

**INSTITUT DE FORMATION
DES CADRES DE SANTE
CHU – NANCY**

**LA
NOUVELLE GOUVERNANCE HOSPITALIÈRE :
Quelle intégration pour l'ergothérapie dans les pôles
d'activité ?**



PLATZ Frédéric

Formation 2005 / 2006

Remerciements

Je tiens à remercier tout particulièrement **Mme le Docteur Patricia PRINCET**, Praticien Hospitalier Psychiatre, Chef de Service, Secteur Psychiatrie Adultes 55G01 – CHS de Fains Veel (55) – qui m’a fait l’honneur et le plaisir de diriger ce mémoire. Merci pour votre engagement, votre relecture et vos conseils précieux.

Merci à **Gabriel GABLE**, Directeur Technique de l’Institut de Formation en Ergothérapie de Nancy qui a su m’entendre et m’aider à me poser les bonnes questions durant ce travail.

Merci également à **Patrick REMY**, Coordonnateur général des soins du CHU de Nancy qui m’a guidé dans mes réflexions initiales.

Merci enfin à **Vincent SPILMONT**, Stagiaire Cadre de Santé, qui saura pourquoi....

A Delphine et Théophile, pour qui j’ai été un époux et un papa à temps partiel durant cette année de formation.

SOMMAIRE

1	PRÉSENTATION DU TRAVAIL DE RECHERCHE	1
2	PROBLEMATIQUE	2
3	CADRE CONCEPTUEL ET LEGISLATIF	8
3.1	La profession Ergothérapie	8
3.1.1	Préambule étymologique	8
3.1.2	L'utilisation du travail en psychiatrie	9
3.1.3	Naissance de l'ergothérapie	9
3.1.4	Cadre législatif de la profession	10
3.2	L'équipe de rééducation/réadaptation	11
3.2.1	L'équipe : éléments conceptuels	11
3.2.2	De l'inter, pluri, trans... professionnalité	13
3.3	Le Projet <i>Hôpital 2007</i>	14
3.3.1	Présentation du projet	14
3.3.2	Les pôles d'activités	15
3.3.3	La T2A... la VAP ?	17
3.4	De la notion de changement	18
3.4.1	Les spécificités de l'hôpital dans le changement	18
3.4.2	La question des acteurs du changement	19
3.4.3	A propos de la compétence et de l'activité	20
4	SYNTHÈSE ET HYPOTHESES	21
5	5. MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE	22
5.1	Choix de l'enquête	22
5.2	Le guide d'entretien	22
5.3	Le choix des établissements et professionnels consultés	23
5.4	Adaptation méthodologique	23
5.5	Biais et limites de l'enquête	24
5.5.1	Les biais	24
5.5.2	Les limites	25
6	RÉSULTATS ET ANALYSE DE L'ENQUÊTE	26

6.1	L'organisation polaire de la rééducation/réadaptation	26
6.2	L'incidence de l'organisation polaire sur la rééducation	26
6.2.1	Le recentrage des rééducateurs dispersés	26
6.2.2	La transversalité des actes de rééducation/réadaptation	27
6.3	Réponse des rééducateurs aux objectifs des pôles d'activité	28
6.3.1	Difficultés d'évaluation organisationnelle	28
6.3.2	L'utilisation des moyens et ressources	29
6.4	Le partage des compétences et des activités	30
6.4.1	Partage ou complémentarité ?	30
6.4.2	La proximité pluriprofessionnelle dans le pôle	31
6.5	La participation des ergothérapeutes aux travaux de recherche	31
6.6	L'amélioration de l'intégration et de la participation des ergothérapeutes aux projets institutionnels	33
6.6.1	La visibilité dans les instances et groupes de travail	33
6.6.2	L'évaluation des pratiques	34
6.6.3	La participation institutionnelle et les points de référence	34
6.7	De la nécessité d'un cadre de santé ergothérapeute	35
7	CONCLUSION DE L'ANALYSE	37
8	PROPOSITIONS D' ACTIONS	39
8.1	La visibilité de l'activité des ergothérapeutes	39
8.2	Complémentarité des activités et des compétences	40
8.3	A propos de la conduite du changement	42
9	CONCLUSION	44
10	BIBLIOGRAPHIE	45
11	ANNEXES	48

1 PRÉSENTATION DU TRAVAIL DE RECHERCHE

Au cours de la formation menant au diplôme de cadre de santé, nous devons mener une démarche de recherche finalisée par un mémoire. Ce travail doit s'appuyer sur le « désir » de réfléchir en regard d'une thématique professionnelle.

Depuis le début de notre exercice professionnel, des zones d'ombres persistent dans la connaissance de la genèse, la chronique et l'évolution de la profession ergothérapie. Pour citer Descartes : « *Dès mes premières années, j'avais reçu quantité de fausses opinions pour véritables* »¹. Il s'agissait donc pour nous de profiter de ce travail de recherche pour « revisiter les évidences » et réfléchir sur la réelle place actuelle de l'ergothérapie dans les établissements de santé, particulièrement en secteur psychiatrique.

À travers ce mémoire, nous ne souhaitons pas basculer dans un corporatisme obsolète, mais essayer d'envisager une meilleure intégration de la profession ergothérapie dans le système de soins.

Aussi, à l'ère du changement organisationnel des hôpitaux en rapport avec le projet *HOPITAL 2007*, il convient de se questionner sur la place de l'ergothérapie dans les futurs pôles d'activités, un des aspects de la nouvelle gouvernance hospitalière que nous décrirons plus loin. Quel est le positionnement actuel de l'ergothérapie en secteur psychiatrique ? Les ergothérapeutes peuvent-ils devenir acteurs de leur système professionnel, afin de s'y intégrer pleinement et de pouvoir l'influencer ?

Ces questions de départ amènent à la présentation de la problématique de recherche et de son cadre conceptuel et législatif, abordant l'histoire de la profession, l'utilisation de l'*activité* en psychiatrie et l'évolution organisationnelle des établissements de santé.

¹ *Méditations métaphysiques*, René Descartes, Editions Garnier-Flammarion, Paris, 1979

Ensuite, nous aborderons les hypothèses de recherche envisageables, la méthodologie employée pour confirmer ou infirmer ces hypothèses, les résultats de la recherche et finalement nous évoquerons des propositions d'actions ainsi que des pistes de réflexion pour un travail ultérieur.

2 PROBLÉMATIQUE

Un paradoxe existe dans le monde ergothérapique depuis quelques décennies déjà : après être pourtant née en secteur psychiatrique, l'ergothérapie a toujours connu des difficultés identitaires et de positionnement dans le soin mental, que ce soit en centre hospitalier spécialisé public ou clinique de psychiatrie du secteur privé. Ce problème de reconnaissance professionnelle a induit une véritable démarche d'évolution conceptuelle, intellectuelle et théorique de la part des ergothérapeutes qui ne renient pas leur origine et leur histoire institutionnelle mais cherchent à l'utiliser, l'analyser afin de poursuivre la formalisation de leur profession.

« L'histoire n'est pas liée à l'homme, ni à aucun objet particulier : elle consiste entièrement dans sa méthode »². Aussi, une rétrospective succincte est nécessaire pour percevoir l'évolution de l'ergothérapie dans l'institution où elle s'exerce, de sa genèse à nos jours.

L'ergothérapie était initialement considérée comme une solution pour combattre l'ennui dans le milieu asilaire. Dans ce désir « noble » d'occuper les malades mentaux « condamnés » à la vie collective institutionnelle, l'infirmier faisait en quelque sorte fonction d'ergothérapeute dans une démarche de productivité souvent bénéfique pour la collectivité hospitalière (jardins, ferme, entretiens des espaces verts, ...).

Dans la mouvance législative hospitalière des années 70, la création du diplôme d'Etat d'ergothérapeute par décret du 6 novembre 1970 va modifier cette vision productive du soin ergothérapique et va inciter les ergothérapeutes à réfléchir leur activité et l'exprimer comme un véritable outil de prise en charge et de soins. Etant donné cette évolution de la profession s'inscrivant d'ailleurs dans l'évolution des soins en psychiatrie et dans la réinsertion des malades mentaux³, des conflits allaient être induits entre des infirmiers précurseurs et des ergothérapeutes nouvellement formés et bénéficiant d'un statut désormais légitime et officialisé par un diplôme. Une question va rester en filigrane de l'activité des établissements psychiatriques :

² CLAUDE LEVI-STRAUSS, *La Pensée Sauvage*, Ed. Plon

³ Rapport ministériel, ministère de la Santé Publique et de l'assurance Maladie, Juillet 1995

quelle différence existe-t-il entre un infirmier qui utilise une activité de médiation avec un patient et un ergothérapeute utilisant le même support de travail ? Aussi déroutant que cela puisse paraître, nous pensons que la réponse à cette question n'existe pas, car elle ne doit pas être formulée de cette manière. De plus cette interrogation ne fait qu'entretenir depuis des années des conflits corporatistes participant davantage à la régression des professionnels concernés plutôt qu'à leur évolution. Il conviendrait plutôt de se demander : « puisque l'ergothérapie est une profession récente dans l'histoire sanitaire, quelle sont ses spécificités, et que peut-elle apporter d'intéressant, d'enrichissant pour la prise en charge des patients en soins psychiatriques, et ensuite comment peut-elle coordonner ces activités et mission propres avec les autres professions ? ». Le respect de l'autre et des objectifs communs donne un sens au lien d'interdépendance qui permet de concevoir l'autre comme un partenaire et non comme un « danger potentiel »⁴, un rival : « *et s'il faisait mieux que moi ?* ».

Le décret du 21 novembre 1986⁵ avait l'intérêt de poser l'ébauche des actes professionnels que les ergothérapeutes pouvaient accomplir sur prescription médicale...mais il s'agissait d'une *ébauche* et les ergothérapeutes savent bien que l'esquisse d'un dessin ne permet que d'entrevoir l'œuvre terminée, d'en discerner les grandes lignes. Ainsi, dans ce décret, que faut-il entendre par « revalorisation » ? Est-elle spécifique à l'ergothérapie ? Ou encore, qu'est-ce que « l'expression des conflits internes ? ». Même interrogation !

Il est nécessaire aujourd'hui de retravailler sur ce décret et d'entamer un dialogue consistant avec le Ministère de la Santé pour faire évoluer ce texte qui fête cette année ses...20 ans ! Mais ce n'est pas ce débat qui nous intéresse dans ce travail. Puisque ce texte n'était pas suffisamment clair sur le plan professionnel, interrogeons-nous sur ce qu'on fait les ergothérapeutes pour trouver leur place et s'inscrire dans le champ sanitaire psychiatrique français.

Dans beaucoup d'établissements de secteur psychiatrique, les ergothérapeutes se sont fédérés en « service » leur permettant ainsi de trouver une cohérence dans leur prise en charge et d'élaborer l'idée d'être des prestataires de soins externes aux services

⁴ CAIRE J-M, Le cadre de santé, facilitateur de la démarche transdisciplinaire, Soins Cadres, N°49, février 2004, p.35-39

⁵ Décret n°86-1195 du 21 novembre 1986 fixant les catégories de personnes habilitées à effectuer des actes professionnels en ergothérapie, Ministère des Affaires Sociales et de l'Emploi, J.O. du 23 Novembre 1986

d'hospitalisation à temps complet. Dans la majorité des cas, ils étaient ou sont toujours d'ailleurs encadrés par des cadres ou *surveillants* d'origine professionnelle infirmière qui s'efforçaient de soutenir et de coordonner les projets ergothérapeutiques.

Les années 1980 ont vu l'application clinique de différents modèles de pratique : KIELHOFNER, MOSEY, REED.... Pour WEST, une approche plus humaniste et holistique du handicap et de la santé doit guider la pratique ergothérapeutique⁶. Dès lors les ergothérapeutes allaient chercher à intellectualiser leur pratique et s'inscrire dans une mouvance générale d'évolution du soin psychiatrique. En 1980, la création du Certificat de Moniteur-Cadre d'Ergothérapie permit aux ergothérapeutes de s'investir dans l'encadrement, l'enseignement et de poser les jalons de la recherche en ergothérapie.

Puis, les années 1990 : les systèmes de valeurs évoluent, l'information médicale se démocratise. Dans le même temps, le handicap social et la désadaptation s'accroissent dans la société du fait de la majoration de la précarité de l'emploi et de la déliquescence du tissu social. L'évolution des besoins en matière de réadaptation impose aux ergothérapeutes de réfléchir à nouveau sur leur pratique. En psychiatrie, l'ergothérapie s'oriente alors vers une sociothérapie, dans le sens d'une réhabilitation psychosociale privilégiant l'échange relationnel plutôt que l'accomplissement d'une réalisation objective qui n'est envisagée que comme support⁷.

Durant la même décennie, le diplôme de Cadre de Santé a été créé par Décret du 18 août 1995. Les ergothérapeutes ont saisi l'opportunité qui leur était offerte de pouvoir se former à l'encadrement avec les autres professionnels paramédicaux et ainsi devenir des cadres managers des équipes de rééducation.

A la fin des années 90, l'ordonnance dite « Juppé » engageait les établissements de santé dans une démarche d'amélioration continue de la qualité des soins et mettait en place la démarche d'accréditation des établissements de santé. Les ergothérapeutes se sont investis dans cette démarche en participant aux groupes de travail préparatifs de l'accréditation dans leurs établissements respectifs. Cet investissement leur a permis de mieux connaître leurs partenaires professionnels, de s'intégrer dans les équipes et a montré leur volonté d'évolution et de participation aux projets institutionnels. De

⁶ WEST W.L., A reaffirmed philosophy and practice of occupational therapy for the 80's. Am. J. Occup. Ther., 1984, 38, 1 : 15

⁷ GABLE G., *Historique de l'ergothérapie*, Ergothérapie – Guide de pratique, Ed. ANFE 2000

plus, un groupe d'ergothérapeutes, nommé « Ergothérapeutes Collège Cadres de l'Ouest », a impulsé un travail de recherche et d'élaboration d'un dossier d'ergothérapie-type qui pourrait être recommandé aux ergothérapeutes sur le plan national. Ce chantier s'est effectué en partenariat avec l'A.N.A.E.S.⁸ (aujourd'hui H.A.S.⁹), et a permis la publication en 2001 des recommandations professionnelles sur le dossier du patient en ergothérapie.¹⁰

En juillet 2001, le rapport **Piel** et **Roelandt**, commandé par le ministre de Martine Aubry, précisait les orientations souhaitées pour la prise en compte de la santé.

