



**DÉVELOPPER LA COOPÉRATION ENTRE SERVICES EN CMP  
INFANTO-JUVÉNILE POUR ASSURER DES RÉPONSES  
COORDONNÉES SUR LE TERRITOIRE**

**Philippe ROCHE**

**2010**

*cafdes*



---

# Remerciements

---

A Johanna, Emma et Carla pour leur patience et leur soutien.

---

# Sommaire

---

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>1 La prise en charge ambulatoire en psychiatrie infanto-juvénile de l'inter-secteur 33101 : coopérer pour intégrer l'offre de soins .....</b>	<b>3</b>
<b>1.1 De la psychiatrie à la santé mentale, de la mobilisation de tous les acteurs du soin à leur coordination .....</b>	<b>3</b>
1.1.1 La santé mentale, une notion multidimensionnelle au-delà de la psychiatrie .....	4
1.1.2 Une population hétérogène avec des besoins multiples et complémentaires .....	6
1.1.3 Les perspectives de la psychiatrie et de la santé mentale, ou la nécessité de coopérer.....	8
<b>1.2 D'une volonté publique d'intégrer l'offre de soins à un concept de gestion. ....</b>	<b>10</b>
1.2.1 Le <i>secteur</i> et le CMP, promoteurs de l'intégration de l'offre de soins.....	10
1.2.2 Penser au-delà des secteurs, territoire et activité .....	13
1.2.3 L'intégration de l'offre de soins, un concept de gestion .....	15
<b>1.3 Le CMP de l'Association RENOVATION, une approche locale et cloisonnée de la prise en charge en santé mentale infanto-juvénile sur le territoire .....</b>	<b>17</b>
1.3.1 Une prise en charge de proximité et responsabilisée, mais isolée .....	17
1.3.2 Un plateau technique complet, qui a peu évolué face aux besoins de la population du territoire .....	19
1.3.3 Un cloisonnement et une approche locale de l'intervention, mais un travail en équipe et une demande d'institutionnel .....	22
<b>1.4 Le CMP des constats et des écarts préoccupants, mais une envie et les moyens du changement .....</b>	<b>25</b>
1.4.1 Un diagnostic entre forces, faiblesses, menaces et leviers pour le changement.	25
1.4.2 Des écarts en termes de réponses aux besoins, de commande publique et de management.....	27
1.4.3 La question centrale et les hypothèses théoriques : .....	28

<b>2</b>	<b>Développer la coopération pour penser et agir ensemble sur le territoire au bénéfice des patients.....</b>	<b>29</b>
2.1	<b>La coopération pour des réponses coordonnées, au bénéfice de la population d'un territoire .....</b>	<b>29</b>
2.1.1	Le processus d'intégration, ou l'interdépendance « <i>reconnue</i> ».....	29
2.1.2	La coopération, mode de relation privilégié pour un objectif commun .....	31
2.1.3	La coordination, transversalité et interdisciplinarité par la redéfinition des territoires professionnels et sa formalisation .....	33
2.2	<b>Le travail en équipe, expression de la coopération de l'organisation et de ses acteurs .....</b>	<b>37</b>
2.2.1	Une organisation réticulaire qui pose les règles de la coopération .....	37
2.2.2	Les références partagées, condition de la coopération des acteurs .....	39
2.2.3	Le travail en équipe pensé comme une stratégie de direction.....	41
2.3	<b>Management participatif, gestion de projet et évaluation pour visualiser et s'approprier une coopération durable.....</b>	<b>43</b>
2.3.1	Le management participatif et sa conduite par le directeur .....	43
2.3.2	La démarche de projet favorise la coopération.....	46
2.3.3	Evaluation, management éthique et prévention des risques psychosociaux pour une coopération durable .....	48
<b>3</b>	<b>Manager les équipes pour des réponses coordonnées sur le territoire .....</b>	<b>54</b>
3.1	<b>Organiser des espaces d'échanges qui favorisent la coopération et la coordination .....</b>	<b>54</b>
3.1.1	Mobiliser par une organisation et des instances productrices de références partagées .....	54
3.1.2	Fédérer par une éthique et l'engagement de l'équipe de direction .....	60
3.1.3	Viser l'émergence d'une culture de la coopération.....	62
3.2	<b>Elaborer le projet service, opportunité et condition d'une coopération qui répond aux besoins et attentes des patients .....</b>	<b>64</b>
3.2.1	Saisir l'opportunité du projet de service 2012-2017.....	64
3.2.2	Intégrer de nouvelles formes de coopération par la démarche de projet .....	65
3.2.3	Evaluer la démarche de projet .....	67
3.3	<b>Accéder aux références partagées et repenser nos moyens pour une lisibilité et une efficience de la coordination des réponses.....</b>	<b>68</b>
3.3.1	Formaliser et officialiser, les documents de références partagées .....	69
3.3.2	Communiquer par un système d'information adapté .....	71
3.3.3	Repenser les moyens et les ressources humaines pour et par la coopération .....	73

<b>3.4</b>	<b>Evaluer pour une coopération durable au bénéfice des patients .....</b>	<b>75</b>
3.4.1	Repenser notre démarche qualité .....	76
3.4.2	L'évaluation de la coopération .....	78
3.4.3	Réussir, le <i>rendez-vous</i> de la certification V3, en juin 2012 .....	79
	<b>Conclusion .....</b>	<b>80</b>
	<b>Bibliographie .....</b>	<b>81</b>
	<b>Liste des annexes .....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

- AG : Assemblée générale
- ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux
- ARS : Agence Régionale de Santé
- ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
- AVS : Auxiliaire de Vie Scolaire
- CA : Conseil d'Administration
- CADA : Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile
- CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
- CFTMEA : Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent
- CH : Centre Hospitalier
- CHSCT : Comité D'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
- CIM 10 : Classification Mondiale des Maladies (version 10)
- CLIS : CLasse d'Intégration Scolaire
- CMP : Centre Médico Psychologique
- CMPP : Centre Médico Psychologique Pédagogique
- CPOM : Contrat pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
- CRUQ : Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la prise en charge
- CSMI : Centre de Santé Mentale Infantile
- DGS : Direction Générale de la Santé
- DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
- DIM : Département d'Informations Médicales
- DREES : Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques
- DSM IV : Diagnostic and Statistical Manual (version IV)
- EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles
- EPRD : Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
- ETP : Equivalent Temps Plein
- GPEC : Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences
- GRH : Gestion des Ressources Humaines
- HAD : Hospitalisation A Domicile
- HAS : Haute Autorité de Santé
- HDJ : Hôpital De Jour
- HPST : Hôpital Patient Santé et Territoire
- IME : Institut Médico-Educatif

