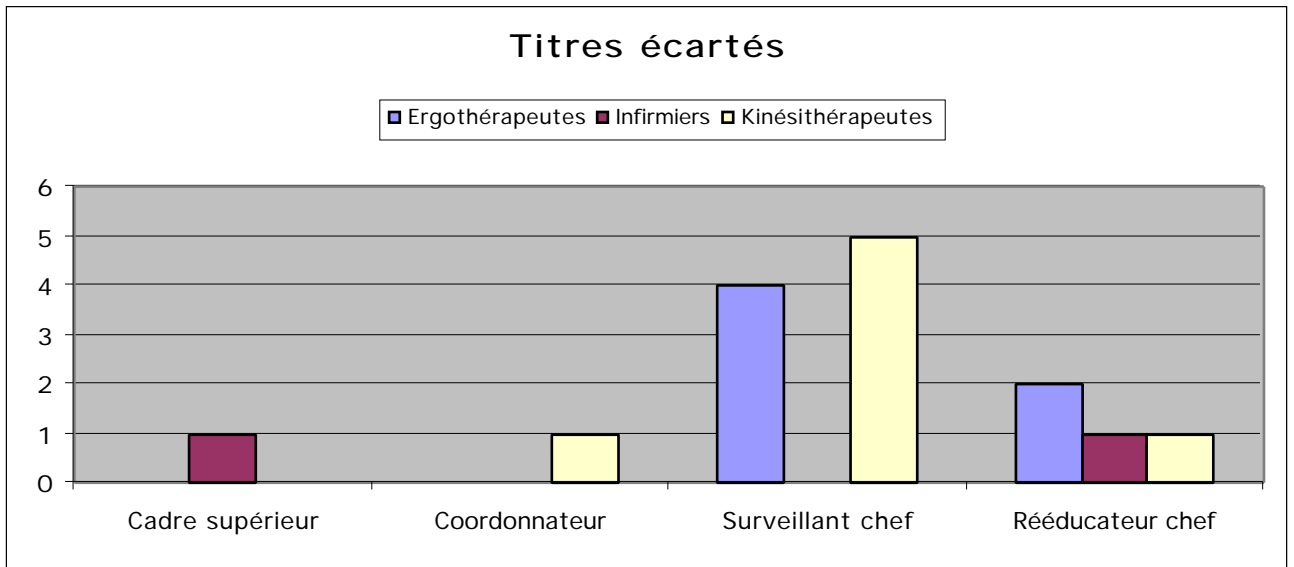
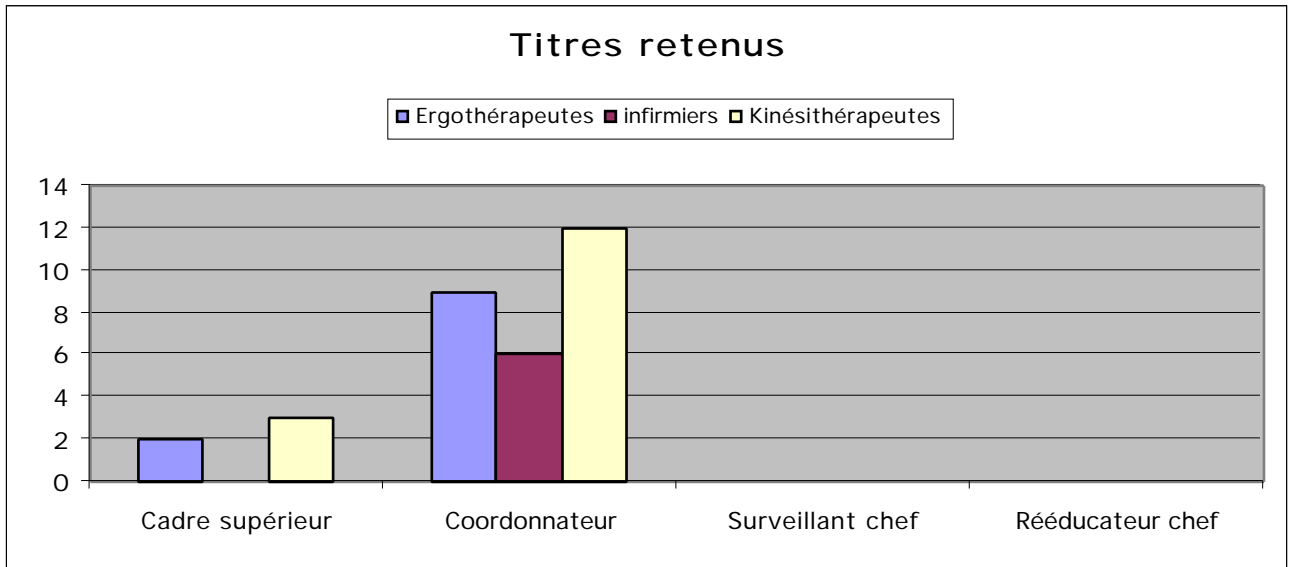
Missions retenues