Ce rapport disait à propos des ergothérapeutes :

« Eux aussi se trouvent devant la nécessité de repenser leur formation, leurs objectifs et leur rôle respectif dans la perspective de l'évolution de la psychiatrie vers le champ de la santé mentale dans les années à venir. En effet, ils seront tout naturellement impliqués dans les futures actions de soin et d'insertion. »¹¹

Il en va de l'avenir des ergothérapeutes de se sentir concernés par ces recommandations. La première démarche, en cours de finalisation, est de FORMALISER les actes d'ergothérapie en psychiatrie. En effet, comment accompagner, précéder les bouleversements du champ sanitaire psychiatrique si l'on ne sait pas ce que l'on fait et si l'on ne sait pas l'expliquer aux autres ?¹² Il s'agit donc pour les ergothérapeutes de rendre leurs actes de soin formels, intelligibles pour leurs partenaires professionnels.

Cette démarche leur offre une possibilité supplémentaire de s'intégrer dans le paysage psychiatrique en évolution.

Nous en arrivons au nouveau bouleversement en cours dans les établissements de santé : le projet dit « PLAN HOPITAL 2007 ». Un des objectifs de

⁸ Agence Nationale pour l'Accréditation et l'Evaluation en Santé

⁹ Haute Autorité de Santé

¹⁰ *Le dossier du patient en ergothérapie*, A.N.A.E.S. – Service des recommandations et références professionnels, Mai 2001.

¹¹ PIEL E., ROELANDT J.L., *De la psychiatrie vers la santé mentale*, Rapport ministériel, juillet 2001

¹² GUIHARD J-P, *La formalisation des actes d'ergothérapie en psychiatrie : des folies aux faux lits*, in *Expériences en Ergothérapie*, Ed. Sauramps Medical, Montpellier, 2001/

ce plan est d'inciter les établissements à optimiser l'utilisation de leurs ressources par le nouveau système de financement lié à l'activité et les nouvelles règles budgétaires et comptables. Pour cela, l'un des volets du projet est nommé « *Nouvelle Gouvernance Hospitalière* ». Cet item particulier du projet vise à responsabiliser les acteurs et à simplifier le fonctionnement interne des établissements, par une nouvelle organisation des activités des établissements sur une base contractuelle autour de pôles d'activités pilotés par des responsables de pôles, assistés d'un cadre soignant et administratif, et bénéficiant d'une vraie délégation de gestion¹³.

Les établissements possèdent une liberté de mise en place et de **constitution** des pôles, car le législateur n'a donné aucune définition consensuelle permettant de dessiner les contours et préciser la substance d'un pôle.

Aussi, les ergothérapeutes ne doivent pas manquer leur intégration dans ces pôles d'activités. Mais comment l'ergothérapie doit-elle s'intégrer à un pôle d'activité pour poursuivre sa démarche de reconnaissance identitaire ?

Quelle articulation avec les autres professions de rééducation et de réadaptation peut-elle envisager pour offrir le soin le plus adapté aux besoins réels du patient, un des objectifs des pôles d'activités ?

Ces deux questions constituent donc la base de notre recherche. Nous allons maintenant explorer le cadre théorique, conceptuel de celle-ci.

¹³ DERENNE O., PONCHON F., *L'utilisateur et le monde hospitalier*, Ed. ENSP, 2005

3 CADRE CONCEPTUEL ET LEGISLATIF

Ce cadre va principalement s'intéresser à l'ergothérapie et à son contexte dans le secteur psychiatrique. Les « experts » et puristes de l'historique ergothérapique pardonneront notre concision et nos raccourcis nécessaires étant donné le format imposé du présent document.

3.1 La profession Ergothérapie

3.1.1 Préambule étymologique

Pour nommer cette profession, les anglo-saxons utilisent le terme *OCCUPATIONAL THERAPY*. La traduction littérale « thérapie occupationnelle » est ambiguë du fait de la connotation dénuée de dimension de soin que l'on peut donner à « l'occupation ». Les premières associations de professionnels ont retenu le terme *ERGOTHERAPIE*.¹⁴

S'il n'y a pas de doute possible sur la particule « thérapie » (du gr. *Therapeia*, soin), l'« ergo » (du gr. *Ergon*) ne peut traduire toutes ses acceptions. En effet, l'*ergon* renvoie à 4 acceptions principales :

l'action : par opposition à l'inaction

l'engagement dans une action, une œuvre, un ouvrage

le travail accompli , l'œuvre terminée, éventuellement le fait d'être soi-même l'œuvre accomplie, voire la proie ou la victime de quelqu'un

la chose, l'affaire, l'acte au sens très général.

Dès lors qu'entendre exactement par *ergothérapie* ? Soins par le travail ? Soins par l'activité ? Par le faire ? L'acte ?

Nous retiendrons que l'ergothérapie est un soin **par** et **pour** l'activité humaine dans tout ce qu'elle entend en matière de désir, d'initiation, de faire, de relation à l'autre et d'accomplissement.

¹⁴ PIERQUIN L., ROCHE A., *La Thérapeutique des traumatisés du travail*. Extrait des Annales de Médecine Physique, tome I, n°3, juillet, septembre, 1958.

Cependant, nous emploierons indifféremment le terme *travail* et *activité* pour présenter l'historique de la profession ergothérapie.

3.1.2 *L'utilisation du travail en psychiatrie*

Nous évoquerons brièvement l'histoire de la psychiatrie française pour resituer l'utilisation du travail, de l'activité, comme moyen thérapeutique.

Le XVIII^{ème} siècle et ses « Lumières », dont le trait fondamental fut un rationalisme ouvert au sensible et au monde des sentiments, a éclairé la situation chaotique dans laquelle se trouvait l'« aliéné » enchaîné. Un célèbre médecin philanthrope, Philippe Pinel, va bousculer les pratiques de son époque en supprimant l'usage des fixations et chaînes. Il supprima pareillement les saignées répétées et les médications inutiles pratiquées depuis des décennies. Désenchaîner les aliénés fut un progrès remarquable, mais ils résidaient toujours dans les murs de l'asile. Pinel introduit alors l'idée que le travail institutionnel des malades, peut participer à l'autarcie économique de l'établissement. C'est ainsi que des travaux, principalement de plein air, vont être utilisés d'un manière thérapeutique, doublée d'un intérêt économique : jardinage, agriculture, élevage.... Dès lors, dans le même lieu cohabitent : les patients « pensionnaires » qui paient leurs frais d'hospitalisation et ne travaillent pas et les patients travailleurs, « chroniques, tranquilles et indigents ». Pinel remarque alors que la clientèle pauvre des asiles, soumise à ces travaux, guérit plus vite que la clientèle payante, stagnant dans l'inactivité.¹⁵

Une forme nouvelle de *therapeia* est en train de voir le jour.

3.1.3 *Naissance de l'ergothérapie*

Les principes établis par Pinel vont être repris en Amérique du Nord et en Angleterre. C'est aux Etats-Unis vers 1900, que se développent les premières théories jetant les bases de la profession ergothérapie. Des médecins contestant les modèles utilisés en psychiatrie à cette époque, vont renouer avec l'activité comme modalité thérapeutique. Des professionnels de formations initiales différentes utilisent alors l'activité et reconnaissent ses bienfaits sur les patients. L'ébauche

¹⁵ COLLARD F., THERRIAULT P., *Ergothérapie : « Je me souviens »*, Journal d'ergothérapie 1999 ; 21 :147-156, Editions Masson, 1999

d'une pratique ergothérapique voit le jour et s'exerce essentiellement en secteur psychiatrique.¹⁶

En France, les « surveillants » d'atelier en institution psychiatrique ne sont par formés de manière spécifique, tandis qu'aux Etats-Unis naissent en 1918, les *occupational therapists*. Jusque dans les années 40, 80 % au moins des patients « travaillent » dans les hôpitaux psychiatriques, ce qui contribue à la déshumanisation de ces établissements en raison de la discipline et de l'ordre qu'impose ces pratiques, si bien que certains psychiatres prennent conscience de l'aspect pathogène du travail systématique des malades et de fonctionnement « psychotique » de l'hôpital. De ces prises de conscience et des nouveaux courants pédagogiques va naître la psychothérapie institutionnelle. Il ne s'agit plus dès lors de regarder le travail dans ses dimensions morales, éducatives, mais de le considérer comme un moyen de rencontre, un médiateur pour entrer en relation avec le sujet en souffrance.

Les activités utilisées par les ergothérapeutes sont donc des supports à de la relation. Eu égard aux progrès de la médecine, de l'imagerie médicale, et de tous les supports de soins de haute technologie, il est vrai que l'ergothérapie ne « fait pas riche » d'un premier regard.¹⁷

Toutefois, un travail sur les courants de pensée et modèles théoriques de l'activité a permis aux deux premières écoles d'ergothérapie de voir le jour à Nancy et Paris en 1954. Le diplôme d'Etat fut créée en 1970. Dès lors, la profession devait se doter d'un cadre législatif.

3.1.4 *Cadre législatif de la profession*

Dans le cadre de l'exercice en institution, les ergothérapeutes agissent sur prescription médicale en collaboration avec l'équipe pluriprofessionnelle.

Les deux faits législatifs les plus marquants de la profession sont : le Décret n°86-1195 du 21 novembre 1986 fixant les catégories de personnes habilitées à effectuer des actes professionnels en ergothérapie, et l'inscription au Code de la Santé Publique depuis la Loi N°95-116 du 4 février 1995 de la profession au titre III-2 du Livre IV. Certaines dispositions de ce code ont été modifiées par Décret 29 Juillet

¹⁶ COLLARD F., THERRIAULT P., op.cit. page 9

¹⁷ GUIHARD J-P, *L'ergon thérapeute*, Santé Mentale, 2002 ; 66 : 68-73

2004, dans le J.O. n°183 du 08 août 2004. L'ergothérapie est une profession de la santé, l'ergothérapeute est un paramédical, ou un auxiliaire médical.¹⁸

Le décret 86-1195 précisait que les ergothérapeutes contribuent

« aux traitements des déficiences, des dysfonctionnements, des incapacités ou des handicaps de nature somatique, psychique ou intellectuelle, en vue de solliciter, en situation d'activité et de travail, les fonctions déficitaires et les capacités résiduelles d'adaptation fonctionnelle et relationnelle des personnes traitées, pour leur permettre de maintenir, de récupérer ou d'acquérir une autonomie individuelle, sociale ou professionnelle ».

L'originalité de l'ergothérapie réside dans le fait de s'adresser à ce qui est *sain* chez la personne grâce à l'activité qui permet l'expression des potentialités de la personne. Cela demande à l'ergothérapeute de considérer la personne dans la globalité (vision holistique et humaniste).

Les ergothérapeutes doivent pouvoir partager leurs compétences avec les autres professionnels de rééducation/réadaptation que sont les diététiciens, les masseurs kinésithérapeutes, les orthophonistes, les psychomotriciens, les orthoptistes et pédicures-podologue. Ces professions sont nouvellement arrivées dans le paysage sanitaire et elles s'inscrivent toutes dans une démarche de reconnaissance identitaire, faisant preuve de volonté dans la tentative de clarification de leurs rôles propres, leurs champs d'activité et zones de compétences. Cependant, cette délimitation pose problème aux professionnels de rééducation/réadaptation. C'est pourquoi, nous aborderons maintenant les notions d'*équipe*, de *pluri*, *inter* et *trans disciplinarité* pour réfléchir à la manière d'articuler ces zones de compétences et champs d'action.

3.2 L'équipe de rééducation/réadaptation

3.2.1 L'équipe : éléments conceptuels

Dès 1958, le travail en équipe devient indispensable pour assurer la prise en soin des patients. Celui-ci permet de partager des opinions, des expériences et également d'associer des compétences développées séparément.¹⁹ R. Mucchielli

¹⁸ Ergothérapie : guide de pratique, coordination par Anne Moreau, ANFE, 2000

¹⁹ CAIRE J-M, op.cit. page 4

définit l'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. 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* ». ²⁰

Ainsi, apparaît au sein de l'équipe la notion d'identité, qui se définit de deux manières opposées mais complémentaires. En effet, les individus recherchent la ressemblance avec l'autre, rassurante, mais souhaitent également s'affirmer dans la différence, afin de se démarquer. La culture professionnelle intervient elle aussi en ce sens puisqu'elle peut avoir de l'influence sur les comportements, par l'intermédiaire des valeurs ou être le liant qui permet l'organisation et la coopération. ²¹ Les différents acteurs de l'équipe guident leur action par des objectifs communs :

« La coopération existe entre deux agents par rapport à une proposition quand un agent reconnaît que l'autre agent a pour but la réalisation de cette proposition et qu'il est engagé à résoudre ce but comme un but commun, en relation avec les autres agents qui l'ont eux aussi pour but et ceci suite à un choix délibéré. Ainsi, la coopération existe entre deux agents par rapport à une proposition, si au moins un des deux agents est engagé dans la réalisation de cette proposition en rapport avec les autres agents pour qui elle constitue un but et , ceci, suite au fait qu'il croient avoir un but commun » ²²

Mais l'équipe n'est pas simplement un groupe d'individus qui travaillent à un même projet, elle existe également avec son passé, ses émotions et ses relations. L'interdépendance est nécessaire au sein de l'équipe car elle fait intervenir des notions de respect, de solidarité et de confiance entre les soignants et les patients.

Cette interdépendance suppose une dynamique de co-pénétration des compétences des différents membres de l'équipe. Cette dynamique doit-elle s'engager sur la base d'un concept de pluri, inter ou trans disciplinarité ?

²⁰ MUCCHIELLI R., *Le travail en équipe*, ESF éditeur, Paris, 1975, 1996, p 12

²¹ MALHOMME M-L, Une nouvelle identité pour le cadre de santé hospitalier, Gestions Hospitalières, Avril 2004

²² GALLIER J-R, Systèmes coopératifs : de la modélisation à la conception, Toulouse : Octaves, 1994

3.2.2 *De l'inter, pluri, trans....professionnalité*

Dans la bibliographie et dans le langage professionnel courant, le terme de « pluridisciplinaire » semble être particulièrement polysémique. Dans le domaine du soin, le terme « disciplines » est-il approprié puisque les disciplines sont « médicales » par définition : psychiatrie, dermatologie, oncologie, etc.... alors que le travail du personnel paramédical regroupe des « professions » : ergothérapeutes, kinésithérapeutes, infirmiers, psychomotriciens, etc....c'est pourquoi le mot « profession » semble plus adapté. Mais cette gestion est-elle pluri, multi, inter ou trans professionnelle ?