- INSEE : Institut National de la Statistiques et des Etudes Economiques
- IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé
- ITEP : Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique
- JO : Journal Officiel
- MDPH : Maisons Départementales des Personnes Handicapées
- MDSI : Maison Départementale de la Solidarité et de l'Insertion
- MECS : Maison d'Enfants à Caractère Social
- MIGAC : Mission d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation
- OETH : Obligation d'Emploi des Travailleurs Handicapés
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- ORSA : Observatoire Régional de la Santé d'Aquitaine
- RASED : Réseaux d'Aides Spécialisées aux Elèves en Difficultés
- RH : Ressources Humaines
- RIM Psy : Recueil d'Information Médicalisé en Psychiatrie
- UPI : Unité Pédagogique d'Intégration
- SEGPA : Section d'Enseignement Générale et Professionnel Adapté
- SI : Système d'Information
- SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
- VAP : Valorisation de l'Activité en Psychiatrie

## Introduction

« *C'est une grande folie que de vouloir être sage tout seul* »<sup>1</sup>

François DE LA ROCHEFOUCAULD

Le principe organisateur commun à toute société humaine est l'interdépendance<sup>2</sup>. L'autonomie<sup>3</sup> peut être un leurre dangereux qui laisse à penser que l'homme peut vivre, selon ses propres lois, en laissant se développer sa tentation de toute puissance et l'idée que son désir peut organiser le monde autour de lui. Même l'individualisme contemporain conforté par le développement de notre société, en société de télécommunication<sup>4</sup>, nous montre ces dépendances, à l'origine d'un nouveau lien social et autre rapport à l'engagement<sup>5</sup>. Ce qui unit les êtres, ce sont les liens de dépendance. Il s'agit donc plus pour l'homme de gérer des dépendances, que d'autonomie.

Le rôle du directeur est de gérer de manière stratégique, les interdépendances structurant son organisation, c'est-à-dire les réseaux endogènes et exogènes qui la constituent.

Depuis 1972, mon service, le Centre de Santé Mentale Infantile (CSMI), par l'intermédiaire de mon association gestionnaire (l'Association RENOVATION), s'est vu confier par Le Préfet de la Gironde puis par le Centre Hospitalier Charles PERRENS, l'activité de psychiatrie infanto-juvénile de *l'inter-secteur* 33 I 01. Celle-ci consiste, sous la forme d'un Centre Médico-Psychologique (CMP) à assurer la consultation ambulatoire (bilan, soin, partenariat) de *l'inter-secteur* et à s'intégrer au sein du service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Pour faciliter la lecture, je dénommerai le service, CMP de l'association RENOVATION.

En tant que directeur, il s'agit de gérer les interdépendances du CMP. L'objectif est à la fois, de coordonner les réponses aux besoins et attentes d'une population hétérogène répartie sur un vaste territoire (urbain, périurbain, rural) et de répondre aux enjeux actuels du système de santé.

---

<sup>1</sup> Maximes et réflexion morales, n°231, 1665

<sup>2</sup> LEVI-STRAUS C., 1949, « Les structures élémentaires de la parenté », Mouton de Gruyter 2002, p591.

<sup>3</sup> Au sens de la philosophie des « Lumières » (autonomie de la raison et de l'homme).

<sup>4</sup> FLICHY P., 2005, « L'individu connecté », Revue Sciences Humaines, Hors Série, n°50, pp84-86.

<sup>5</sup> CORCUFF P., 1<sup>er</sup> semestre 2005, « Malaise dans la démocratie - Le pari démocratique à l'épreuve de l'individualisme contemporain », Revue du MAUSS, n°25, p66.



Or, il apparaît aujourd'hui que l'action des équipes pluridisciplinaires du CMP entraîne des inégalités dans l'accès aux soins et ne correspond pas entièrement aux besoins actuels. L'objet de ce mémoire est donc de repositionner l'intervention du CMP vers une adaptation et une amélioration de la prise en charge en santé mentale de la population infanto-juvénile de l'inter-secteur 33I01.

Pour cela, je vais dans une première partie, établir le diagnostic de notre action. Afin d'en mesurer son niveau d'adéquation et de pertinence, au regard des besoins et attentes de la population, de notre environnement, du cadre associatif et réglementaire et ainsi faire émerger sa problématique.

Dans une deuxième partie, nous allons voir pourquoi et comment, au travers des aspects organisationnels, humains et stratégiques, la coopération entre services permet d'assurer une réponse coordonnée sur un territoire.

Pour enfin dans une troisième partie, aborder le projet du directeur, à savoir la mise en œuvre de la coopération entre services en CMP infanto-juvénile, afin d'améliorer la réponse aux besoins et attentes de nos patients.

# **1 La prise en charge ambulatoire en psychiatrie infanto-juvénile de l'inter-secteur 33I01 : coopérer pour intégrer l'offre de soins**

« *Les hommes construisent trop de murs et pas assez de ponts* »

Isaac NEWTON

La combinaison du paradigme de la santé mentale<sup>6</sup>, de l'évolution de la commande publique, de la démographie (population et médicale) et du nombre de recours, modifie l'environnement de notre action. Cela bouscule la culture de notre service, vers une *quasi* obligation de coopération, visant la coordination des soins. Dans notre CMP, ces éléments se traduisent par des écarts en termes de réponses aux besoins de la population, de coordination et d'accès égaux aux soins sur notre territoire d'intervention. Ces écarts sont dus entre autre, à la prédominance d'une approche locale de l'action et au cloisonnement de nos pôles.

## **1.1 De la psychiatrie à la santé mentale, de la mobilisation de tous les acteurs du soin à leur coordination**

La France est passée de l'hygiène mentale, à la psychiatrie infanto-juvénile (*Annexe 1*) et à la reconnaissance de la pédopsychiatrie, pour aboutir au concept de santé mentale<sup>7</sup>. Ce concept influe sur les caractéristiques et les besoins de la population<sup>8</sup>. Alors que les modalités de réponses dépendent aussi des moyens disponibles et de leurs perspectives d'évolution.

---

<sup>6</sup> Conférence, « Together for Mental Health and Well Being » du 13 juin 2008, Bruxelles lance le Pacte européen « Pour la santé mentale et le bien-être », ratifié par la France et fait de la santé mentale, un droit de l'homme.

<sup>7</sup> LORY J., 1<sup>er</sup> juillet 2002, « Changement de paradigme en psychiatrie : la santé mentale et le modèle social du psychisme », Texte Psy, disponible sur internet : [www.textespsy.com/spip.php?article277](http://www.textespsy.com/spip.php?article277)

<sup>8</sup> PIEL E., ROELANDT JL., juillet 2001, « De la psychiatrie, vers la santé mentale », Rapport de mission pour le ministère délégué à la santé, p85.

### 1.1.1 La santé mentale, une notion multidimensionnelle au-delà de la psychiatrie

#### A) La santé mentale, une notion fondée sur la vulnérabilité

Qu'est-ce que la santé ? Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la santé n'est pas seulement l'absence de maladie, mais « *un état de complet de bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* »<sup>9</sup>. Ces dernières années, le concept de santé mentale s'est considérablement enrichi sous l'effet des recherches et dans la lignée de la conception de l'OMS pour arriver à la définition suivante : « *la bonne santé mentale ne se restreint plus à l'absence de maladie mentale et désigne plutôt le pôle positif des états psychologiques* ». Elle représente l'état d'équilibre psychique d'une personne à un moment donné, sous l'influence de facteurs biologiques, psychologiques et environnementaux, qui agissent sur la personne elle-même et la communauté. Le concept de santé mentale a des contours difficiles à cerner. Elle n'est pas une réalité unidimensionnelle. La santé mentale distingue, les troubles mentaux (pathologies mentales), la détresse psychologique ou souffrance psychique (tensions psychiques) et la santé mentale positive (la satisfaction tirée de son existence). Les situations de déséquilibres peuvent faire apparaître des troubles mentaux, comme la prise en charge d'un état pathologique relevant de la psychiatrie qui dans ce sens, est considérée comme une spécialité médicale<sup>10</sup>. Le changement fondamental apporté par la santé mentale se situe dans le passage du concept de patient, à la notion de personne vulnérable<sup>11</sup>.