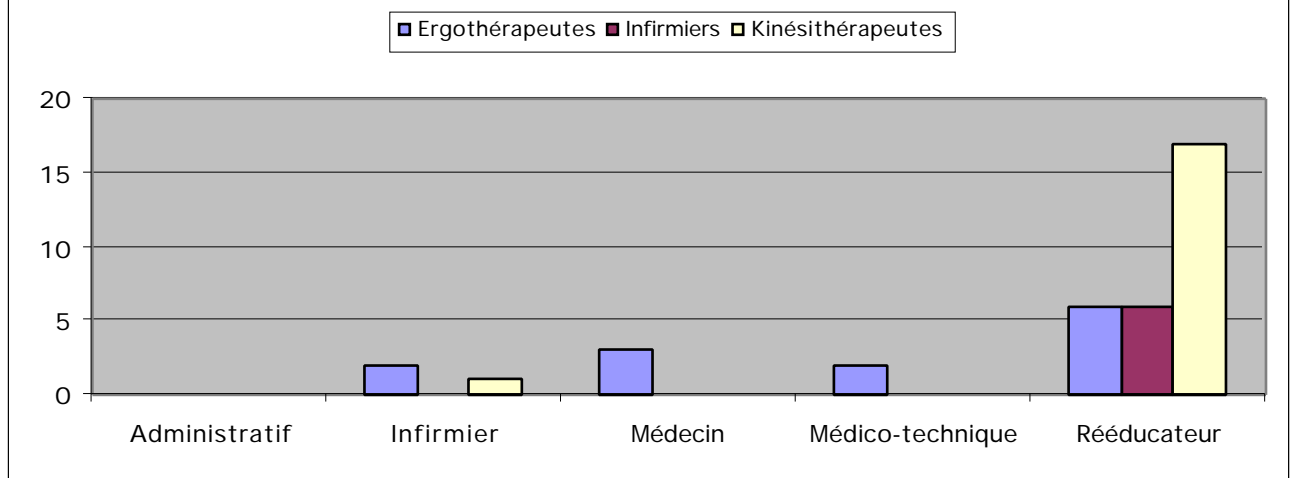
Missions écartées



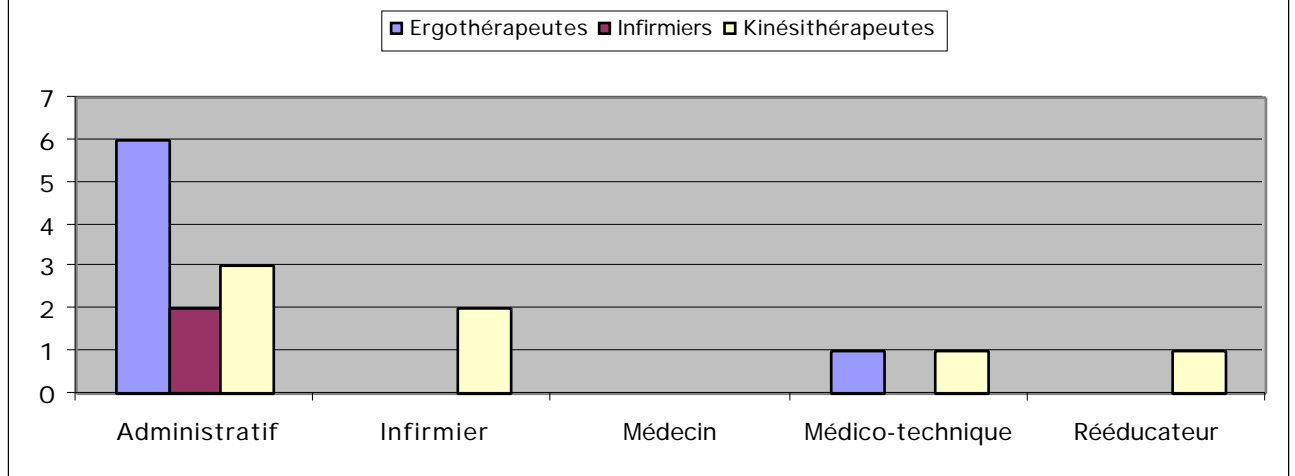




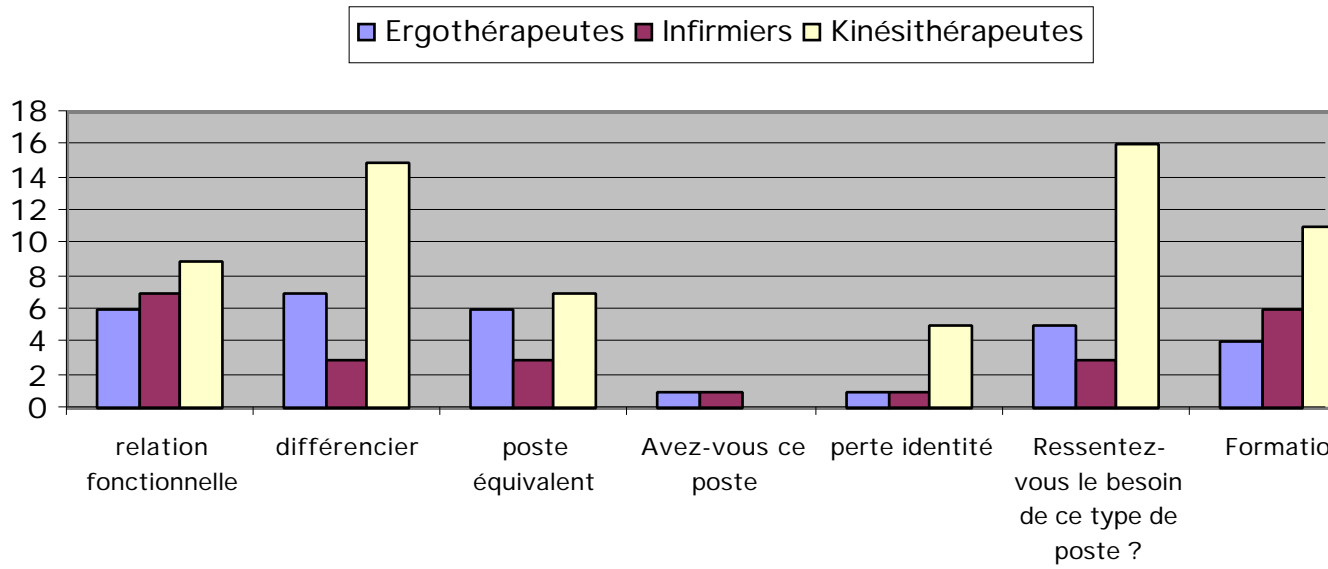
Origines professionnelles retenues



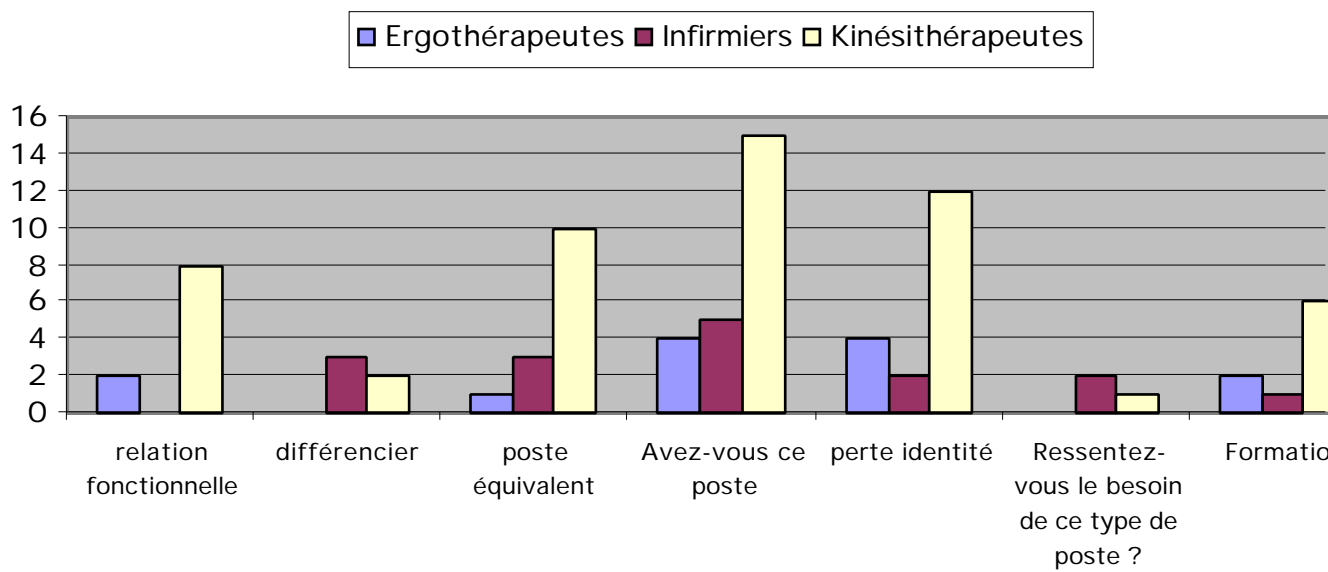
Origines professionnelles écartées



Partie 2, maximum



Partie 2, minimum



Infirmiers Généraux

**Décret n° 89-758 du 18 octobre 1989 portant statut particulier des infirmiers
généraux de la fonction publique hospitalière (extraits)**

Article 1er

Le présent décret s'applique au corps des infirmiers généraux des établissements mentionnés au 1° de l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 susvisée.

Ce corps est classé en catégorie A.

Il comprend le grade d'infirmier général de 2e classe qui compte sept échelons et le grade d'infirmier général de 1e classe qui compte cinq échelons et un échelon fonctionnel. Cet échelon fonctionnel est accessible aux infirmiers généraux des établissements dont l'emploi de chef d'établissement est rangé en 1e classe.

Article 2

Les infirmiers généraux de 1re classe assurent la direction du service de soins infirmiers de l'établissement dans lequel ils exercent leurs fonctions. A ce titre, ils sont membres de l'équipe de direction et président la commission du service de soins infirmiers de l'établissement.