Considérant l'étymologie de ces différents préfixes, on peut établir que :

La pluriprofessionnalité juxtapose les professionnels, chacun gardant sa spécificité et ses compétences. Cette idée existe et est pratiquée depuis longtemps, tant le domaine sanitaire que dans celui de l'entreprise.

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.²³ Les professionnels organisés autour d'un projet commun doivent 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.²⁴

La transprofessionnalité : il existe très peu d'éléments dans la littérature pour définir cette conception relationnelle et interactive de l'équipe. On peut tout de même relever que dans cette perspective transprofessionnelle, on ne se contente pas d'atteindre des interactions ou des réciprocitys entre les professionnels de santé, mais on situe ces liaisons professionnelles à l'intérieur d'un système total, sans frontières stables entre les professions, replaçant ainsi l'Homme (le patient) au centre de l'action globale de l'équipe.²⁵ Ainsi, des zones de compétences partagées peuvent être envisagées.

²³ GUIHARD J-P, *L'interprofessionnalité au risque du C.H.S.*, mémoire réalisé dans le cadre de la validation pour l'obtention du diplôme de Cadre de Santé, Paris Aix/Marseille, 1999

²⁴ ARDOINO J., *L'approche multiréférentielle (plurielle) des situations éducatives et formatives*

²⁵ CAIRE J-M, op.cit., page 4.

Cette démarche est déjà connue dans l'industrie, comme l'évoque H.Sérieyx : « On ne peut plus se contenter de confier à des individus des tâches prédéfinies et de compter sur leur addition pour produire la performance attendue. Il faut absolument miser sur l'interactivité des individus autour des missions collectives ».²⁶

La démarche transprofessionnelle doit être l'objectif des équipes de soins dans les futurs projets des établissements de santé et notamment dans celui de pôles d'activités, demandant le soin le plus adapté possible au patient, doublé d'un maximum d'efficacité en terme de moyens.

Les équipes de rééducation/réadaptation ont entamé cette démarche depuis quelques années par l'installation de plateaux techniques au sein des établissements. S'il n'existe pas de définition officielle du plateau technique, on peut tout de même le présenter comme un moyen d'offre de soins cohérents, de mise en commun des ressources humaines et techniques, destiné à coordonner les différentes prises en soins et participer à l'articulation professionnelle et à la proximité des rééducateurs.

Voyons maintenant dans quel cadre institutionnel vont se trouver ces professions à l'avenir et dans quel projet s'inscrivent désormais les établissements de santé, principalement le projet *Hôpital 2007*, qui s'annonce comme un bouleversement organisationnel, mais aussi culturel dans le monde sanitaire français.

3.3 Le Projet *Hôpital 2007*

3.3.1 Présentation du projet

Dans le cadre de ce plan (composé de trois volets principaux), le ministère de la santé entreprend une réflexion nouvelle sur la nouvelle « gouvernance » des hôpitaux. Les objectifs de ce plan lancé en 2002 sont les suivants :

Alléger les contraintes et les procédures dans les domaines des marchés publics, de la planification et de la gestion interne.

²⁶ SERIEYX H, La nouvelle excellence – Réussir dans l'économie nouvelle, Ed. Laurent du Mesnil, 2000

Inciter les établissements à optimiser l'utilisation de leurs ressources par le nouveau système de financement lié à l'activité et les nouvelles règles budgétaires et comptables.

Soutenir l'investissement hospitalier en vue de la modernisation mais également des opérations de coopération et d'adaptation.

Un des axes de ce plan est la création de pôles, regroupant des services et des unités, disposant à l'intérieur de l'hôpital de Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens spécifiques, autrement dit de véritables Centre de responsabilité avec une gestion médicalisée et une responsabilisation des professionnels. Mais comment se définissent les contours des pôles d'activités ?

3.3.2 Les pôles d'activités

La réflexion sur les pôles d'activités a été initiée dans certains établissements dès le début des années 1990. Le but était de tirer les leçons d'un morcellement, une balkanisation des services médicaux et de créer des sous-ensembles cohérents de gestion ayant une masse critique suffisante pour être partenaires de contrats internes d'objectifs et de moyens.²⁷ Quelle est la définition du pôle et quel est son contenu ? Quels en sont les acteurs ?

Il n'existe pas à l'heure actuelle de définition consensuelle et substantielle d'un pôle d'activité. Des tentatives de définitions ont été faites, dans lesquelles la notion de patient est absente, ce qui soustrait un acteur important dans la raison d'être de ce type de gestion et de fonctionnement.

Deux auteurs tentent cette définition : « sous-ensemble d'un établissement de santé mettant à disposition, directement ou indirectement, diverses compétences et ressources congruentes et spécifiques au service du meilleur soin du patient :

Soit autour de la prise en charge d'une ou plusieurs pathologies

Soit au travers d'un mode de prise en charge particulier

²⁷ CAILLET R., CRIE D., Organisation par pôles de l'hôpital public – Réflexions pour l'hôpital 2007, Gestions Hospitalières, Octobre 2004

Soit selon tout autre mode idoine d'organisation justifié par la reconnaissance de critères d'excellence ou de référence »²⁸

Le terme « *indirectement* » signifie que certains pôles peuvent être prestataires internes d'autres pôles, dans une logique de structuration matricielle.

L'émergence des pôles vise à créer des ensembles qui disposent d'une taille critique suffisante pour que les notions d'économie d'échelle et de management trouvent un sens.²⁹

Les équipes paramédicales sont affectées au niveau de pôle et non plus au niveau d'un service. Ce changement induit une approche plus vaste du domaine d'exercice, source de difficultés éventuelles en terme de mobilité et de compétences. Si l'organisation des pôles est à visée gestionnaire, elle est également clinique. Cela sous-entend la potentialité d'évolution des pôles en proposant un espace de prise en soins adaptable aux mutations des besoins réels des patients.³⁰

Le pôle possède trois niveaux principaux de régulation :

Un **bureau de pôle**, composé d'un responsable médical de pôle, d'un cadre supérieur de santé et d'un cadre administratif. Cette instance a la responsabilité de la politique général du pôle, la gestion des moyens délégués et la mise en œuvre du projet médical

Un **conseil de pôle**, composé de professionnels du pôle, il assure les fonctions de l'« ancien » conseil de service

Un **comité médical de pôle**, regroupant le chef médical du pôle et les autres médecins. Ce comité garantit la coordination des services au sein du pôle, organise l'activité médicale et évalue l'activité médicale.

A n'en pas douter, la création des pôles d'activité entraîne une nouvelle philosophie de gestion du soin dans les établissements de santé, doublé d'un nouveau système de tarification à l'activité que nous évoquons maintenant.

²⁸ CAILLET R., CRIE D, op.cit. page 17

²⁹ DE POURVILLE G., TEDESCO., *La contractualisation interne dans les établissements hospitaliers*, Revue française de gestion, Septembre – Octobre 2003, volume 29 n°146, p.212

³⁰ DESPLAT CASTANIE F., Mémoire d'élèves directeurs des soins, ENSP, 2004

3.3.3 *La T2A... la VAP ?*

La tarification à l'activité (dite *T2A*) pour les activités de court séjour (MCO) des établissements publics et privés, est une réforme qui entre en application dès 2004 pour la totalité de l'activité des établissements de santé privés (mise en œuvre reportée début 2005) et pour un pourcentage d'activité pour les établissements publics selon un calendrier progressif courant jusque 2012. Les établissements facturent à l'assurance maladie les tarifs fixés nationalement pour les différents types de séjours hospitaliers. Une enveloppe forfaitaire devrait être fixée pour financer les missions spécifiques des établissements assurant le service public hospitalier.

La *T2A* marque le passage d'une logique budgétaire à un logique financière, avec une gestion des recettes avant celle des dépenses, le but étant de « médicaliser » le financement des établissements, d'en responsabiliser les acteurs, de développer les outils de pilotage qualitatifs et médico-économiques et de parvenir à un équité de traitement entre les établissements.

Cependant, en secteur psychiatrique, on ne parle pas de *T2A*, mais de *V.A.P.* (Valorisation de l'Activité Psychiatrique). La *V.A.P.* est une déclinaison pour la psychiatrie de la *T2A*. L'objectif identique est d'avoir une vision plus précise du coût de la prise en charge des pathologies et de faire converger le financement avec l'activité réelle réalisée. La *V.A.P.* doit tenir compte des difficultés inhérentes à la nature même du soin psychiatrique.³¹ Ces difficultés sont liées à la complexité de déterminer un coût par pathologie en psychiatrie. La quantification de la souffrance psychique est un sujet sensible et tout système de type *V.A.P.* suppose, à un moment donné qu'on utilise des critères quantifiés d'évaluation des pathologies. L'enjeu de ce changement est important car dans le contexte concurrentiel actuel, la psychiatrie ne peut pas se permettre d'être à la « traîne » dans ces mutations institutionnelles.

Cette transformation importante du mode de gestion et de financement des établissements de santé nous interrogent sur la philosophie du changement et les stratégies que vont devoir mettre en œuvre les différents acteurs concernés,

³¹ BRUGEROL P, Valorisation de l'activité en psychiatrie, un enjeu important, Le Quotidien du Médecin, 24 Novembre 2005.

particulièrement les professionnels proches du patients, dont font partie les rééducateurs que sont les ergothérapeutes.

3.4 De la notion de changement

3.4.1 Les spécificités de l'hôpital dans le changement

L'hôpital est un lieu singulier, ne ressemblant à aucun autre. Il occupe une place particulière dans l'imaginaire social, ce qui ne favorise pas une perspective implicitement rationnelle de la gestion de ses difficultés. La représentation de l'hôpital dans l'esprit de ses utilisateurs est associée à des événements de vie joyeux (naissance, guérison), mais aussi de souffrance (mort, « folie » associée à l' « asile » en psychiatrie).

Aussi, dans la notion de changement, il convient d'être attentif à la perception quotidienne de l'institution hospitalière par des usagers (patients) et leurs difficultés en matière de santé et de leur relation aux acteurs de cette institution que sont les soignants, y compris les rééducateurs. Cet élément transcende l'aspect purement gestionnaire de ce changement et incite à tenir compte de l'origine et de la nature des prestations hospitalières et des relations singulières que sont les relations de soin.

Deux auteurs proposent de tenir compte de la place particulière de l'hôpital dans la cité, de l'implication des professionnels dans la vie et le devenir de l'institution, de la place de l'expérience de chaque hôpital en matière d'innovation, de l'importance des moyens à engager par rapport aux résultats espérés, de l'utilisation des acteurs situés au centre de l'organisation, et enfin de la diversité du monde hospitalier qui demande une souplesse d'adaptation dans la conduite du changement.³² Autrement dit, les acteurs du monde hospitalier doivent se sentir pleinement impliqués dans les changements induits par la gestion en pôles d'activité, une autonomie leur étant laissée et leur créativité étant vivement sollicitée dans ce passage d'une gestion « holistique » de l'hôpital, vers une autonomie majorée de leurs actes de soin. L'autonomie, n'est-ce pas d'ailleurs singulièrement la mission originelle des ergothérapeutes ? Dès lors, comment peuvent-ils être des acteurs de ce changement majeur de l'organisation hospitalière future ?

³² ARBUZ G., DEBROSSE D. ? *Réussir le changement de l'hôpital*, InterEditions Masson, Paris, 1996

3.4.2 *La question des acteurs du changement*

Dans leur ouvrage majeur *L'acteur et le système*, Michel Crozier et Ehrard Friedberg, tendent à montrer que l'on ne naît pas « naturellement » acteur dans un système, quel qu'il soit. On **devient** acteur dans ce système, par le fait d'y évoluer et de contribuer à l'émergence et à la régulation de ce système.

La gestion en pôles d'activité de l'hôpital induit une autonomie accrue des professionnels de soins généraux, mais aussi de rééducation/réadaptation. Cependant les acteurs doivent savoir « *qu'au niveau d'une organisation, les limites inhérentes à toute relation de pouvoir trouvent leur correspondant dans les limites et contraintes qu'impose la nécessité de survie de celle-ci. C'est pourquoi les règles du jeu organisationnelle deviennent contraignantes pour tous les participants : elles s'appuient sur une source d'incertitude qui s'impose à tous, à savoir la possibilité de survie de l'organisation...* ». ³³

Les principes hiérarchiques propres au monde hospitalier sont considérablement imprégnés dans les pensées, et l'esprit corporatiste, aboutissant aux conflits identitaires, inhibe les velléités et les aptitudes des professionnels de soins à conduire le changement de l'hôpital. Ces propensions corporatistes nourrissent les résistances au changement des acteurs concernés du système.

Ces acteurs sont placés dans une dynamique nouvelle, les incitant à définir le périmètre de leur nouvelles fonctions en développant une « intelligence stratégique », dans laquelle la collaboration avec ses modes et ses supports alliant la notion de projet en vue d'une mise en cohérence des actions, peut être considérée comme le ciment de nouvelle dynamique. ³⁴

Les rééducateurs, dans le cadre de la gestion par pôles d'activité, vont devoir concilier le partage d'activité et de compétences, synonymes d'efficience dans le soin, avec la nécessaire stratégie d'action permettant la différenciation identitaire de leurs actions respectives, avec le maintien de leur évolution professionnelle et leur participation à la recherche nécessaire à l'accréditation de leurs pratiques.

La compétence et l'activité semblent être des notions étroitement liées.

³³ CROZIER M., FRIEDBERG., *L'acteur et le système*, Ed. du Seuil, Paris, 1992

³⁴ DESPLAT CASTANIE F., op.cit. p. 18

3.4.3 *A propos de la compétence et de l'activité*

Il est complexe d'aborder l'idée de compétence, tant ce terme polysémique a fait l'objet de définitions, toutes complémentaires. Pour Bellenger et Pigallet, « *une compétence représente la mise en œuvre de savoirs et de savoir-faire pour la réalisation d'une tâche. La compétence dépend en premier lieu des aptitudes et capacités mais elle résulte surtout de l'expérience professionnelle ; elle s'observe objectivement à partir du poste de travail. Elle est de fait validée par la performance professionnelle* ». ³⁵

Dans la compétence il y a l'idée de reconnaissance sociale. Elle se montre dans l'action et elle est l'attribut du sujet. Dans l'activité, l'action, l'individu dispose de savoirs théoriques, de savoir-faire opérationnel, de savoir-faire expérimentiels, relationnels et cognitifs. ³⁶ Cette notion de compétence est avant tout individuel, mais peut être envisagée de manière collective, grâce à la mise en phase et la coordination de ces savoir-faires, sous la forme choisie par les acteurs professionnels de soin. Ce choix doit aboutir à la performance collective.