#### B) La psychiatrie, une diversité d'approches pour un consensus sur la nécessité de dissocier les situations et une intervention polyvalente

L'absence de définition consensuelle des troubles mentaux en psychiatrie participe déjà d'une population large avec des situations très hétérogènes. Il apparaît nécessaire de les dissocier, afin d'obtenir des réponses adaptées<sup>12</sup>. Les différentes classifications des pathologies mentales présentent des limites qui incitent à une intervention polyvalente.

---

<sup>9</sup> Préambule de la constitution de l'organisation Mondiale de la santé, adopté par la conférence internationale sur la santé de New-York 19-22 juin 1946, en vigueur le 7 avril 1948.

<sup>10</sup> Rapport COUTY, Janvier 2009, « Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie », p85.

<sup>11</sup> Centre d'analyse stratégique, 2010, « La santé mentale, l'affaire de tous », Rapport et document n°24, La documentation française, p272.

<sup>12</sup> Rapport MILON A., 28 mai 2009, « Sur la prise en charge psychiatrique en France », p135.

Car, il n'existe pas de critère étalon, mais ces classifications sont néanmoins nécessaires. La CIM 10 (Classification Mondiale des Maladie, version 10) établit des correspondances avec la DSM IV (Diagnostic and Statitical Manual). En France, la CFTEMEA (Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent) d'inspiration psychanalytique est essentiellement utilisée en clinique et peu en recherche, même si des équivalences permettent des comparaisons. Ces instruments ont été testés avec succès dans plusieurs contextes culturels, mais le caractère transculturel n'est pas reconnu par tous. Cette situation ne favorise pas les avancées scientifiques<sup>13</sup>.

Néanmoins, il existe un consensus sur le fait, qu'il demeure préférable de distinguer la souffrance psychique, des troubles psychiatriques. Les troubles psychiatriques se caractérisent par la gravité des symptômes et le degré de perturbation qu'ils occasionnent dans la vie du jeune et de sa famille<sup>14</sup>. Il faut aussi prendre garde à ne pas confondre l'évolution sociologique d'un certain nombre de comportements des jeunes (vers plus d'implication dans le présent, moins d'importance accordée à la verbalisation par rapport à l'image, une moindre habitude de la frustration et de l'attente, voire un comportement parfois excité ou agressif verbalement, incivilités) et les troubles psychiatriques avérés. Pour certains adolescents, les véritables troubles se cachent souvent derrière un mal être diffus appelé « *crise d'adolescence* »<sup>15</sup>. En outre, les troubles mentaux des jeunes sont plus graves dans leur manifestation que chez les adultes (grande violence, passage à l'acte plus rapide et radical)<sup>16</sup>.

### C) La santé mentale, des réponses au-delà de la psychiatrie

La demande en santé mentale dépasse largement la réponse psychiatrique. Pour certains, la psychiatrie se trouve menacée d'écartèlement entre d'un côté, la demande du champ social et médico-social qui ne cesse de grandir et de l'autre les autres disciplines médicales, de plus en plus sensibilisées aux répercussions psychiques des affections somatiques<sup>17</sup>. Or, Les Médecins Psychiatres ne sont pas les seuls acteurs du soin psychiatrique (Psychologues, Infirmiers). La psychiatrie participe avec d'autres acteurs des secteurs sociaux, médico-sociaux de la bonne mise en œuvre d'une politique de

---

<sup>13</sup> Expertise collective INSERM, décembre 2002, « Troubles mentaux dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent », p66.

<sup>14</sup> BUISSON J-R., 10 février 2010, La pédopsychiatrie : prévention et prise en charge, Projet d'avis, Conseil économique social et environnemental, p41.

<sup>15</sup> Rapport IGAS, février 2004, « Enquête sur la prévention et la prise en charge des adolescents et jeunes adultes souffrant de troubles psychiatriques », p102.

<sup>16</sup> Ibid.

<sup>17</sup> Livre blanc de la psychiatrie, 21 juin 2003, la fédération française de psychiatrie, p234.

santé mentale<sup>18</sup>. Dans le champ de la santé mentale, il convient de prendre en compte les Psychomotriciens, Orthophonistes, Educateurs Spécialisés, Assistants Sociaux<sup>19</sup>. Quelques soient les approches, il est nécessaire de mobiliser tous les acteurs du soin, ce qui impose une coordination des acteurs sanitaires, sociaux, médico-sociaux<sup>20</sup>. Cela incite à la fois, à une approche plus systémique de la question et une prévention ciblée ou indiquée<sup>21</sup>.

La santé mentale est devenue une forme de capital, sur lequel se cristallise de nouvelles inégalités<sup>22</sup>. Cette conception influence directement les caractéristiques et les besoins des enfants et des adolescents reçus dans les services de santé mentale.

### **1.1.2 Une population hétérogène avec des besoins multiples et complémentaires**

La consultation de psychiatrie infanto-juvénile s'adresse à une population définie par des frontières d'âge (0-16 ans). Selon l'Inserm, en France, 1 enfant sur 8 souffre d'un trouble mental<sup>23</sup>. Mais, les caractéristiques de cette population vont au-delà des critères pathologiques. Les difficultés psychosociales sont très souvent présentes<sup>24</sup>.

#### **A) Une population évolutive, dépendante, au carrefour santé, éducatif, social, justice**

Les troubles mentaux, la détresse psychologique ou la souffrance psychique sont dotés d'un caractère réversible. Cela est notamment dû au caractère évolutif des enfants et des adolescents. Nombre de ces jeunes ayant connus des épisodes de troubles parfois très graves peuvent parvenir à une guérison ou à une vie complètement autonome en tant qu'adultes, même s'ils continuent à souffrir périodiquement de certains troubles<sup>25</sup>. Or, on constate souvent une intervention tardive, une tendance à la dilution des soins et parfois même le refus, voire le déni de maladie (en cas de troubles graves, schizophrénie), malgré la présence familiale<sup>26</sup>.

Ces enfants et adolescents se caractérisent aussi, par un état de dépendance. La demande de soins émane de tiers, de personnes non concernées directement par la

---

<sup>18</sup> Centre d'analyse stratégique, *Op.cit.*

<sup>19</sup> Rapport MILON A., *Op.cit.*

<sup>20</sup> Rapport MILON A., *Op.cit.*

<sup>21</sup> Rapport MILON A., *Op.cit.*

<sup>22</sup> Rapport MILON A., *Op.cit.*

<sup>23</sup> Rapport MILON A., *Op.cit.*

<sup>24</sup> CODELFY M., FAURE P., PRIETO N., Avril 2005, « Les enfants et adolescents prise en charge en centres médico-psycho-pédagogiques », DREES Etudes et résultats, n°392, p8.