Ils coordonnent l'organisation et la mise en œuvre des soins infirmiers et assurent l'animation, l'encadrement et la gestion du service de soins infirmiers.

Sous l'autorité du chef d'établissement et en liaison avec le corps médical et les autres corps d'encadrement concernés, ils participent à la conception, à l'organisation et à l'évolution des services médicaux.

Ils participent également à la gestion des personnels infirmiers, aides-soignants et agents des services hospitaliers dont ils proposent l'affectation. Ils contribuent à l'élaboration et à l'application des programmes de formation des personnels de service de soins infirmiers.

Ils contribuent à la définition d'une politique d'amélioration de la qualité des soins, au développement de la recherche dans le domaine des soins infirmiers et à l'évaluation de ces soins.

Ils rendent compte du fonctionnement du service de soins infirmiers dans un rapport annuel d'activité remis au chef d'établissement.

**Manuel d'accréditation,
version avril 1999,
A.N.A.E.S.
extrait :**

Chapitre 4

LES RÉFÉRENTIELS

I. LE PATIENT ET SA PRISE EN CHARGE

1. Droits et information du patient
2. Dossier du patient
3. Organisation de la prise en charge des patients

[...]

3. ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS (OPC)

Introduction

L'organisation de l'établissement permet une prise en charge des patients dans des conditions optimales de qualité et de sécurité, conformes aux missions inscrites dans son projet d'établissement, notamment quant aux orientations stratégiques de l'activité médicale. Les prestations hôtelières proposées aux patients et à leur entourage participent de la qualité de leur prise en charge.

Les principales activités médico-techniques, en interface avec les activités cliniques, sont les activités d'urgence, les activités interventionnelles, les activités de biologie et d'anatomie et de cytologie pathologique, les activités d'imagerie, les explorations fonctionnelles, le circuit des médicaments et l'utilisation des dispositifs médicaux.

Le terme d'activités interventionnelles est utilisé au sens large, l'intervention pouvant se dérouler dans un bloc opératoire, un bloc obstétrical, un secteur d'endoscopie, de radiologie interventionnelle, nécessitant ou non une anesthésie. Ces activités comportent des actions successives ou parallèles et font appel à de nombreux professionnels dont la coordination est nécessaire. La complexité des techniques et des matériels utilisés dans cet environnement multiprofessionnel engendre des risques directs ou indirects pour les patients, imposant l'existence de démarches visant à assurer leur sécurité.