³⁵ BELLENGER L., PIGALLET P., Dictionnaire de la formation et du développement personnel, ESF, Paris, 1996

³⁶ LE BOTERF G., *Ingénierie et évaluation des compétences*, Ed. d'organisation, Paris, 2002

4 SYNTHÈSE ET HYPOTHESES

Nous avons vu dans ce cadre conceptuel qu'après sa naissance en secteur psychiatrique, la profession ergothérapie a connu des difficultés identitaires dans le milieu sanitaire et qu'elle a cherché à s'adapter aux mouvances et évolutions organisationnelles du système dans lequel elle évolue.

Nous avons également évoqué les impératifs du projet *Hôpital 2007* et les éventualités d'articulation de l'activité des différentes professions de rééducation afin de répondre aux exigences de cette nouvelle disposition, notamment la mise en commun des moyens et compétences de ces professionnels.

Compte tenu des éléments abordés dans ce cadre conceptuel et théorique, deux hypothèses de recherche peuvent être formulées :

La mise en place d'un plateau technique de réadaptation psychiatrique permet aux ergothérapeutes de partager leurs activités et leurs compétences avec les autres professionnels et de majorer leur participation aux projets institutionnels.

Le plateau technique de réadaptation au sein d'un pôle d'activités médico-technique, permet aux ergothérapeutes d'être prestataires pour l'ensemble des pôles d'un établissement et de répondre ainsi aux objectifs de la nouvelle gouvernance.

Pour confirmer ou infirmer ces hypothèses, un choix méthodologique s'impose, ce que nous allons détailler maintenant.

5 5. MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE

5.1 Choix de l'enquête

L'entretien individuel nous a semblé être l'outil approprié pour la vérification de nos hypothèses. En effet, s'agissant de recueillir de l'information concernant un objet fixé, mais demandant du discours spontané et du partage d'expériences, ce procédé d'investigation qu'est l'entretien permet d'obtenir de l'information qualitative à analyser selon une méthode décrite plus loin.

Parmi les différents types d'entretien possible, c'est l'entretien semi-directif qui a été retenu. Il suppose d'annoncer à la personne interrogée le thème de l'entretien et de faire en sorte que celui-ci se déroule le plus « naturellement », tout en abordant l'ensemble des sujets fixés au départ. Cette technique est pertinente si l'on peut identifier des acteurs significatifs qui sont les mieux placés pour donner des informations judicieuses sur le thème étudié. Il sera alors inutile de multiplier le nombre de répondants, le niveau de saturation des données étant atteint rapidement, si les interlocuteurs ont été choisis de manière avisée. Habituellement, le nombre d'entretiens à obtenir pour une étude se situe entre 10 et 20.

5.2 Le guide d'entretien

La construction du guide d'entretien s'est appuyée sur la problématique présentée et les différents éléments du cadre conceptuel.

Ce guide abordait ainsi les thèmes suivants :

L'organisation de la rééducation/réadaptation dans l'établissement

Le changement d'organisation avec la mise en place des pôles

La réponse des rééducateurs aux objectifs des pôles

Le partage des compétences et activités des ergothérapeutes avec les autres professionnels et leur participation aux travaux de recherche.

Les possibilités d'amélioration de la participation des ergothérapeutes aux projets institutionnels

La nécessité d'un cadre de santé d'origine ergothérapeute dans le ou les pôles.

Ce guide a été validé par le directeur de mémoire et testé auprès d'un cadre de santé en ergothérapie qui n'entre pas dans le cadre du travail final. L'information obtenue semblait cohérente et suffisamment riche. Le guide n'a donc pas été modifié.

5.3 Le choix des établissements et professionnels consultés

Dans le cadre du projet *HOPITAL 2007*, plusieurs sites hospitaliers ont été choisis pour expérimenter la mise en place des pôles d'activité.

Il nous fallait donc entrer en contact avec ce type d'établissement et réunir les conditions suivantes :

L'établissement doit avoir suffisamment de recul sur la mise en place des pôles afin de pouvoir partager une expérience et une ébauche de « critique » de cette organisation

L'établissement doit employer des ergothérapeutes et d'autres professionnels de rééducation/réadaptation

L'établissement doit posséder un service de psychiatrie dans lequel les ergothérapeutes ont un rôle défini et une activité formalisée.

Après prospection et prise d'information, 3 établissements ont été retenus. Il s'agit de gros établissements de type universitaire. Certains établissements hospitaliers spécialisés ont commencé une réflexion sur les pôles mais n'avait pas l'expérience nécessaire pour répondre aux objectifs de mon étude.

La population consultée s'est composée de cadres de santé de rééducation, cadres supérieurs de rééducation et médecins prescripteurs d'ergothérapie, ce qui nous a d'ailleurs demandé d'adapter la méthodologie d'enquête prévue.

5.4 Adaptation méthodologique

Lors du contact avec les médecins, ils ont exprimé le désir de répondre par écrit en gérant leur temps comme ils le souhaitaient, n'ayant pas de disponibilité actuellement pour des entretiens.

Nous leur avons donc fait parvenir un questionnaire écrit composé de questions

ouvertes, reprenant les thèmes du guide d'entretien. A propos des questions ouvertes écrites, un ouvrage déclare :

« Les questions ouvertes présentent bien des avantages : tout d'abord le fait de privilégier les catégories dans lesquelles les individus perçoivent le monde social, plutôt que de les imposer par les modalités des réponses « fermées ». (...) »

L'inconvénient des questionnaires ouverts : les informations recueillies peuvent être trop dispersées, ou inutilisables en référence aux préoccupations de la recherche »³⁷

Quatre médecins sur les huit contactés initialement ont répondu à ce questionnaire et les réponses étaient exploitables.

Quatre cadres de santé et quatre cadres supérieurs de santé tous d'origine rééducateurs ont été interrogés sous forme d'entretiens téléphoniques, étant donné l'éloignement géographique important des établissements retenus.

Un total de 12 professionnels s'est donc exprimé sur l'organisation en pôles d'activité et l'intégration de l'ergothérapie dans ces derniers. Une analyse de contenu des informations recueillies a permis la classification en six grands thèmes des mots et phrases-clés du discours.

5.5 Biais et limites de l'enquête

5.5.1 Les biais

Ayant contacté les professionnels concernés pour fixer un rendez-vous, une explication orale succincte a été donnée sur le but de l'étude et le thème du mémoire. Entre la prise de contact et l'entretien en lui-même, les participants ont pu réfléchir à ce qu'ils allaient exprimer lors de l'entretien à venir, ce qui biaise nécessairement la spontanéité du discours.

Les professionnels étaient pour la plupart rééducateurs de formation initiale. De ce fait, le souci du répondant de plaire à l'enquêteur, d'avoir un rôle de « bon élève », peut intervenir dans le discours.

³⁷ DE SINGLY F., L'enquête et ses méthodes – Le questionnaire, Ed. Armand Colin, 2005

Enfin, l'enquêteur lui-même peut influencer sur l'opinion. Chaque question posée, y compris celle qui se voudrait la plus technique et la plus neutre possible, définit un jeu d'influence.

5.5.2 Les limites

Un nombre supérieur de professionnels aurait été évidemment plus représentatif dans cette étude. La difficulté à trouver des établissements correspondant aux critères définis pour l'étude, la disponibilité des professionnels et leur volonté réelle de participer à un entretien ont été des obstacles majeurs au bon déroulement de l'enquête.

Les habitus, l'histoire et la culture propre des établissements et professionnels interrogés constituent également des limites à l'enquête.

6 RÉSULTATS ET ANALYSE DE L'ENQUETE

6.1 L'organisation polaire de la rééducation/réadaptation

Dans les trois établissements enquêtés, tous les rééducateurs font partie d'un seul et même pôle, qui fournit des prestations de rééducation/réadaptation à tous les autres pôles de l'établissement.

La dénomination du pôle dont font partie les rééducateurs varie : « Pôle Santé Société », « Pôles Prestataires Spécialisés » ou encore « Pôle Ostéo-articulaire ».

Pour ces trois établissements, les rééducateurs sont « prêtés » et effectuent des prestations dans les autres pôles. Les intervenants en psychiatrie sont également rattachés à ce pôle central de rééducateurs.

Ces personnels sont encadrés par des cadres de santé de profession d'origine ergothérapeute, kinésithérapeute, diététicien. Les cadres supérieurs sont d'origine ergothérapeute, kinésithérapeute. Enfin, les directeurs de soin et activités de rééducation sont d'origine infirmière et kinésithérapeute.

Il existe un ou plusieurs plateaux techniques de rééducation/réadaptation suivant les établissements, avec pour deux d'entre eux, un plateau spécifique à la psychiatrie.

6.2 L'incidence de l'organisation polaire sur la rééducation

Cette partie de l'enquête avait pour but de connaître les changements induits par cette nouvelle organisation et de savoir si elle bousculait l'organisation jusqu'alors établie.

Sur l'ensemble des professionnels interrogés, seul un médecin a exprimé le fait qu'il ne percevait pas de changement avec les pôles d'activité : « *Nous étions déjà en coordination avec la création des pôles* ».

Un cadre supérieur évoque le fait qu'il y avait déjà auparavant une organisation de type « prestataire » dans son établissement, mais les « *les pôles l'ont formalisée* ».

6.2.1 *Le recentrage des rééducateurs dispersés*

A plusieurs reprises, le terme d'« électron libre » a été utilisé pour évoquer les

rééducateurs. « Désormais, il n'y a plus d'électron libre » (C.S.)³⁸. « Certains rééducateurs étaient des électrons libres. Il ont été fédérés et participent davantage à la vie du groupe » (Méd.)³⁹

Cette notion de recentrage et de fédération des rééducateurs a été récurrente dans le discours. « Les rééducateurs sont recentrés dans le même pôle » (C.S.), « Le regroupement s'est effectué au sein d'un même pôle, ce qui signifie une recentralisation au sein d'un plateau technique » (Méd.). Ce discours correspond d'ailleurs à la logique même de l'organisation des pôles, à savoir l'obtention d'un sous-ensemble mettant à disposition diverses ressources congruentes et spécifiques au service du meilleur soin possible.

Le regroupement des rééducateurs a aussi permis de travailler sur l'image et l'identité de la rééducation/réadaptation au sein des établissements. « *Maintenant, nous sommes une entité à part entière* » (C.S.) « *L'organisation polaire a changé la représentation, l'image et le poids de la rééducation et de la réadaptation dans l'établissement* » (C.S.). « *Maintenant la rééducation a son identité propre* » (Méd.). L'organisation polaire semble donc répondre en partie à la recherche identitaire des professions de rééducation/réadaptation.

De plus, certains services qui avaient peu de prestations de rééducateurs ont majoré leurs demandes de soins : « Des services qui avaient peu de prestations de rééducation en ont maintenant davantage. Les médecins en prescrivent davantage. Les rééducateurs sont plus visibles car ils ont une action trans/pôles » (C.Sup)⁴⁰

De ce fait, les rééducateurs se sont probablement établis dans des secteurs où ils avaient peu de place et d'activité jusqu'à présent.

6.2.2 *La transversalité des actes de rééducation/réadaptation*

Les professionnels ont évoqué spontanément la transversalité comme changement dans l'établissement par l'organisation polaire. « *Plus de transversalité dans les prestations* » (C.S.). « *Les soins sont plus transversaux* » (C.S.).

Cette transversalité induit toutefois certaines difficultés. « La transversalité suppose beaucoup de déplacements dans l'établissement, ce qui pose un problème de temps

³⁸ Lire partout : *Cadre de Santé*

³⁹ Lire partout : *Médecin*

⁴⁰ Lire partout : *Cadre supérieur de Santé*

de prise en charge » (C.Sup.). « Il y a moins de visibilité pour les cadres de santé sur le personnel qu'ils encadrent »(C.Sup.). Ces gênes sont certainement provoquées par la mutualisation des moyens dans le cadre de la nouvelle gouvernance. En effet, cette mutualisation est soumise à l'architecture de l'établissement. Comme l'évoque un cadre de santé consultante, « pour le directeur d'établissement, cette réforme serait même une « contrainte inutile » si l'architecture ne suit pas le découpage des pôles »⁴¹ Ainsi, l'architecture et la distance séparant les rééducateurs de leurs lieux d'intervention influent apparemment sur l'efficacité de l'ensemble des rééducateurs dans un établissement.

6.3 Réponse des rééducateurs aux objectifs des pôles d'activité

Il s'agissait de savoir si les rééducateurs, dans l'organisation polaire choisie par l'établissement, répondent à l'objectif d'optimisation des moyens et d'offre de soins la plus adaptée possible au patient. Cette notion est à l'origine même du projet de pôles d'activités. Les rééducateurs s'y inscrivent-ils ?

6.3.1 Difficultés d'évaluation organisationnelle

Sur les 12 professionnels interrogés, 7 ont déclaré ne pas disposer du recul ou des outils nécessaires pour répondre objectivement à cette partie de l'enquête. La mise en place de l'organisation polaire semble encore trop proche pour affirmer la réponse idoine des rééducateurs aux objectifs des pôles. « *Pas assez de recul pour l'affirmer, car pas de chiffres mesurés* » (C.S.). « *Il faudra davantage de recul pour y répondre* »(C.Sup.) « *On manque de recul sur le plan budgétaire pour affirmer que cette organisation est la bonne* » (Méd.)

Un Cadre Supérieur aborde le problème de la traçabilité : « *On manque d'écriture sur ce qu'on fait et donc de transparence* ». Cette idée confirme le fait que les ergothérapeutes doivent majorer leur travail d'écriture et de formalisation de leurs actes de rééducation/réadaptation s'ils veulent s'intégrer et apparaître dans cette nouvelle gouvernance des établissements.