<sup>25</sup> BUISSON J-R., *Op.cit.*

<sup>26</sup> BUISSON J-R., *Op.cit.*

maladie mentale (parents, services sociaux, école, médecine de ville, justice). Cela pose, la question du consentement des mineurs aux soins, de l'intégration de la famille dans le parcours de soin, de son suivi et de son accompagnement. D'autant que les pathologies de ces jeunes sont parfois associées à un contexte socio-familial difficile, avec souvent des troubles mentaux ou des perturbations psychologiques avérés dans la famille<sup>27</sup>.

Ces enfants et adolescents sont généralement, au carrefour « *justice, parent, soignant, éducation* ». Ils font l'objet de stigmatisation et d'exclusion du fait de la maladie mentale. Dans tous les cas, ils ont des difficultés d'intégration dans la vie sociale, notamment pour les adolescents. Ces difficultés rejettent sur la famille, qui pour les jeunes les plus en difficulté, fait souvent le choix du maintien en milieu scolaire. Pour les parents qui ont accepté une orientation dans un établissement spécialisé, les délais d'attente avant l'admission sont parfois très longs. Par conséquent, face à des caractéristiques qui touchent tous les éléments de la vie d'un enfant ou d'un adolescent et de sa famille, les besoins se situent à plusieurs niveaux.

#### B) Des besoins multiples et complémentaires

Les besoins se situent à plusieurs niveaux : La prévention, le dépistage précoce (âge) et de intervention rapide. Cela passe par la sensibilisation de l'ensemble des acteurs de la chaîne de santé. Il faut associer l'école aux repérages précoces des troubles. Il faut penser l'offre en termes de réseau. Car, la prise en charge ne doit pas couper le jeune du milieu de vie ordinaire, puisque bon nombre ne seront plus malades à l'âge adulte.

La continuité des soins est essentielle. Ceux-ci doivent être prodigués dans la durée. Il faut donc, accompagner et soutenir les familles à toutes les étapes du processus. Le malade et son entourage doivent être acteurs du soin à la fois, en termes d'accès et de traitement. Qu'il s'agisse des jeunes en CLIS, SEGPA, UPI, bénéficiant d'une AVS ou en attente d'admission en établissement spécialisé, il est nécessaire d'assurer la continuité des soins par la coopération de tous les acteurs. La prise en compte du lien entre insertion sociale et observance est déterminante.

La diversité d'approches thérapeutiques, car il est nécessaire de favoriser la polyvalence, d'avoir une très grande souplesse dans les discours et les modèles de traitement. Actuellement, il existe un consensus sur la nécessité de faire suivre un enfant ou un adolescent par différents professionnels, même s'ils ne sont pas de la même « école ». Cela passe par le développement de coopérations entre professionnel et structures. Il faut mieux définir les maladies pour clarifier les compétences en matière de prise en charge et

---

<sup>27</sup> CODELFY M., FAURE P., PRIETO N., Op.cit.

constituer ainsi une base de coopération, en vue de traitement plus efficace. L'absence d'unité de classification ou le refus de la classification restent un obstacle<sup>28</sup>.

Le concept de santé mentale fait que la modélisation des besoins s'effectue en fonction d'indicateurs sociaux économiques, avec le passage d'une définition psychiatrique à une définition sociale du besoin, basée sur la vulnérabilité et caractérisée par l'hétérogénéité. Cette situation oblige à développer les efforts de coordination de l'ensemble des acteurs, accentués par les perspectives d'évolution de la demande et des moyens<sup>29</sup>.

### **1.1.3 Les perspectives de la psychiatrie et de la santé mentale, ou la nécessité de coopérer**

#### A) Des moyens, entre inquiétude et possibilité

En 2005, avec 10,6% du montant des dépenses de santé (hors prévention), soit 11,4 milliards d'euros, les troubles mentaux constituent la deuxième catégorie diagnostique derrière les maladies de l'appareil circulatoire. La demande de soins et de suivis, déjà importante, s'accroît. Le constat démographique du vieillissement de la profession de psychiatre et une répartition géographique inégale de l'offre de soins (ressources humaines et d'équipements) engendrent, d'ores et déjà, des difficultés à pourvoir des postes y compris en hôpitaux. Les projections démographiques font craindre une forte diminution de la densité des Psychiatres et des difficultés d'accès aux soins dans les prochaines années<sup>30</sup>. Mais cette analyse doit-être contrastée. Au niveau national, on constate qu'au 1<sup>er</sup> janvier 2005, la France compte près de 13 600 psychiatres en exercice, dont la majeure partie se situe dans la partie Sud de la France. Soit une densité de 22,4 psychiatres pour 100 000 habitants, en augmentation par rapport à 1995 (20,3), mais qui reste la plus importante d'Europe ! De plus, en France, la prise en charge de la santé mentale relève à la fois des secteurs libéral, hospitalier et médico-social. Notre système se caractérise par la richesse et la diversité des structures, des réponses et de l'accompagnement, mais suivant des logiques d'implantations différentes. En ce qui concerne notre département (la Gironde), il est classé par une étude de la DREES dans le « *Groupe 2* », c'est-à-dire, disposant « *d'une offre ambulatoire importante et une forte présence du secteur privé, sous objectif quantifié national* ». En Gironde, 1 psychiatre

---

<sup>28</sup> BUISSON J-R., Op.cit.

<sup>29</sup> Rapport MILON A., Op.cit.

<sup>30</sup> DREES, 2010, La prise en charge de la santé mentale, Recueil d'études statistiques, pp 108-121.

couvre en moyenne 3 333 habitants pour 4 502 au niveau national. La profession est donc bien implantée, notamment par le fait, qu'il existe un Centre Hospitalier Universitaire. A contrario, cette même étude montre que le département dispose « *d'une offre plus faible en équipements médico-sociaux susceptibles de prendre en charge le handicap issu de troubles psychiques* ». 415 places pour 100 000 habitants adultes et enfants contre 496 au niveau national<sup>31</sup>. Cette situation donne, sans nul doute, un poids supplémentaire aux structures disposant de psychiatres.

B) Un recours en augmentation constante, au détriment du suivi

Le recours au soin ambulatoire en santé mentale est en augmentation constante au détriment du nombre de suivis. Selon une étude de la DREES, le recours aux soins psychiatriques des moins de 20 ans est en augmentation. Il est de 33 pour 1 000 en 2003. Il était de 28 pour 1 000, en 2000 et de 16 pour 1 000, en 1991. Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile ont vu une hausse importante de leur activité. Ils sont passés 423 000 enfants et adolescents reçus en 2000, (2 fois plus qu'en 1986) à 464 000 en 2003. Le nombre de jeunes suivis continue d'augmenter, mais 1 patient sur 5 n'est vu qu'une seule fois dans l'année. Le suivi en ambulatoire concerne 97% des patients (9 sur 10 en Centre Médico-Psychologique). Cette tendance est liée à plusieurs facteurs : la politique de fermeture de lits, le changement de mentalités face à la psychiatrie et corrélativement le développement du nombre de structures ambulatoires sanitaires et médico-sociales<sup>32</sup>. Dans le même temps, les moyens sont restés stables entre 1991 et 2000. Il semble exister une corrélation entre les capacités de prise en charge, l'offre disponible et l'importance des recours<sup>33</sup>.