Ce référentiel est applicable à l'ensemble des secteurs d'activité cliniques et médico-techniques de l'établissement de santé.

PLAN

Â Accès

Â Accueil

Â Évaluation de l'état de santé et des besoins du patient

Â Coordination de la prise en charge

Â Sortie

Â Protocoles et évaluation des prises en charge

COORDINATION DE LA PRISE EN CHARGE

OPC - Référence 6 : *La prise en charge du patient est coordonnée au sein des secteurs d'activité cliniques.*

OPC.6.a. Des mécanismes de coordination entre professionnels médicaux et paramédicaux permettent d'assurer la prise en charge globale du patient au sein du secteur d'activité clinique.

OPC.6.b. Les secteurs d'activité cliniques collaborent entre eux pour assurer une prise en charge multidisciplinaire du patient.

OPC.6.c. Des avis compétents sont recherchés à l'extérieur de l'établissement lorsque l'état du patient le nécessite.

OPC.6.d. En cours d'hospitalisation, l'information du médecin traitant est assurée.

OPC.6.e. Une coordination est organisée entre les professionnels chargés des prestations hôtelières et ceux assurant la prise en charge des soins. L'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre l'objectif ; il lui appartient d'en faire état.

OPC - Référence 7 : *La continuité des soins est assurée.*

OPC.7.a. L'identification du patient est assurée aux différentes étapes de la prise en charge.

OPC.7.b. Des règles de présence, de concertation et de délégation, ainsi qu'un système de gardes et astreintes sont mis en place afin d'assurer la permanence 24 h/24 h.

OPC.7.c Une organisation est en place pour faire face aux urgences vitales internes.

OPC.7.d. Des mécanismes de coordination permettent d'assurer le relais entre les équipes, qu'elles soient médicales ou paramédicales.

OPC.7.e. La continuité des soins est assurée entre secteurs d'activité.

OPC.7.f. Le transport des patients entre secteurs d'activité est organisé pour assurer la continuité des soins et du respect des règles d'hygiène, de qualité, de sécurité et de confidentialité.

OPC.7.e. La continuité des soins entre secteurs d'activité s'impose notamment lors de l'admission dans un secteur d'activité à partir des urgences, lors des mutations internes et lors du passage dans un plateau médico-technique.

L'objet de ce mémoire est d'envisager de nouvelles modalités de fonctionnement des équipes soignantes au sein d'un centre hospitalier psychiatrique. Compte tenu des dangers de psychotisation, d'autocratisation, d'anarchie, conséquences de la pathologie psychiatrique, il convient de promouvoir un travail interprofessionnel avec des coordinations, des articulations entre les soignants afin de permettre aux personnes hospitalisées de se soigner et non d'être soignées.

Il s'agit d'un pari à prendre et à faire prendre sur une démarche neuve mais pas nouvelle, qui décomposerait les fatuités des discours arguant d'une volonté de mettre le malade au centre du dispositif de soins, niant qu'il y a de l'humain dans ces actes. Ces fatuités ne sont devenues que les maux de nos représentations dès lors que les hommes qui composent les groupes, les grappes de soignants ne deviennent pas des équipes de soins, des équipes auto soignantes. En définitive, qui mieux qu'elles pourraient soigner, se régénérer afin que fatuité rime avec réalisé, que prétention rime avec action et que le logos puisse rencontrer le tropos ?

A cet effet, nous nous sommes interrogés sur les notions d'équipe, de pluri, inter et transprofessionnalité, d'interface, d'articulation et de coordination au travers du regard, entre autres, de Georges Bataille et de Jacques Ardoino.

Il ressort que, afin d'éviter que l'institution ne pose la loi comme règle absolue, devenant par là même autocratique, que l'anarchie devienne la référence de fonctionnement, il convient d'envisager une loi avec des exceptions possibles et des MODÉRATEURS (coordonnateurs) qui permettent aux soins de s'adapter.

MOTS CLÉS

Interprofessionalité, transprofessionnalité, hétérogénéité, interface, articulation, coordination, coordonnateur, sacré, psychiatrie, internet, ergothérapie.