⁴¹ LANTIER F., Enquête sur la Nouvelle Gouvernance – Des professionnels engagés dans sa mise en œuvre, Objectifs Soins, Mars 2006, n° 144

Un autre professionnel lance cette remarque pertinente : « Encore faut-il vraiment connaître les objectifs du pôle auquel on appartient. Pour l'instant les cadres rééducateurs ne sont pas invités au conseil de pôle. On ne peut donc qu'acquiescer les décisions prise en notre absence ». Dans chaque pôle, un conseil de pôle est prévu, selon des modalités de fonctionnement fixées par le conseil d'administration. Son objet concerne l'expression des personnels, les échanges d'information, la participation à l'élaboration des projets de pôle et de son rapport d'activité et toutes suggestions sur le fonctionnement du pôle⁴². Ainsi, d'après ces critères, il apparaît important que des rééducateurs et cadres rééducateurs fassent partie de ce conseil de pôle afin d'y apporter des éléments d'informations sur l'état et le fonctionnement de la rééducation/réadaptation au sein du pôle et de chercher ainsi à répondre aux objectifs définis du pôle.

6.3.2 *L'utilisation des moyens et ressources*

Une majorité de professionnels affirment l'optimisation des moyens humains et des ressources de l'établissement en matière de rééducation/réadaptation, et ce sur plusieurs plans.

Tout d'abord, la notion la plus récurrente dans cette partie de l'enquête est la nouvelle « *polyvalence* » des rééducateurs. Ainsi certains d'entre eux qui intervenaient exclusivement auprès d'un type de population définie (ex : enfants) agissent désormais sur d'autres patients (ex : personnes âgées). « *Les rééducateurs interviennent dans des services où ils n'allaient pas ou très peu avant* » (C.Sup.). « *Les rééducateurs sont plus polyvalents* » (Méd.). « *Les rééducateurs sont disponibles rapidement et on tend moins vers l'hyperspécialisation* » (Méd.)

Un système de remplacements et permutations a été mise en place dans un des établissements, afin d'avoir rapidement une prestation de rééducation après prescription. Toutefois, « *ce nouveau fonctionnement nécessite une vraie culture du changement, pas toujours facile à vivre dans les services* » (Méd.).

Ces changements dans la prestation de rééducation/réadaptation corroborent le discours d'Arbuz et Debrosse :

⁴² ESPER C., *La Nouvelle gouvernance des hôpitaux publics*, Gestions Hospitalières, Octobre 2004, p.603

« Les changements à mettre en œuvre visent à créer une rupture par rapport aux pratiques antérieures, avec pour objectif de fonder l'évolution de l'institution hospitalière sur une meilleure prise en compte des attentes des usagers, des personnels de l'établissement et de l'Etat. Il est en effet nécessaire de faire évoluer les esprits dans le sens d'une plus grande attention à ces réalités, de s'assurer que les nouvelles priorités en tiennent compte, qu'elles se traduisent dans un changement des pratiques. »⁴³

Enfin, il se pourrait qu'à l'avenir, cette organisation polaire permettent aux rééducateurs d'intégrer de nouvelles fonctions, par exemple dans la formation continue : « *Des ergothérapeutes interviennent aussi maintenant auprès du personnel dans le domaine de la manutention des malades* ». (C.S.)

6.4 Le partage des compétences et des activités

6.4.1 Partage ou complémentarité ?

Il ressort du discours des professionnels que la notion de partage soulève quelques craintes et il est difficile d'établir si c'est en raison de l'acception de ce terme ou de la subjectivité de chacun. La majorité d'entre eux ont recentré cette notion de partage vers celle de complémentarité.

« Plus de complémentarité, c'est certain, facilitée par l'organisation en plateau technique » (C.S.). « Plutôt une complémentarité d'action. Même au sein des pôles chacun doit garder ses activités propres, mais savoir les articuler aux activités des autres » (C.S.). « Ne pas parler de partage, mais de complémentarité » (C.Sup.) Pas les activités ! On parle beaucoup d'interdisciplinarité, mais chacun doit garder ses activités propres » (Méd.). Ce discours insiste donc sur la différenciation des activités de chacun, tout en sachant les articuler pour tendre vers une cohérence d'action et de qualité dans le soin délivré.

On peut toutefois préciser que des zones de chevauchement existent et que certains professionnels les acceptent. « Par exemple, en Gériatrie, certaines prises en charge sont effectuées aussi bien par le kiné que l'ergo sans que cela gêne les professionnels concernés » (C.S.).

⁴³ ARBUZ G., DEBROSSE D, op.cit, p.21

Il semble que les professionnels cherchent à garder leur spécificité, même si, comme le rappelle un cadre supérieur « *la spécificité de chacun ne frappe pas du premier regard, car certains actes sont très proches* ». Nous revenons ici à la formalisation des actes en ergothérapie. Un médecin rappelle d'ailleurs que certains actes ergothérapeutiques sont enregistrés en actes de kinésithérapie, par absence de nomenclature ergo dans la T2A, ce qui ne facilite pas la reconnaissance des rôles de chacun.

Un cadre de santé indique qu'au-delà de l'organisation polaire, cette complémentarité dépend beaucoup des *personnes* et du caractère du service : « *Certaines personnes, même avec l'organisation polaire sont encore au conflit professionnel, à cause des vieilles histoires kiné/ergo ou IDE/Ergo* » (C.S.).

Les professionnels ont également fait ressortir l'intérêt de la proximité des rééducateurs entre eux au sein du même pôle.

6.4.2 *La proximité pluriprofessionnelle dans le pôle*

Certains éléments exprimés par les professionnels sont en faveur de cette proximité et de son intérêt pour l'ensemble des rééducateurs et des autres professions. Dans un des pôles retenus pour l'étude, un cadre explique que les rôles sont définis et que les ergothérapeutes travaillent avec d'autres professionnels de soins, notamment avec des « *aides-soignantes et des infirmières, en ce qui concerne l'autonomie, pour que les A-S et les IDE aient « l'esprit rééducation », car c'est un langage particulier* » (C.S.). Un cadre supérieur encourageant l'arrêt de l'égoïsme professionnel, exprime le fait que dans le pôle « *les professionnels évoluent ensemble, davantage sur les mêmes lieux et sont amenés à davantage communiquer* ». C'est peut-être cette proximité et présence sur les mêmes plateaux techniques qui enrichira les relations professionnelles et confrontera chacun au rôle de l'autre, construisant ainsi les rôles identitaires que recherchent les rééducateurs.

6.5 **La participation des ergothérapeutes aux travaux de recherche**

Ce point était abordé dans l'enquête, car la recherche est aujourd'hui un moyen de poursuivre sa quête identitaire et de créer ses propres concepts. Or jusqu'à présent, l'ergothérapie « *repose sur des cadres conceptuels hétérogènes, ainsi*

que sur une démarche empirique »⁴⁴. Qu'en est-il de la participation des ergothérapeutes aux travaux de recherche dans les pôles d'activités ?

Seul deux cadres de santé ont évoqué positivement la recherche. L'un d'entre eux explique qu'il existe deux pôles de recherche dans l'établissement, pôles pour lesquels des ergothérapeutes sont prestataires. « *Il y a un temps partiel qui est alloué à la recherche et ainsi les ergos concernés peuvent participer et sont sollicités* ». Ce temps attribué doit ainsi faire partie d'un projet institutionnel et demander un investissement réel des ergothérapeutes.

Un autre cadre parle d'une « étude initiée par un psychiatre universitaire, pas par les ergos ». Le psychiatre a fait appel aux ergos car un « travail de valorisation de l'ergothérapie a été fait en amont auprès de ce psychiatre. C'est lui qui possède le protocole, la méthode et qui dirige l'étude ».

Pour la majorité des autres professionnels interrogés, se pose le problème de la formation initiale et continue des ergothérapeutes. « *Indépendamment de l'organisation en pôle, je crains que les ergos ne soient pas encore bien préparés à cela* » (C.S.). « *Peu d'ergothérapeutes sont investis pour l'instant dans la formation universitaire leur permettant d'investir la recherche. C'est indépendant du pôle* » (C.Sup).

Un médecin conseille même de ne pas « se lancer seuls ou indépendamment dans la recherche, pour des raisons de « poids scientifique » et de reconnaissance réelle de l'identité de chercheur ». Si les responsables de protocole de recherche connaissaient mieux les missions et compétences des ergothérapeutes, ces derniers seraient peut-être davantage sollicités. « Ils sont peu consultés pour la recherche, même avec le passage en pôle. C'est plutôt dû à la méconnaissance de leurs compétences réelles, pas à l'organisation polaire » (Méd.). « Il faudrait pouvoir cibler leur type de prise en charge et voir comment l'inclure à un protocole de recherche. Ils doivent être volontaire pour cela ».

⁴⁴ GUIHARD J-P, *L'évaluation en ergothérapie ?*, Expériences en Ergothérapie – Treizième série, Sauramps Medical, 2000

Un travail de communication et d'information doit donc être envisagé auprès des médecins responsables de recherche afin de majorer la participation des ergothérapeutes à ces travaux.

6.6 L'amélioration de l'intégration et de la participation des ergothérapeutes aux projets institutionnels

Jusqu'à présent, la participation et la représentation institutionnelle des ergothérapeutes semblaient limitées. C'est la raison pour laquelle l'enquête abordait l'amélioration de leur intégration qui, au regard du discours, sera envisagée sous trois angles.

6.6.1 La visibilité dans les instances et groupes de travail

Le premier axe d'amélioration a trait à l'évolution des instances institutionnelles. Un plus grand nombre de professionnels sont invités dans ces instances. Quel doit être la position des ergothérapeutes par rapport à celles-ci ? « *Au sein des différents pôles et de manière transversale, participer au maximum aux groupes de travail V2, certification, etc...* » (C.S.). « *Etre présent dans les instances* » (C.S.). « *L'administration doit savoir pourquoi elle emploie des ergos. Une représentativité plus accrue dans les instances de l'établissement serait forcément un plus. Les ergos ont-ils le désir de s'y investir ?* » (C.Sup.). Ces éléments cadrent bien avec la réalité de la politique de santé. En effet, la loi du 04 Mars 2002 oblige chaque profession à s'intégrer dans des missions transversales. Dans ce contexte, les ergothérapeutes ne doivent pas se marginaliser, mais chercher à s'intégrer au projet de leur établissement et montrer leur volonté de participer à l'évolution de celui-ci. Par exemple, le décret n° 2005-1656 du 26 décembre 2005 présente la composition de la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Les ergothérapeutes en sont membres et on devrait à l'avenir les voir s'y investir.

Sur le plan managérial, cette transversalité s'inscrit dans la polyvalence que requièrent les pôles car cette nouvelle structuration de doit pas conduire à une résurgence de logique de territoire fermé, dont les établissements hospitaliers furent le théâtre ces dernières années.

6.6.2 L'évaluation des pratiques

L'évaluation des pratiques professionnelles fait partie de la démarche de certification que préparent les établissements de santé.

Pour les professionnels consultés cette démarche doit contribuer également à l'intégration de l'ergothérapie dans les projets institutionnels. « *Se positionner sur l'évaluation des pratiques avec une méthodologie particulière* ». « *Avoir la culture du changement, ne pas se cloisonner, se scléroser dans des pratiques obsolètes. On est à l'ère des neurosciences, des choses mesurables, même en psychiatrie* » (C.S.). « *S'investir dans l'évaluation des pratiques professionnelles* » (C.Sup).

Si les ergothérapeutes, comme le recommande l'H.A.S., évaluent la pertinence de leurs pratiques, c'est-à-dire l'adéquation de leur action aux besoins réels des patients, ils seront « armés » pour défendre et « *revendiquer leurs travaux et projets, non seulement auprès des médecins, mais aussi de la direction des soins et de la direction administrative* » (C.Sup). « *Ils doivent se rapprocher des médecins chefs de pôle qui vont devenir de vrais gestionnaires et c'est eux qu'il va falloir convaincre, chercher leur appui, mais aussi être crédible auprès d'eux* ». De cette manière, la participation des ergothérapeutes aux projets institutionnels sera « *presque naturelle et habituelle* » (C.Sup).

6.6.3 La participation institutionnelle et les points de référence

Nous entendons souvent dans le milieu hospitalier que les rééducateurs dans leur ensemble sont très centrés sur leur pratique et ont une culture de l'excellence, se détachant ainsi des autres soins.

Ce discours est également apparu dans notre enquête. « Reléguer le corporatisme au second plan. On n'a jamais autant parlé de prise en charge globale du patient en rééducation. Il faut la même vision globale de la vie institutionnelle et des projets d'établissement » (C.Sup). « Il leur faut un « instinct institutionnel » plus développé. On est à l'ère du benchmarking dans notre société, même dans le domaine du soin. Les rééducateurs peuvent-ils montrer que grâce à leurs soins, l'établissement est meilleur que les autres...c'est cela qui intéresse la direction » (Méd.). Cette notion de benchmarking soulevée par ce médecin est intéressante. Le benchmarking est

emprunté au monde de l'industrie. Il s'agit pour R.C. Camp de la « recherche des meilleures pratiques qui amènent à un niveau de performance supérieur ».⁴⁵ On pourrait aussi traduire ce terme par « méthodologie pour la comparaison et l'analyse des performances ».⁴⁶ L'idée du benchmarking est donc de s'inspirer des fonctionnements qui ont fait leurs preuves chez les meilleurs et les appliquer. Les établissements hospitaliers ont entrepris cette démarche en apprenant de l'expérience des autres et en convertissant cette expérience dans des standards réalisables.

Les ergothérapeutes peuvent-ils, dans cette démarche, montrer que leurs actes participent à l'excellence que recherche l'établissement en comparaison à d'autres ? Pour cela, il faut envisager une « *action globale, cohérente, organisée, préparée, et donc avoir plus de poids collectif* ». (C.S.)

6.7 De la nécessité d'un cadre de santé ergothérapeute

Depuis 1995, la formation des cadres de santé est identique pour toutes les professions paramédicales. L'arrêté du 18 août 1995 précise que la formation de cadre est commune dans le but de faciliter l'apprentissage d'un langage commun. Quid de l'encadrement de l'ergothérapie dans les établissements hospitaliers ? C'est ce que nous voulions envisager dans cette partie de l'enquête afin de jauger la nécessité d'un cadre d'origine ergothérapeute pour une meilleure intégration de l'ergothérapie dans l'organisation polaire.

Les professionnels interrogés n'ont été formels ni dans une réponse positive, ni dans une réponse négative à cette question.