C) Coopérer pour améliorer la coordination des soins en santé mentale

L'inadaptation de la démographie médicale et les lacunes de la répartition territoriale imposent le recours à des soins coordonnés. L'adaptation du secteur psychiatrique devient nécessaire. Le plan de santé mentale 2005-2008 n'ayant pas tout résolu, des Etats Généraux de la Psychiatrie et de la Santé Mentale ont été demandés<sup>34</sup>. Dans cette

---

<sup>31</sup> CODELFY M., novembre 2005, « Les disparités départementales de prises en charge de la santé mentale en France », DREES Etudes et résultats, n°443, p12.

<sup>32</sup> CODELFY M., SALINES E., octobre 2004, « Les secteurs de psychiatrie générale en 2000 : évolutions et disparités », DREES Etudes et résultats, n°342, p11.

<sup>33</sup> Ibid.

<sup>34</sup> Centre d'analyse stratégique, Op.cit.



attente, des coopérations peuvent être organisées par les professionnels pour améliorer la qualité de la prise en santé mentale. L'enjeu est de passer d'une offre de soins morcelée à une offre de soins coordonnée<sup>35</sup>. Or, cette volonté ne date pas d'aujourd'hui. Le point de départ peut-être situé dans les années 60 avec *la sectorisation de la psychiatrie*. Depuis, la volonté d'intégrer la santé mentale dans *la communauté* n'a fait que se renforcer. Un palier a été franchi avec la nouvelle commande publique, en responsabilisant les acteurs de la mise en œuvre, et en transformant une volonté en concept de gestion.

## **1.2 D'une volonté publique d'intégrer l'offre de soins à un concept de gestion.**

La *sectorisation psychiatrique* est une innovation, dont les chefs de secteur et les Centres Médico-Psychologiques (CMP) sont les promoteurs. Au cours des dernières années, la commande publique a évolué. Elle est passée d'une liberté d'action, à une responsabilisation de la mise en œuvre de l'offre de soins sur *le territoire de santé*.

### **1.2.1 Le secteur et le CMP, promoteurs de l'intégration de l'offre de soins**

- A) Le *secteur*, ou la recherche d'une adéquation entre l'offre de soins et les besoins de la population dans des espaces géo-démographiques

Au début de la Vème République, la politique de santé a évolué vers une approche géo-démographique. Dans le champ de la psychiatrie, cela se traduit par une spécificité française, « *la sectorisation* »<sup>36</sup>. L'idée prédominante est alors, *la désinstitutionalisation*. Le Ministère de la Santé affirme sa volonté d'ouverture des hôpitaux psychiatriques et de réinsertion des malades dans la communauté, « *une équipe médico-sociale assure la prévention, le diagnostic précoce, le traitement intra et extrahospitalier, ainsi que la postcure des malades. Par une bonne connaissance du malade, de sa famille, l'équipe soignante peut ainsi assurer le traitement au long cours du malade et de son insertion dans la communauté* »<sup>37</sup>. La sectorisation a mis longtemps à être opérationnelle et

---

<sup>35</sup> BUISSON J-R., Op.cit.

<sup>36</sup> Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipements des départements en matière de lutte contre les maladies mentales, non parue au JO.

<sup>37</sup> DREES, Op.cit.

n'obtient un cadre juridique qu'en 1972, par un arrêté ministériel plaçant chaque *secteur* sous le contrôle du Préfet du département, après avis du Conseil général. Depuis cette date, *le secteur* figure sur la carte sanitaire générale, au même titre que les centres hospitaliers généraux. En 1986, *le secteur* est financé en dotation globale.

#### B) Un *secteur* piloté et coordonné

Qui pilote le *secteur* ? Il existe un chef de *secteur* ou d'*inter secteur* (Annexe 1). La plupart des stratégies des secteurs sont portées dans le cadre de projets d'établissements ou de services, selon un schéma imposé par les SROS, eux-mêmes fruits d'un consensus entre acteurs locaux et politique nationale. La manière dont sont déclinées les orientations régionales, au niveau des *secteurs* et *inter-secteurs* est « *acteur dépendante* » et notamment, « *chef de secteur dépendante* »<sup>38</sup>. Alors qui coordonne le *secteur* ? L'oublié ou délaissé, *Conseil de secteur*. Présenté comme l'outil d'une meilleure utilisation des structures existantes et d'une meilleure coordination des actions, il succède au conseil départemental de santé mentale, datant de 1985 (loi n°85-772 du 25 juillet 1985, article 8.1) et abrogé en 2003, pour manque d'efficacité due à la multiplicité et la diversité des acteurs, engendrant lourdeur et charge de travail peu propices à des réunions régulières. Bien que recommandés par le plan de santé mentale 2005-2008, les conseils de secteur semblent peu développés (il en existe 1 dans le 19<sup>ème</sup> arrondissement de Paris)<sup>39</sup>. Alors que les conseils de secteur devaient permettre d'étayer, le Centre Médico-Psychologique dans son rôle de porte d'entrée du dispositif de soins et susciter des synergies positives entre *le secteur* et le reste du tissu sanitaire, social, médico-social et les usagers. Il apporterait des informations aux équipes sur la vie de la communauté et un retour sur leur action. Le travail de proximité des conseils de secteur viendrait alimenter celui des conseils locaux de santé mentale, lieu de concertation plus que de pilotage<sup>40</sup>.

#### C) Le *secteur*, une intégration inachevée

En 2003, il existe 321 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile en France (1 secteur pour 46 000 habitants âgés de moins de 20 ans). La superficie moyenne d'un secteur de

---

<sup>38</sup> Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers, Février 2008, « Organisation des CMP », Revue de littérature, p30

<sup>39</sup> Ibid.

<sup>40</sup> Ibid.

Psychiatrie Infanto-Juvenile est de 2 000 km<sup>2</sup>, soit l'équivalent de 3 secteurs de psychiatrie générale destinés à la prise en charge des populations adultes<sup>41</sup>. Ils sont très hétérogènes en taille et population. Le découpage actuel a été effectué en fonction du recensement de 1945. Cela met en lumière son inadaptation aux besoins de la population actuelle (IRDES 2003). De plus, ce découpage est en partie responsable des différences de populations prises en charge par *les secteurs*, constatées, aujourd'hui. Il semble alors que la sectorisation n'ait pas atteint entièrement l'objectif de faire émerger une psychiatrie communautaire<sup>42</sup>. Ceci laisse à penser que le centre de gravité doit se déplacer vers les Centres Médico-Psychologiques à qui l'on a confié le rôle de la désinstitutionalisation et la réinsertion des patients.<sup>43</sup>.

D) Le CMP, porte d'entrée du dispositif de soins en santé mentale du *secteur*

Les CMP ont des objectifs ambitieux et généralistes. Le terme CMP est apparu dans l'arrêté du 14 mars 1986, (n° SP 5/533/7443, JO du 19 mars 1986). L'ambition du CMP dans la politique de sectorisation est d'être la porte d'entrée et le point de départ des projets de prise en charge extrahospitalière des patients<sup>44</sup>. Ses missions sont précisées par la circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale, (*parue au JO du 3 avril 1990*) « *prévention, dépistage, soins, suivi et maintien dans le tissu social* ». Le CMP constitue une « *unité de coordination et d'accueil en milieu ouvert qui organise des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'intervention à domicile... 1<sup>er</sup> interlocuteur pour la population, devant être connu de tous, et réponde ou oriente toute demande de soins en psychiatrie et santé mentale ... vise principalement à donner des avis psychiatriques ambulatoires ainsi qu'à assurer le maintien du tissu social* »<sup>45</sup>. Un CMP constitue une structure de soins publics ou privés, à vocation publique. Il doit s'inscrire dans le SROS (échelon régional de mise en œuvre des politiques de santé)<sup>46</sup>. Pour cela, il dispose de missions réglementaires suffisamment larges, mais sans traduction opérationnelle. L'initiative est laissée aux responsables de ces structures pour construire et intégrer l'offre de service à *la communauté*, en l'adaptant aux besoins de la population. Il constitue donc, le pivot du dispositif d'offre de soins en santé mentale.

---

<sup>41</sup> CODELFY M., Op.cit.

<sup>42</sup> Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers, Op.cit.

<sup>43</sup> Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers, Op.cit.

<sup>44</sup> Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers, Op.cit.

<sup>45</sup> Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers, Op.cit.

<sup>46</sup> En 1991, la carte sanitaire est remplacée par la Planification en Santé Mentale et les SDO par les SROS. Les Ordonnances dites « Juppé » du 24 avril 1996 donnent au SROS un caractère obligatoire qui connaîtra plusieurs évolutions (3)

## E) Le CMP, pivot et régulateur de l'activité ambulatoire en santé mentale

Le CMP a pour vocation de jouer un rôle de pivot, autour duquel s'articulent les autres structures extra et intra-hospitalières du *secteur*. Il représente l'élément moteur du soin et de sa coordination. Pour cela, il fonctionne avec une équipe polyvalente administrative et de soin (Secrétaire, Infirmier, Assistante Sociale, Psychiatre, Psychologue, Interne en médecine, Psychomotricien, Orthophoniste, Educateur Spécialisé). Localement le Médecin Chef supervise le projet de fonctionnement et est le garant des orientations choisies. L'administratif est le garant du bon fonctionnement du centre et joue un rôle de régulation, de planification et de gestion d'équipe. Les patients reçus sont adressés par une grande diversité de partenaires, médecine de ville, Psychologues, Enseignants, services sociaux, police, municipalité<sup>47</sup>. Mais, on constate que les CMP manquent de lisibilité, que le partenariat avec le secteur social n'est pas assez développé, que les liens avec l'hôpital sont trop peu affirmés et que la collaboration avec le secteur privé, associatif et la médecine de ville est souvent embryonnaire, voire inexistante<sup>48</sup>.

Alors que la sectorisation semble inachevée, les CMP semblent avoir des lacunes dans la mise en œuvre de leurs missions. Dans le même temps, la commande publique accentue l'esprit de la sectorisation et des missions du CMP. Elle continue de chercher à améliorer l'accès au soin, la coordination, la coopération par le décloisonnement des différents secteurs d'activité, dans une autre dimension géo-démographique, le territoire de santé<sup>49</sup>.

### 1.2.2 Penser au-delà des secteurs, territoire et activité

Qu'il s'agisse de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, de la Circulaire interministérielle DGS/SD6-DHOS du 18 octobre 2005 relative à la prévention et au repérage des troubles précoces<sup>50</sup>, du plan « hôpital 2007 » et de la loi Hôpital, Patient Santé et Territoire du 21 juillet 2009, toutes incitent au décloisonnement des secteurs et au travail en réseau, au bénéfice des patients.

---

<sup>47</sup> Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers, Op.cit.

<sup>48</sup> Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers, Op.cit.

<sup>49</sup> Plan Hôpital 2007, lancé le 20 novembre 2002.

<sup>50</sup> Relative à la mise en œuvre d'un dispositif de partenariat entre équipes éducatives et de santé mentale pour améliorer le repérage et la prise en charge des signes de souffrance psychiques des enfants et adolescents.

A) La coordination et le réseau pour améliorer la prise en charge des jeunes

La loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé donne une définition du concept de réseau. Elle achève ainsi, l'institutionnalisation du réseau, en tant qu'outil de coordination. Cette loi est complétée par la circulaire DHOS du 19 décembre 2002, qui précise les critères de qualité et les conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation des réseaux de santé<sup>51</sup>. De plus, le passage de la dénomination *réseau de soin* à *réseau de santé*, représente une manifestation supplémentaire de la volonté politique de faire du réseau, l'outil permettant de rapprocher et d'intégrer le secteur sanitaire et social<sup>52</sup>. Dans le même temps, la circulaire DHOS du 18 octobre 2005, fait le constat « *...du peu de collaborations structurées ou formalisées entre le champ éducatif et sanitaire pour conduire des actions de préventions collectives ; favoriser le repérage précoce de troubles et souffrance psychiques. ; faciliter l'orientation des élèves vers les structures spécialisées ; organiser des réponses en commun pour les situations d'urgence prendre en compte l'avis d'un CMP ou CMPP dans les procédures d'orientation en structures spécialisées* ». L'objectif est le déploiement d'un dispositif de collaboration entre établissements scolaires et professionnels de soins spécialisés ; l'élaboration et la diffusion d'outils de repérage précoce des troubles du développement et des manifestations de souffrances psychiques des enfants et adolescents. Cependant, un palier est franchi avec la réforme de l'organisation des soins.

B) Une nouvelle organisation des soins prônant la coopération et le décloisonnement, en faveur de l'efficience du système de santé

Le plan hôpital 2007 et la loi HPST de 2009, modifient les paramètres majeurs de l'organisation des soins. Le plan hôpital 2007 supprime la carte sanitaire. Le territoire de santé devient le territoire pertinent de l'organisation des soins. Et on constate que la psychiatrie, le secteur médico-social ou la médecine de ville sont peu intégrées dans la réflexion territoriale<sup>53</sup>. On peut le déplorer ou s'en féliciter, mais cela peut permettre aux acteurs concernés de penser l'intégration, de la proposer et de la mettre en place. Car, l'un des objectifs principaux de la loi HPST est de décloisonner le sanitaire et le médico-social pour améliorer la qualité du soin. Car, de cette nouvelle organisation doit découler

---

<sup>51</sup> ROBELET M., DERRE M., BOURGUEIL Y., 2005, « la coordination dans les réseaux de santé : entre logique gestionnaire et dynamiques professionnelles », RFAS, n°1, pp233-260.