Pour les uns, « il est indispensable qu'un cadre d'origine ergo puisse appuyer les demandes, les projets...pour faire valoir l'ergothérapie ». (C.S.). « Je suis heureux de pouvoir m'appuyer sur un cadre d'origine ergo, sinon je serais parfois perdu pour les défendre » (C.Sup). « L'ergothérapie est un mode de pensée, une culture propre qui nécessite un encadrement propre ». (Méd.). « Oui, en raison de leur nombre qui représente un faible poids dans l'établissement par rapport à la montagne infirmière » (Méd.).

⁴⁵ CAMP R.C., *Le Benchmarking*, Editions d'Organisation, 1992.

⁴⁶ DUPRAT P., *Qu'est-ce que le benchmarking ?*, Revue Hospitalière de France, N°6, Nov-Déc 2000

Pour d'autres, « Maintenant dans les pôles, on dépasse les filières. Mais il faut au minimum quelqu'un issu de la culture rééducation » (C.S.). « Certains ergothérapeutes prétendent encadrer d'autres professions, et c'est le cas d'ailleurs dans certains établissements, donc le chemin inverse doit être envisageable également » (C.S.) « A partir du moment où les ergos expliquent ce qu'ils font et comment ils le font, leur encadrement peut suivre et promouvoir leurs projets » (C.Sup). « L'encadrement étant principalement administratif, n'importe quel cadre de santé peut le faire » (Méd.).

Les avis sont donc partagés. Il est vrai qu'en se référant à la seule législation, on peut envisager un encadrement issu d'une autre profession, étant donné l'apprentissage de ce langage commun prévu dans la formation de cadre de santé. De plus, la formation de cadre de santé ne place pas le professionnel en situation d'expert de sa filière d'origine, puisque la technicité n'entre pas dans le programme de cette formation.

Cependant, ayant conservé jusqu'à présent les filières de soins, rééducation et médico-techniques, on peut envisager qu'un cadre issu d'un métier de rééducation aura des représentations plus précises de l'ergothérapie et sera mieux armé pour défendre et faire la promotion des projets ergothérapeutiques.

7 CONCLUSION DE L'ANALYSE

Revenons sur nos hypothèses initiales.

Le plateau technique de réadaptation au sein d'un pôle d'activités médico-technique, permet aux ergothérapeutes d'être prestataires pour l'ensemble des pôles d'un établissement et de répondre ainsi aux objectifs de la nouvelle gouvernance. Au regard de l'enquête menée, cette hypothèse est partiellement vérifiée. Les ergothérapeutes sont réunis au sein du même pôle sur un plateau technique dans les trois établissements enquêtés et ils peuvent ainsi être prestataires pour les autres pôles de l'établissement, ce qui contribue à une optimisation des ressources humaines disponibles.

Cependant, l'étude ne nous permet pas de valider la seconde partie de l'hypothèse, car les établissements manquent encore de recul et de chiffres pour savoir si ce type d'organisation répond aux exigences et objectifs de la nouvelle gouvernance. Dans la mise en place du projet *Hôpital 2007*, notre étude se situait vraisemblablement trop tôt pour y répondre.

Concernant la deuxième hypothèse :

La mise en place d'un plateau technique de réadaptation psychiatrique permet aux ergothérapeutes de partager leurs activités et leurs compétences avec les autres professionnels et de majorer leur participation aux projets institutionnels.

Les deux composantes de cette hypothèse ne semblent pas être validées par notre étude. En effet, il est ressorti du discours que même au sein d'un pôle les activités devaient rester bien délimitées et que les compétences sont spécifiques à chaque profession, même s'il n'est pas toujours facile de les appréhender d'un premier regard. De plus, le partage ne serait apparemment pas favorable au processus de recherche identitaire de chaque profession. Il conviendrait de rechercher principalement une complémentarité des actes de chacun.

Concernant, l'intégration et la participation des ergothérapeutes aux projets institutionnels, la seule organisation polaire ne semble pas suffire. Il leur faut travailler sur l'écriture et la communication de ce qu'ils font, s'investir dans la vie institutionnelle de l'établissement et « vendre » leur activité aux médecins prescripteurs.

L'intégration de l'ergothérapie dans la *Nouvelle Gouvernance* du projet *Hôpital 2007* dépasse donc l'organisation de la rééducation/réadaptation dans les pôles d'activités. Il s'agit de travailler, parallèlement à cette structuration, sur la fourniture de rapports précis et chiffrés de l'activité de rééducation/réadaptation, sur la complémentarité des différents professionnels et sur la communication des ergothérapeutes avec l'ensemble de l'établissement où ils exercent leur « art ».

Ces axes de travail seront présentés maintenant dans les propositions d'actions.

8 PROPOSITIONS D' ACTIONS

A la lecture des hypothèses et de la conclusion de l'analyse, nous pouvons proposer quelques actions à mettre en place, qui se doivent d'être initiées par le cadre de santé dans son rôle de réalisation et de communication d'un projet, de gestion de l'information et de la coordination des prestations de soin.

8.1 La visibilité de l'activité des ergothérapeutes

La visibilité de l'activité ergothérapeutique sera favorisée par une communication verticale et horizontale accrue. Le cadre de santé en ergothérapie, dans son rôle d'interface, peut favoriser la majoration des rapports de confiance entre les ergothérapeutes et les professionnels avec lesquels ils interagissent. « *La communication sur le lieu de travail participe à la coordination de tâches effectuées par des personnes différentes. Elle peut aussi assurer la composition d'un collectif* ». ⁴⁷ La communication de l'activité ergothérapeutique aux partenaires médicaux et paramédicaux ainsi qu'à l'administration de l'établissement, peut être envisagée par un rapport formalisé et diffusé, faisant partie intégrante du bilan d'activité de l'institution.

Les projets, l'activité et les actions menées par les ergothérapeutes doivent faire l'objet d'un rapport d'activité dont la visibilité et la transmission est institutionnelle et transversale.

Ce rapport ne constitue pas un simple bilan de l'activité fournie, mais plutôt la juxtaposition de deux composantes : l'une quantitative, l'autre qualitative. Ces deux composantes autorisent une visibilité des prestations fournies par les ergothérapeutes.

Le rapport d'activité permet de fournir des informations chiffrées sur le volume du travail effectué et sur les moyens humains et matériels utilisés pour répondre aux demandes médicales d'une part, et sur l'adéquation des réponses aux différents items du projet du service et par extension du projet du pôle dans lequel les ergothérapeutes fournissent leurs prestations d'autre part.

⁴⁷ JARDIN E, *Quand les organisations communiquent*, Sciences Humaines, Mars-Avril-Mai 2002, Hors-série n°36

En amont de ce rapport le cadre de santé ergothérapeute doit définir des objectifs avec son équipe, le médecin référent et le directeur des soins. Le rapport permet ensuite d'envisager les raisons de l'écart éventuel entre les résultats obtenus et les objectifs fixés et de réajuster l'activité.

Enfin, l'analyse de l'activité effectuée permet de comparer la charge de travail de rééducation/réadaptation d'un service ou d'un pôle à l'autre et de répartir équitablement les effectifs et moyens de prestation ergothérapeutique dans ces différentes structures.

Ce travail montrera la contribution des ergothérapeutes aux soins fournis dans l'établissement et permettra des échanges d'informations constructives entre les différents services de soins et le service d'ergothérapie, dans une logique de transversalité « polaire ».

8.2 Complémentarité des activités et des compétences

Nous avons pu constater à travers ce travail, mais également de par notre expérience que les différents types de professionnels intervenant en rééducation/réadaptation se sont multipliés autour du patient. C'est une véritable richesse pour un établissement de bénéficier des prestations de ces professionnels, mais ce bénéfice induit inévitablement des difficultés de coordination et de clarification des rôles de chacun.

Quelles actions peut-on envisager pour travailler sur cette différenciation des professionnels et sur l'articulation de leurs pratiques ?

Dans les établissements enquêtés, les rééducateurs, tant en santé mentale qu'en rééducation somatique, sont fédérés au sein du même pôle d'activité. Cette organisation semble être adéquate pour créer une identité de groupe « rééducation/réadaptation ». Le regroupement permet de sortir de l'isolement, de la routine, voir de la ritualisation, ces professionnels souvent minoritaires dans l'institution. Le fait d'appartenir au même pôle donne un sentiment d'appartenance à un groupe. « ... *Etre membre d'un groupe n'est pas secondaire, mais au contraire*

constitutif de notre identité ». ⁴⁸ De plus, ce sentiment d'appartenance est le troisième degré selon Maslow dans le besoin d'accomplissement des professionnels de rééducation/réadaptation. ⁴⁹

Le ou les cadres de rééducation, en collaboration avec le directeur des soins, doivent aider ce groupe rééducateur à s'extirper du combat corporatiste et à identifier sa place dans l'action collective des soins dispensés dans l'établissement. Particulièrement les ergothérapeutes devraient s'efforcer à l'avenir de définir clairement leurs activités, ce qui fait leur spécificité et de trouver les points communs et les différences avec les autres professions de rééducation/réadaptation. Après cette identification, ils pourront la formaliser, la présenter et montrer par celle-ci leur contribution aux soins généraux. Les valeurs, les références, les concepts et les normes de leur profession doivent aussi être définis.

Les cadres de santé et la direction des soins peuvent envisager un document officiel contenant un organigramme du personnel de rééducation/réadaptation et une définition des activités de chacun pour une lisibilité par tous les acteurs de soins de l'institution.

Dans la même mouvance, un projet de soins de rééducation/réadaptation intégré au projet de soins généraux, lui-même partie intégrante du projet d'établissement, doit être commun aux différentes professions de rééducation/réadaptation. Ce projet présente précisément les activités rééducatives, leur intérêt pour les patients et leur plus value pour la prise en charge médicale ainsi que pour l'établissement employeur.

Le cadre de santé en ergothérapie doit, parallèlement avec son équipe, engager une réflexion sur les activités ergothérapeutiques et l'exercice professionnel des ergothérapeutes. Ils doivent ensemble clarifier leur représentation du métier, définir précisément leur profil de poste au sein de l'établissement, et comprendre leurs relations aux autres professionnels, ce qui les lie au tissu institutionnel.

⁴⁸ OBERLE D., *Vivre ensemble. Le groupe en psychologie sociale*, Sciences Humaines, Mai 1999, n°94

⁴⁹ Pyramide de Maslow, comportant 5 degrés de besoins :

- Besoins physiologiques (se nourrir, être en bonne santé)
- Besoins de sécurité (stabilité, couvertures, propriétés)
- Besoins sociaux (appartenir à une famille, un groupe)
- Besoins d'estime (être reconnu, avoir un statut social)
- Besoins d'accomplissement (se réaliser, se dépasser)

Le cadre de santé en ergothérapie se voit maintenant engagé à s'affirmer en tant que référent de ces professionnels et ce surtout auprès des médecins et des autres acteurs de l'établissement.

Il semble également primordial d'assurer un tutorat des jeunes professionnels, souvent en quête d'identité et très observateurs de leurs partenaires pour s'en différencier ou parfois au contraire s'en inspirer, sorte de mimétisme professionnel. Ce tutorat peut être envisagé par un parcours professionnalisant et une échelle d'évaluation des compétences nouvellement acquises au regard des besoins des situations de travail rencontrées.⁵⁰

Nous constatons donc que la fédération des professionnels de rééducation au sein d'un même pôle doit être accompagnée d'actions complémentaires initiées par des cadres rééducateurs investis et instillant à leurs équipes une culture du changement.

8.3 A propos de la conduite du changement

Nous concluons ces propositions d'actions sur la notion de changement et particulièrement sur le rôle du cadre dans ce domaine.

Dans l'évolution de l'organisation hospitalière, l'ergothérapie doit trouver sa place, ce qui nécessite une réelle culture du changement pour ces professionnels : changement des habitudes, des pratiques, des modes de communication.

Pour parvenir à ce changement, le cadre envisage une stratégie managériale ancrée dans la réalité de ce contexte évolutif. Il mobilise les ressources humaines du service par un projet fédérateur qui fait appel aux compétences des acteurs en jeu.

Les ergothérapeutes seront convaincus de l'importance du changement si leur cadre lui-même en est convaincu. Toute évolution demande un engagement individuel des professionnels et c'est au cadre de rechercher cet engagement auprès de ses collaborateurs, pour ensuite l'entretenir et le pérenniser.

Pour engager l'équipe, ses membres doivent avoir une claire représentation et perception des enjeux de leur évolution de pensée et de pratique pour l'avenir. Une projection est donc nécessaire pour travailler et préparer l'intégration de

⁵⁰ JACQUEMART-BERGEAU H., Compétences partagées et spécifiques des professionnels de rééducation, Mémoire de Directeur des soins, ENSP, 2005

l'ergothérapie dans le nouveau schéma d'organisation hospitalière que sont les pôles d'activité.

Ces propositions d'actions sont centrées sur l'ergothérapie, mais elles sont applicables à d'autres types d'activités thérapeutiques pouvant être encadrées par le cadre de santé en ergothérapie. En effet, les cadres de santé, depuis 1995, sont formés au management et à la pédagogie, indépendamment de leur formation initiale et sont susceptibles d'être polyvalents dans leur activité d'encadrement.

9 CONCLUSION

La réalisation de ce mémoire a été l'occasion d'une réflexion sur la place actuelle et surtout à venir de l'ergothérapie dans le futur schéma d'organisation hospitalier.

Il fait prendre conscience du travail qui reste à effectuer par les ergothérapeutes pour clarifier et formaliser leur rôle, s'inscrivant dans l'évolution du contexte institutionnel, mais dont l'intégration ne dépend pas uniquement de facteurs organisationnels décidés par le législateur et l'administration. Comme nous l'avons évoqué plus haut, la délimitation des rôles n'est pas aisée au sein des équipes désormais *pluriprofessionnelles*.

Dans cet environnement social en perpétuelle évolution, il semble indispensable que la dimension fonctionnelle de l'ergothérapie soit inscrite dans la politique de soins des établissements.

Les ergothérapeutes, à qui on va demander une plus grande polyvalence dans l'*Hôpital 2007* doivent trouver leur intérêt dans les pôles d'activité. Ils se retrouvent en situation de promotion de leurs compétences et de leur savoir-faire et doivent être conscients des enjeux de cette démarche pour l'avenir de la profession. Rappelons que la validité et l'utilisation de l'ergothérapie ne sont pas systématiques, mais restent soumises aux prescriptions médicales qui reflètent le choix ou non des praticiens à utiliser cette forme de pratique de rééducation/réadaptation.