<sup>52</sup> Ibid.

<sup>53</sup> CODELFY M., LUCAS-GABRIELLI V., janvier-mars 2010, Les territoires de santé : des approches régionales variées de ce nouvel espace de planification, Pratiques et Organisation des soins, Volume 41, n°1, pp73-80.

une dynamique territoriale, de prévention, de soin et d'accompagnement. Cela passe par une mise en avant l'offre de soins de *1<sup>ère</sup> ligne*, de la *prévention* (médecine générale, centres et maisons de santé, pôles de santé, en redéfinissant le service public hospitalier qui passe d'une approche statutaire à une définition fonctionnelle), de *l'intérêt collectif privé sanitaire, social et médico-social non lucratif* et de sa transversalité, en accord avec les politiques publiques. Dans cet objectif, la loi met en place des outils de coopération public-privé et ville-hôpital, et des opportunités dans le management des ressources humaines dans un contexte volontariste, mais de plus en plus contraint par la nouvelle organisation sanitaire et médico-sociale (évolution concurrentielle du droit des missions de services publics, du droit des autorisations sanitaires et médico-sociales, de la contractualisation pluriannuelle). La loi incite à la coopération entre professionnels de santé par la mise en œuvre de protocoles innovants, permettant la délégation de tâches et une répartition efficace des rôles. De nouveaux lieux de décisions et de concertation nationaux et régionaux sont mis en place. Ces instances doivent faire l'objet de toute notre attention et si possible implication (Groupements Locaux de Coordination de la Santé Mentale, les Conseils Locaux de Santé Mentale)<sup>54</sup>.

Ces nouvelles modalités méritent d'être investies de façon dynamique. Les expériences étrangères suggèrent que les aspects organisationnels sont une voie d'amélioration de la qualité du service rendu<sup>55</sup>. D'autant que la nouvelle organisation du système de santé se conjugue avec l'évolution du cadre budgétaire, qui veille à l'équilibre financier du système de santé. La volonté d'intégration de l'offre de soin devient un concept de gestion<sup>56</sup>.

### **1.2.3 L'intégration de l'offre de soins, un concept de gestion**

La santé mentale n'exige pas forcément un surcroît de dépenses publiques, mais plutôt une actualisation des possibilités d'action des différents acteurs, une responsabilisation des acteurs<sup>57</sup>. D'autant que le cadre budgétaire actuel se trouve contraint.

---

<sup>54</sup> Plaquette FEHAP, 2009, « Ce que vous devez savoir de la loi HPST », disponible sur internet : [www.fehap.fr](http://www.fehap.fr)

<sup>55</sup> Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers., Op.cit.

<sup>56</sup> « *Ensemble de tâches qui cherchent à garantir l'affectation efficace de toutes les ressources à la disposition par l'organisation, afin d'atteindre les objectifs prédéterminés* ». « *la gestion et l'optimisation du fonctionnement des organisations à travers la prise de décisions rationnelles et justifiées par la collecte et le traitement de données et d'informations importantes de façon, à contribuer à son développement et à la satisfaction des intérêts des collaborateurs et propriétaires et à la satisfaction de besoins de la société en générale ou d'un groupe en particulier* ». NUNES P., 2007, Dictionnaire, Sciences économiques et commerciales, disponible sur internet : [www.know.net/fr/scieeconom/gestion/gestion.htm](http://www.know.net/fr/scieeconom/gestion/gestion.htm)

<sup>57</sup> Rapport MILON A., Op.cit.

## A) De la maîtrise des dépenses...

Dès 1996, la coordination des soins est un objectif prioritaire des expérimentations de « *nouvelles formes de prises en charges des patients* » dans le cadre d'une maîtrise des dépenses en médecine ambulatoire<sup>58</sup>, instaurée par les ordonnances « *Juppé* » n°96-346 du 24 avril 1996 (réforme de l'hospitalisation public et privée, définition de la démarche qualité, instauration des procédures d'accréditation, d'évolution permanente et de fournitures d'indices de besoins). La mise en place de l'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD) en 2006 (*Annexe 1*) ; des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) par l'article L6114-3 du code de la santé publique (*Annexe 1*), du Relevé de l'Informatisation Médicale en Psychiatrie (RIM-Psy) en vue de la Valorisation de l'Activité en Psychiatrie (VAP), (*Annexe 1*) et l'état des finances publiques, notamment de l'assurance maladie, n'ont fait qu'accentuer cette contrainte et bouleverser l'approche économique des établissements et service de santé.

## B) ...à l'approche entrepreneuriale

Le passage en EPRD, nous oblige à adopter une approche entrepreneuriale. Le pilotage s'effectue par les recettes (*chiffre d'affaires* déterminées par la VAP). L'EPRD représente un outil prévisionnel budgétaire et financier, qui affiche l'impact de l'exploitation et de l'investissement sur la trésorerie, et dont l'équilibre passe alors par la variation du fonds de roulement (Présentation EPRD/DHOS/ENSP/2005, « *la réforme du régime budgétaire et comptable des établissements de santé* »). La contractualisation de chaque établissement de santé avec l'Agence régionale de Santé (ARS) est conditionnée par l'inscription du CPOM dans les politiques de santé (nationale ou régionale) et par sa complémentarité d'action avec les autres équipements de santé, médico-sociaux et sociaux du territoire. La coopération doit se traduire concrètement par la mutualisation et/ou des regroupements économiques. L'objectif est d'optimiser, le fonctionnement de nos organisations par des décisions rationnelles, justifiées par des besoins identifiées, favorisant l'efficience du système de santé. Le point d'orgue réside dans la mise en place des procédures d'appels à projet par la loi HPST de 2009. Tous ces fonctionnements seront évalués, lors de la certification et par l'Agence Nationale d'Appui à la Performance, créée par la loi HPST de 2009 dans une approche de rentabilité (qualité, coût, moyens).

---

<sup>58</sup> ROBELET M., DERRE M., BOURGUEIL Y., Op.cit.

La santé mentale nécessite une approche globale des patients, une offre de soin coordonnée sur le territoire de santé, qui tient compte du nouveau cadre budgétaire. Où en est le CMP de l'Association RENOVATION ? Nous disposons d'atouts, mais l'approche locale de notre action et son cloisonnement apparaît comme une limite et une source d'écarts, face aux besoins et attentes de la population et de la commande publique.

### **1.3 Le CMP de l'Association RENOVATION, une approche locale et cloisonnée de la prise en charge en santé mentale infanto-juvénile sur le territoire**

#### **1.3.1 Une prise en charge de proximité et responsabilisée, mais isolée**

- A) D'une action innovante, de proximité, en marge de l'environnement institutionnel...