Les ergothérapeutes sauront-ils valoriser leur « produit » de soins et faciliter leur intégration dans l'hôpital de demain ?

10 BIBLIOGRAPHIE

Les Ouvrages :

DESCARTES R, *Méditations métaphysiques*, Editions Garnier-Flammarion, Paris, 1979

LEVI-STRAUSS C, *La Pensée Sauvage*, Ed. Plon

DERENNE O., PONCHON F., *L'usager et le monde hospitalier*, Ed. ENSP, 2005

Ergothérapie : guide de pratique, coordination par Anne Moreau, ANFE, 2000

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

GALLIER J-R, *Systèmes coopératifs : de la modélisation à la conception*, Toulouse : Octaves, 1994

SERIEYX H, *La nouvelle excellence – Réussir dans l'économie nouvelle*, Ed. Laurent du Mesnil, 2000

ARBUZ G., DEBROSSE D. ? *Réussir le changement de l'hôpital*, InterEditions Masson, Paris, 1996

CROZIER M., FRIEDBERG., *L'acteur et le système*, Ed. du Seuil, Paris, 1992

BELLENGER L., PIGALLET P., *Dictionnaire de la formation et du développement personnel*, ESF, Paris, 1996

LE BOTERF G., *Ingénierie et évaluation des compétences*, Ed. d'organisation, Paris, 2002

DE SINGLY F., *L'enquête et ses méthodes – Le questionnaire*, Ed. Armand Colin, 2005

CAMP R.C., *Le Benchmarking*, Editions d'Organisation, 1992

Articles et Revues :

CAIRE J-M, *Le cadre de santé, facilitateur de la démarche transdisciplinaire*, *Soins Cadres*, N°49, février 2004, p.35-39

WEST W.L., *A reaffirmed philosophy and practice of occupational therapy for the 80s*, *Am. J. Occup. Ther.*, 1984, 38, 1 : 15

GABLE G., *Historique de l'ergothérapie*, *Ergothérapie – Guide de pratique*, Ed.

ANFE 2000

GUIHARD J-P, La formalisation des actes d'ergothérapie en psychiatrie : des folies aux faux lits, in *Expériences en Ergothérapie*, Ed. Sauramps Medical, Montpellier, 2001

PIERQUIN L., ROCHE A., La Thérapeutique des traumatisés du travail. Extrait des *Annales de Médecine Physique*, tome I, n°3, juillet, septembre, 1958

COLLARD F., THERRIAULT P., Ergothérapie : « Je me souviens », *Journal d'ergothérapie* 1999 ; 21 :147-156, Editions Masson, 1999

GUIHARD J-P, L'ergon thérapeute, *Santé Mentale*, 2002 ; 66 : 68-73

MALHOMME M-L, Une nouvelle identité pour le cadre de santé hospitalier, *Gestions Hospitalières*, Avril 2004

CAILLET R., CRIE D., Organisation par pôles de l'hôpital public – Réflexions pour l'hôpital 2007, *Gestions Hospitalières*, Octobre 2004

DE POURVILLE G., TEDESCO., La contractualisation interne dans les établissements hospitaliers, *Revue française de gestion*, Septembre – Octobre 2003, volume 29 n°146, p.212

BRUGEROL P, Valorisation de l'activité en psychiatrie, un enjeu important, *Le Quotidien du Médecin*, 24 Novembre 2005

LANTIER F., Enquête sur la Nouvelle Gouvernance – Des professionnels engagés dans sa mise en œuvre, *Objectifs Soins*, Mars 2006, n° 144

ESPER C., La Nouvelle gouvernance des hôpitaux publics, *Gestions Hospitalières*, Octobre 2004, p.603

GUIHARD J-P, L'évaluation en ergothérapie ?, *Expériences en Ergothérapie – Treizième série*, Sauramps Medical, 2000

DUPRAT P., Qu'est-ce que le benchmarking ?, *Revue Hospitalière de France*, N°6, Nov-Déc 2000

JARDIN E, Quand les organisations communiquent, *Sciences Humaines*, Mars-Avril-Mai 2002, Hors-série n°36

OBERLE D., Vivre ensemble. Le groupe en psychologie sociale, *Sciences Humaines*, Mai 1999, n°94

Autres sources :

Décret n°86-1195 du 21 novembre 1986 fixant les catégories de personnes habilitées à effectuer des actes professionnels en ergothérapie, Ministère des Affaires Sociales et de l'Emploi, J.O. du 23 Novembre 1986

Le dossier du patient en ergothérapie, A.N.A.E.S. – Service des recommandations et références professionnels, Mai 2001

PIEL E., ROELANDT J.L., *De la psychiatrie vers la santé mentale*, Rapport ministériel, juillet 2001

GUIHARD J-P, *L'interprofessionalité au risque du C.H.S.*, mémoire réalisé dans le cadre de la validation pour l'obtention du diplôme de Cadre de Santé, Paris Aix/Marseille, 1999

DESPLAT CASTANIE F., *Quelle stratégie managériale pour le directeur des soins dans une organisation en pôles d'activités ?*, Mémoire de Directeur des soins, ENSP, 2004

JACQUEMART-BERGEAU H., *Compétences partagées et spécifiques des professionnels de rééducation*, Mémoire de Directeur des soins, ENSP, 2005

Sites Internet :

www.anfe.asso.fr

www.cadredesante.com

www.legifrance.gouv.fr

www.serpsy.org

www.caot.ca

www.hospimedia.fr

11 ANNEXES

Annexe 1 : Le guide d'entretien

Annexe 2 : Les textes réglementaires définissant les actes professionnels des professions de rééducation

ANNEXE 1 – LE GUIDE D’ENTRETIEN

Frédéric PLATZ - Institut de Formation des Cadres de santé de NANCY – CHU de Nancy

GUIDE D’ENTRETIEN

Entretien avec : **Cadre de santé** **Cadre Supérieur** **Directeur des soins**
Médecin

1) Comment les professions de rééducation/réadaptation sont-elles organisées ?

Intégrées à un seul pôle

Réparties sur plusieurs pôles

(Eventuellement) Précisez

Quels sont les métiers de rééducation présents dans l'établissement ?

Existe-t-il un plateau technique de rééducation / réadaptation ?

2) Comment ces professions sont-elles coordonnées en « transversal » ? Par qui sont-elles encadrées ?

3) Y a-t-il eu un changement d'organisation de ces professions avec la mise en place des pôles d'activités ?

4) Cette organisation leur permet-elle de répondre aux objectifs du projet de nouvelle gouvernance, et particulièrement aux objectifs des pôles d'activités ?

5) L'organisation actuelle des ergothérapeutes leur permet-elle de partager leurs compétences avec d'autres professionnels ?

De partager des activités ?

De participer à des travaux de recherche ?

6) De quelle manière pourrait-on améliorer la participation des ergothérapeutes aux différents projets institutionnels, notamment la mise en place des pôles d'activités ?

7) Quelle plus value l'activité des ergothérapeutes amène-t-elle à votre établissement ?

8) Un cadre de santé de profession initiale ergothérapeute vous semble-t-il nécessaire ?

ANNEXE 2

Les textes réglementaires définissant les actes professionnels des professions de rééducation

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE
(Nouvelle partie Réglementaire)
Section 1 : Actes professionnels
MASSEUR-KINESITHERAPEUTE
Article R4321-1

La masso-kinésithérapie consiste en des actes réalisés de façon manuelle ou instrumentale, notamment à des fins de rééducation, qui ont pour but de prévenir l'altération des capacités fonctionnelles, de concourir à leur maintien et, lorsqu'elles sont altérées, de les rétablir ou d'y suppléer. Ils sont adaptés à l'évolution des sciences et des techniques.

Article R4321-2

Dans l'exercice de son activité, le masseur-kinésithérapeute tient compte des caractéristiques psychologiques, sociales, économiques et culturelles de la personnalité de chaque patient, à tous les âges de la vie. Le masseur-kinésithérapeute communique au médecin toute information en sa possession susceptible de lui être utile pour l'établissement du diagnostic médical ou l'adaptation du traitement en fonction de l'état de santé de la personne et de son évolution.

Dans le cadre de la prescription médicale, il établit un bilan qui comprend le diagnostic kinésithérapique et les objectifs de soins, ainsi que le choix des actes et des techniques qui lui paraissent les plus appropriés.

Ce bilan est adressé au médecin prescripteur et, à l'issue de la dernière séance, complété par une fiche retraçant l'évolution du traitement kinésithérapique, également adressée au médecin prescripteur.

Article R4321-3

On entend par massage toute manoeuvre externe, réalisée sur les tissus, dans un but thérapeutique ou non, de façon manuelle ou par l'intermédiaire d'appareils autres que les appareils d'électrothérapie, avec ou sans l'aide de produits, qui comporte une mobilisation ou une stimulation méthodique, mécanique ou réflexe de ces tissus.

Article R4321-4

On entend par gymnastique médicale la réalisation et la surveillance des actes à visée de rééducation neuromusculaire, corrective ou compensatrice, effectués dans un but thérapeutique ou préventif afin d'éviter la survenue ou l'aggravation d'une affection. Le masseur-kinésithérapeute utilise à cette fin des postures et des actes de mobilisation articulaire passive, active, active aidée ou contre résistance, à l'exception des techniques ergothérapiques.

Article R4321-5

Sur prescription médicale, le masseur-kinésithérapeute est habilité à participer aux traitements de rééducation suivants :

1° Rééducation concernant un système ou un appareil :

- a) Rééducation orthopédique ;
- b) Rééducation neurologique ;
- c) Rééducation des affections traumatiques ou non de l'appareil locomoteur ;
- d) Rééducation respiratoire ;
- e) Rééducation cardio-vasculaire, sous réserve des dispositions de l'article R. 4321-8 ;
- f) Rééducation des troubles trophiques vasculaires et lymphatiques ;

2° Rééducation concernant des séquelles :

- a) Rééducation de l'amputé, appareillé ou non ;
- b) Rééducation abdominale, y compris du post-partum à compter de l'examen postnatal ;
- c) Rééducation périnéo-sphinctérienne dans les domaines urologique, gynécologique et proctologique, y compris du post-partum à compter du quatre-vingt-dixième jour après l'accouchement ;

- d) Rééducation des brûlés ;
- e) Rééducation cutanée ;
- 3° Rééducation d'une fonction particulière :
 - a) Rééducation de la motilité faciale et de la mastication ;
 - b) Rééducation de la déglutition ;
 - c) Rééducation des troubles de l'équilibre.

Article R4321-6

Le masseur-kinésithérapeute est habilité à procéder à toutes évaluations utiles à la réalisation des traitements mentionnés à l'article R. 4321-5, ainsi qu'à assurer l'adaptation et la surveillance de l'appareillage et des moyens d'assistance.

Article R4321-7

Pour la mise en oeuvre des traitements mentionnés à l'article R. 4321-5, le masseur-kinésithérapeute est habilité à utiliser les techniques et à réaliser les actes suivants :

- 1° Massages, notamment le drainage lymphatique manuel ;
- 2° Postures et actes de mobilisation articulaire mentionnés à l'article R. 4321-4 ;
- 3° Mobilisation manuelle de toutes articulations, à l'exclusion des manoeuvres de force, notamment des manipulations vertébrales et des réductions de déplacement osseux ;
- 4° Etirements musculo-tendineux ;
- 5° Mécanothérapie ;
- 6° Réalisation et application de contentions souples, adhésives ou non, d'appareils temporaires de rééducation et d'appareils de postures ;
- 7° Relaxation neuromusculaire ;
- 8° Electro-physiothérapie :
 - a) Applications de courants électriques : courant continu ou galvanique, galvanisation, diélectrolyse médicamenteuse, le choix du produit médicamenteux étant de la compétence exclusive du médecin prescripteur, et courant d'électro-stimulation antalgique et excito-moteur ;
 - b) Utilisation des ondes mécaniques, infrasons, vibrations sonores, ultrasons ;
 - c) Utilisation des ondes électromagnétiques, ondes courtes, ondes centrimétriques, infrarouges, ultraviolets ;
- 9° Autres techniques de physiothérapie :
 - a) Thermothérapie et cryothérapie, à l'exclusion de tout procédé pouvant aboutir à une lésion des téguments ;
 - b) Kinébalnéothérapie et hydrothérapie ;
 - c) Pressothérapie.

Article R4321-8

Sur prescription médicale, et à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment, le masseur-kinésithérapeute est habilité :

- 1° A pratiquer des élongations vertébrales par tractions mécaniques, par mise en oeuvre manuelle ou électrique ;
- 2° A participer à la rééducation cardio-vasculaire de sujets atteints d'infarctus du myocarde récent et à procéder à l'enregistrement d'électrocardiogrammes au cours des séances de rééducation cardiovasculaire, l'interprétation en étant réservée au médecin ;
- 3° A participer à la rééducation respiratoire.

Article R4321-9

Dans le cadre des traitements prescrits par le médecin et au cours de la rééducation entreprise, le masseur-kinésithérapeute est habilité :

- 1° A prendre la pression artérielle et les pulsations ;
- 2° Au cours d'une rééducation respiratoire :
 - a) A pratiquer les aspirations rhinopharyngées et les aspirations trachéales chez un malade trachéotomisé ou intubé ;
 - b) A administrer en aérosols, préalablement à l'application de techniques de désencombrement ou en accompagnement de celle-ci, des produits non médicamenteux ou des produits médicamenteux prescrits par le médecin ;
 - c) A mettre en place une ventilation par masque ;
 - d) A mesurer le débit respiratoire maximum ;
- 3° A prévenir les escarres ;
- 4° A assurer la prévention non médicamenteuse des thromboses veineuses ;
- 5° A contribuer à la lutte contre la douleur et à participer aux soins palliatifs.

Article R4321-10

En cas d'urgence et en l'absence d'un médecin, le masseur-kinésithérapeute est habilité à accomplir les gestes de secours nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin. Un compte rendu des actes accomplis dans ces conditions est remis au médecin dès son intervention.

Article R4321-11

En milieu sportif, le masseur-kinésithérapeute est habilité à participer à l'établissement des bilans d'aptitude aux activités physiques et sportives et au suivi de l'entraînement et des compétitions.

Article R4321-12

Le masseur-kinésithérapeute est habilité à participer à la réalisation de bilans ergonomiques et à participer à la recherche ergonomique.

Article R4321-13

Selon les secteurs d'activité où il exerce et les besoins rencontrés, le masseur-kinésithérapeute participe à différentes actions d'éducation, de prévention, de dépistage, de formation et d'encadrement.

Ces actions concernent en particulier :

- 1° La formation initiale et continue des masseurs-kinésithérapeutes ;
- 2° La contribution à la formation d'autres professionnels ;
- 3° La collaboration, en particulier avec les autres membres des professions sanitaires et sociales, permettant de réaliser des interventions coordonnées, notamment en matière de prévention ;
- 4° Le développement de la recherche en rapport avec la masso-kinésithérapie ;
- 5° La pratique de la gymnastique hygiénique, d'entretien ou préventive.

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

(Nouvelle partie Réglementaire)

Section 1 : Actes professionnels

PEDICURES-PODOLOGUES

Article R4322-1

Les pédicures-podologues accomplissent, sans prescription médicale préalable et dans les conditions fixées par l'article L. 4322-1, les actes professionnels suivants :

- 1° Diagnostic et traitement des :
 - a) Hyperkératoses mécaniques ou non, d'étiologie ou de localisations diverses ;
 - b) Verrues plantaires ;
 - c) Ongles incarnés, onychopathies mécaniques ou non, et des autres affections épidermiques ou unguéales du pied, à l'exclusion des interventions impliquant l'effusion de

sang ;

2° Exfoliation et abrasion des téguments et phanères par rabotage, fraisage et meulage ;

3° Soins des conséquences des troubles sudoraux ;

4° Soins d'hygiène du pied permettant d'en maintenir l'intégrité : surveillance et soins des personnes, valides ou non, pouvant présenter des complications spécifiques entrant dans le champ de compétence des pédicures-podologues ;

5° Prescription et application des topiques à usage externe figurant sur une liste fixée par un arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de l'Académie nationale de médecine ;

6° Prescription, confection et application des prothèses et orthèses, onychoplasties, orthonyxies, orthoplasties externes, semelles orthopédiques et autres appareillages podologiques visant à prévenir ou à traiter les affections épidermiques et unguéales du pied.

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

(Nouvelle partie Réglementaire)

Section 1 : Actes professionnels

ERGOTHERAPEUTES

[Article R4331-1](#)

Les personnes remplissant les conditions définies aux articles L. 4331-2 et L. 4331-4 peuvent contribuer, lorsque ces traitements sont assurés par un établissement ou service à caractère sanitaire ou médico-social régi par le livre Ier de la partie VI du présent code ou par le livre III du code de l'action sociale et des familles aux traitements des déficiences, des dysfonctionnements, des incapacités ou des handicaps de nature somatique, psychique ou intellectuelle, en vue de solliciter, en situation d'activité et de travail, les fonctions déficitaires et les capacités résiduelles d'adaptation fonctionnelle et relationnelle des personnes traitées, pour leur permettre de maintenir, de récupérer ou d'acquérir une autonomie individuelle, sociale ou professionnelle.

Les actes professionnels qu'au cours de ces traitements ces personnes sont habilitées à accomplir, le cas échéant, au domicile des patients, sur prescription médicale, sont :

1° Des bilans ostéo-articulaires, neurologiques, musculaires, trophiques, fonctionnels, d'autonomie ou d'évaluation des difficultés relationnelles ;

2° La mise en condition articulaire et musculaire ou la facilitation d'une fonction permettant d'accomplir les actes définis au 3°, à l'exclusion des actes mentionnés à l'article L. 4321-1 ;

3° Par l'organisation d'activités d'artisanat, de jeu, d'expression, de la vie quotidienne, de loisirs ou de travail :

a) La transformation d'un mouvement en geste fonctionnel ;

b) La rééducation de la sensori-motricité ;

c) La rééducation des repères temporo-spatiaux ;

d) L'adaptation ou la réadaptation aux gestes professionnels ou de la vie courante ;

e) Le développement des facultés d'adaptation ou de compensation ;

f) Le maintien des capacités fonctionnelles et relationnelles et la prévention des aggravations ;

g) La revalorisation et la restauration des capacités de relation et de création ;

h) Le maintien ou la reprise de l'identité personnelle et du rôle social ;

i) L'expression des conflits internes ;

4° L'application d'appareillages et de matériels d'aide technique appropriés à l'ergothérapie.

Ces actes professionnels peuvent, le cas échéant, être assortis d'actions sur l'environnement.

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE
(Nouvelle partie Réglementaire)
Section 1 : Actes professionnels
PSYCHOMOTRICIENS

Article R4332-1

Les personnes remplissant les conditions définies aux articles L. 4332-2, L. 4332-4 et L. 4332-5 sont habilitées à accomplir, sur prescription médicale et après examen neuropsychologique du patient par le médecin, les actes professionnels suivants :

- 1° Bilan psychomoteur ;
- 2° Education précoce et stimulation psychomotrices ;
- 3° Rééducation des troubles du développement psychomoteur ou des désordres psychomoteurs suivants au moyen de techniques de relaxation dynamique, d'éducation gestuelle, d'expression corporelle ou plastique et par des activités rythmiques, de jeu, d'équilibration et de coordination :
 - a) Retards du développement psychomoteur ;
 - b) Troubles de la maturation et de la régulation tonique ;
 - c) Troubles du schéma corporel ;
 - d) Troubles de la latéralité ;
 - e) Troubles de l'organisation spatio-temporelle ;
 - f) Dysharmonies psychomotrices ;
 - g) Troubles tonico-émotionnels ;
 - h) Maladresses motrices et gestuelles, dyspraxies ;
 - i) Débilité motrice ;
 - j) Inhibition psychomotrice ;
 - k) Instabilité psychomotrice ;
 - l) Troubles de la graphomotricité, à l'exclusion de la rééducation du langage écrit ;
- 4° Contribution, par des techniques d'approche corporelle, au traitement des déficiences intellectuelles, des troubles caractériels ou de la personnalité, des troubles des régulations émotionnelles et relationnelles et des troubles de la représentation du corps d'origine psychique ou physique.

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE
(Nouvelle partie Réglementaire)
Section 1 : Actes professionnels
ORTHOPHONISTES

Article R4341-1

L'orthophonie consiste :

- 1° A prévenir, à évaluer et à prendre en charge, aussi précocement que possible, par des actes de rééducation constituant un traitement, les troubles de la voix, de l'articulation, de la parole, ainsi que les troubles associés à la compréhension du langage oral et écrit et à son expression ;
- 2° A dispenser l'apprentissage d'autres formes de communication non verbale permettant de compléter ou de suppléer ces fonctions.

Article R4341-2

Dans le cadre de la prescription médicale, l'orthophoniste établit un bilan qui comprend le diagnostic orthophonique, les objectifs et le plan de soins. Le compte rendu de ce bilan est communiqué au médecin prescripteur accompagné de toute information en possession de l'orthophoniste et de tout avis susceptible d'être utile au médecin pour l'établissement du diagnostic médical, pour l'éclairer sur l'aspect technique de la rééducation envisagée et lui permettre l'adaptation du traitement en fonction de l'état de santé de la personne et de son évolution.

Article R4341-3

L'orthophoniste est habilité à accomplir les actes suivants :

1° Dans le domaine des anomalies de l'expression orale ou écrite :

- a) La rééducation des fonctions du langage chez le jeune enfant présentant un handicap moteur, sensoriel ou mental ;
- b) La rééducation des troubles de l'articulation, de la parole ou du langage oral, dysphasies, bégaiements, quelle qu'en soit l'origine ;
- c) La rééducation des troubles de la phonation liés à une division palatine ou à une incompétence vélo-pharyngée ;
- d) La rééducation des troubles du langage écrit, dyslexie, dysorthographe, dysgraphie, et des dyscalculies ;
- e) L'apprentissage des systèmes alternatifs ou augmentatifs de la communication ;

2° Dans le domaine des pathologies oto-rhino-laryngologiques :

- a) La rééducation des troubles vélo-tubo-tympaniques ;
- b) La rééducation des fonctions oro-faciales entraînant des troubles de l'articulation et de la parole ;
- c) La rééducation et la conservation de la voix, de la parole et du langage, la démutisation et l'apprentissage de la lecture labiale, y compris dans le cas d'implants cochléaires ou d'autres dispositifs de réhabilitation ou de suppléance de la surdité ;
- d) La rééducation des troubles de la déglutition, dysphagie, apraxie et dyspraxie bucco-lingo-faciale ;
- e) La rééducation des troubles de la voix d'origine organique ou fonctionnelle pouvant justifier l'apprentissage des voix oro-oesophagienne ou trachéo-pharyngienne et de l'utilisation de toute prothèse phonatoire.

3° Dans le domaine des pathologies neurologiques :

- a) La rééducation des dysarthries et des dysphagies ;
- b) La rééducation des fonctions du langage oral ou écrit liées à des lésions cérébrales localisées, aphasie, alexie, agnosie, agraphie, acalculie ;
- c) Le maintien et l'adaptation des fonctions de communication dans les lésions dégénératives du vieillissement cérébral.

Article R4341-4

La rééducation orthophonique est accompagnée de conseils appropriés à l'entourage proche du patient.

L'orthophoniste peut proposer des actions de prévention, d'éducation sanitaire ou de dépistage, les organiser ou y participer. Il peut participer à des actions concernant la formation initiale et continue des orthophonistes et éventuellement d'autres professionnels, la lutte contre l'illettrisme ou la recherche dans le domaine de l'orthophonie.

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

(Nouvelle partie Réglementaire)

Section 1 : Actes professionnels

ORTHOPTISTES

Article R4342-1

L'orthoptie consiste en des actes de rééducation et de réadaptation de la vision utilisant éventuellement des appareils et destinés à traiter les anomalies fonctionnelles de la vision.

Article R4342-2

Sur prescription médicale, l'orthoptiste établit un bilan qui comprend le diagnostic orthoptique, l'objectif et le plan de soins. Ce bilan, accompagné du choix des actes et des techniques appropriées, est communiqué au médecin prescripteur.

L'orthoptiste informe le médecin prescripteur de l'éventuelle adaptation du traitement en fonction de l'évolution et de l'état de santé de la personne et lui adresse, à l'issue de la

dernière séance, une fiche retraçant l'évolution du traitement orthoptique.

Article R4342-3

Les orthoptistes sont seuls habilités, sur prescription médicale et dans le cadre du traitement des déséquilibres oculomoteurs et des déficits neurosensoriels y afférents, à effectuer les actes professionnels suivants :

1° Détermination subjective et objective de l'acuité visuelle, les médicaments nécessaires à la réalisation de l'acte étant prescrits par le médecin ;

2° Détermination subjective de la fixation ;

3° Bilan des déséquilibres oculomoteurs ;

4° Rééducation des personnes atteintes de strabisme, d'hétérophories, d'insuffisance de convergence ou de déséquilibres binoculaires ;

5° Rééducation des personnes atteintes d'amblyopie fonctionnelle.

Ils sont en outre habilités à effectuer les actes de rééducation de la vision fonctionnelle chez les personnes atteintes de déficience visuelle d'origine organique ou fonctionnelle.

Article R4342-4

Les orthoptistes sont habilités à participer aux actions de dépistage organisées sous la responsabilité d'un médecin.

Article R4342-5

Les orthoptistes sont habilités, sur prescription médicale, à effectuer les actes professionnels suivants :

1° Périmétrie ;

2° Campimétrie ;

3° Etablissement de la courbe d'adaptation à l'obscurité ;

4° Exploration du sens chromatique.

L'interprétation des résultats reste de la compétence du médecin prescripteur.

Article R4342-6

Les orthoptistes sont habilités à participer, sous la responsabilité d'un médecin en mesure d'en contrôler l'exécution et d'intervenir immédiatement, aux enregistrements effectués à l'occasion des explorations fonctionnelles suivantes :

1° Rétinographie ;

2° Electrophysiologie oculaire.

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

(Nouvelle partie Réglementaire)

Section 1 : Actes professionnels

DIETETICIENS

Article D4371-1

Les diplômes, certificats ou titres permettant à leurs titulaires de faire usage professionnel du titre de diététicien sont :

1° Le brevet de technicien supérieur de diététique régi par les dispositions du décret n° 95-665 du 9 mai 1995 portant règlement général du brevet de technicien supérieur ;

2° Le diplôme universitaire de technologie, spécialité biologie appliquée, option diététique ;

3° Le brevet de technicien de diététique institué par l'arrêté du 30 décembre 1952, première partie, et l'arrêté du 14 septembre 1953, deuxième partie, conformément au décret n° 52-178 du 19 février 1952 portant création et fixation des dispositions générales des examens publics prévus par la loi du 4 août 1942 modifiée relative à la délivrance des diplômes professionnels et reclassé comme brevet de technicien supérieur par l'arrêté du 2 août 1962.

Promotion 2005-2006

PLATZ
Frédéric

Mémoire soutenu le 28 Juin 2006

LA NOUVELLE GOUVERNANCE HOSPITALIÈRE :

Quelle intégration pour l'ergothérapie dans les pôles d'activités ?

Résumé :

Après s'être engagés dans la démarche d'amélioration continue de la qualité des soins induite par l'ordonnance « Juppé » de 1996 et à l'aube du projet Hôpital 2007, les ergothérapeutes ne doivent pas manquer leur intégration dans les Pôles d'activités, un des volets de la nouvelle gouvernance des hôpitaux.

Comment l'ergothérapie doit-elle s'intégrer à un pôle d'activité, pour poursuivre sa démarche de reconnaissance identitaire, particulièrement en secteur psychiatrique ? Quelle articulation avec les autres professions de rééducation et de réadaptation peut-elle envisager pour offrir le soin le plus adapté aux besoins réels du patient, un des objectifs des pôles d'activités ?

Une enquête menée dans trois sites hospitaliers ayant expérimenté l'organisation en pôles d'activité, permet de réaliser que l'évolution et l'intégration de l'ergothérapie dans le nouveau schéma d'organisation sanitaire passent par la visibilité de ce que font les ergothérapeutes et par leur volonté de participation aux projets institutionnels.

Mots clés : ERGOTHERAPIE – NOUVELLE GOUVERNANCE – POLES D'ACTIVITE – INTERPROFESSIONNALITE -