En 1972, l'initiative rare et innovante, de la délégation de l'activité de consultations Psychiatrie Infanto-Juvénile de l'inter-secteur 33I01 (Bordeaux Nord-Médoc) à l'Association RENOVATION, fut prise par le Médecin Psychiatre des Hôpitaux, responsable de l'inter-secteur. Ce dernier souhaitait disposer de modalités d'action plus souples et autonomes, vis-à-vis de l'hôpital et portait un projet en adéquation avec les missions et les valeurs de l'Association RENOVATION<sup>59</sup>. Il avait déjà, une vision pluridisciplinaire de l'intervention, dénommant d'ailleurs, le service « *Centre de Santé Mentale Infantile* ». Il construisit l'intervention autour d'une équipe composée de Psychiatres, d'Assistantes Sociales, de Psychologues, de Psychomotriciens, d'Orthophonistes dans 12 lieux de consultations répartis sur *l'inter-secteur (Annexe2)*. Ce service disposait d'un statut médico-social.

Il était Professeur et Responsable du Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent. Et, à ce titre, il formait, puis recrutait les intervenants du CMP. Le CMP l'Association RENOVATION était dirigé par son épouse (Médecin Psychiatre). Cette dernière, était rémunérée par l'Association Rénovation, mais concrètement, elle était en lien de *subordination* avec le chef de *l'inter-secteur* (son mari). Elle faisait appliquer avec

---

<sup>59</sup> Association créée en 1955, historiquement à vocation médico-sociale et sociale, mais qui comprend 4 établissements sanitaires. [www.renovation.asso.fr](http://www.renovation.asso.fr)



fermeté, autorité et rigueur les modes de prise en charge « *souhaités* » par ce dernier. Cette position permettait à celui-ci de mettre en œuvre sa politique sectorielle de proximité, au service des autres établissements, sous sa responsabilité (Hôpital de Jour, Hospitalisation à Domicile...). Le Médecin-Directeur participait peu aux instances associatives (Conseil de Direction et Conseil d'Administration) et ne s'appuyait que sur les services administratifs de la direction générale.

B) ...à une responsabilisation des équipes et un rapprochement de l'hôpital

Le CMP a connu son 1<sup>er</sup> grand changement, en 1996 avec le *départ* du responsable de *l'inter-secteur* (décès soudain, lors d'une conférence). Son remplacement par un successeur, autre que celui qu'il avait désigné, a entraîné la démission du médecin-directeur. Le nouveau responsable de *l'inter-secteur* devint aussi, le Médecin-Directeur du CMP. Ce dernier, Psychiatre des Hôpitaux et Professeur, rémunéré par l'hôpital, se trouva sans lien de subordination avec l'Association RENOVATION. La stratégie managériale en fut bouleversée.

Le CMP est passé d'un management charismatique, directif, avec des modalités de prise en charge, imposées, contrôlées (quantitatif, qualitatif) à un management de responsabilisation et une volonté de se rapprocher de l'hôpital. Ceci se traduit par une réorganisation de type hospitalière, en positionnant 4 médecins salariés du CMP en responsables de « *pôle* » (4 équipes pluridisciplinaires) et ce ? sans modification du découpage interne des territoires, créant les *Pôles* Bordeaux-nord, Blanquefort-Bruges, Eysines-Saint Médard en Jalles et Médoc. Puis, une démarche qualité et de certification conjointe avec le CH Charles PERRENS (*Annexe 3*) et la mutualisation du médecin DIM (*Annexe 1*). Le Médecin-Directeur conclut ce changement en 2004, par le passage du CMP du secteur médico-social au secteur sanitaire.

En termes de prise charge, le nouveau médecin directeur, d'approche comportementaliste, ne souhaitait pas imposer son modèle aux personnels, formés par le précédent responsable d'approche psychanalytique. Il privilégia le *statu quo* et la *paix sociale*, laissant les modalités de prise en charge et de fonctionnement aux médecins responsables. Malgré de bonnes relations avec l'Association, le médecin directeur ne disposait pas de temps pour participer aux instances associatives et laissait à la direction générale de l'association la gestion quotidienne du service. Avec ce changement, les personnels du CMP ont eu le sentiment d'être abandonnés par l'Association RENOVATION et craignaient d'être intégrés à l'hôpital.

Il est remarquable de constater que le point commun de ces 2 périodes antagonistes est le fait que la direction du CMP n'était pas située dans un *pôle* ou dans des locaux de

l'Association RENOVATION, mais dans des locaux du CH Charles PERRENS (Depuis 2008, elle se situe dans les mêmes locaux que le pôle Bordeaux nord.

Le CMP et son offre de service qui s'est développé rapidement pour trouver sa configuration actuelle, à compter des années 80. Il a peu évolué depuis et à continuer à se « figer », alors que le territoire, la population et l'environnement évoluaient.

### **1.3.2 Un plateau technique complet, qui a peu évolué face aux besoins de la population du territoire**

#### A) Un territoire vaste et hétérogène et une démographie en progression

Avec une superficie de 2 500 km<sup>2</sup>, notre territoire d'intervention est le plus important du département de la Gironde (*Annexe 4*). Le nombre d'établissements scolaires présents sur le territoire est 225 (de la maternelle au lycée) et correspond à environ 54 000 élèves (*Source académie de Bordeaux*). Ce territoire comprend des zones rurales, urbaines, périurbaines et s'inscrit sur 2 *territoires intermédiaires* de santé. Celui de LESPARRÉ-MEDOC et en partie celui de BORDEAUX (*Annexe 5*). Sur notre territoire d'intervention, la population a augmenté de 16,24 % entre 1999 et 2009. Et, la population des 0-19 est passée a augmenté de 6,95 % entre 2006 et 2009 (*Source INSEE 2006*). La population est concentrée sur les zones urbaines et péri urbaines, avec une évolution démographique importante, notamment des jeunes, en faveur du territoire rural du MEDOC (*Annexe 6*). Il n'existe pas de données épidémiologiques précises concernant la population des jeunes du territoire, hormis celles relatives à nos consultations. Mais, nos données sont influencées par nos prescripteurs, dont le plus important est l'Education Nationale.

#### B) Des caractéristiques de population liés au « statut » de nos prescripteurs

##### a) *Une population scolarisée...*

73% des orientations au CMP sont le fait de l'Ecole. Le reste émane des services sociaux, notamment des MDSI. Ceci rend notre activité dépendante des rythmes scolaires et des fluctuations du personnel de l'Education Nationale. Le territoire MEDOCAIN manque de Psychologues Scolaires et fait que notre pôle MEDOC est confronté à l'absence de « filtrage » des demandes de l'école. D'autres professionnels orientent plus

ou moins et avec une pertinence variable selon les pôles.

*b) ... qui a entre 6 et 11 ans, majoritairement masculine ...*

Sur les 1756 jeunes reçus en 2009, 49% ont entre 6 et 11 ans, 28% ont moins de 5 ans, 21% sont âgés de 11 à 15 ans et 2% ont plus de 15 ans. Il s'agit de garçons pour 66%. La proportion de filles est très faible, notamment chez les plus jeunes (27,5% pour les 5-10 ans). Cette répartition a connu peu d'évolution depuis la création du service.

*c) ...avec des troubles du comportement, de l'anxiété, de l'apprentissage et des difficultés psychosociales en aggravation*

Les troubles du comportement, les troubles anxieux (excitation, dépression) sont très majoritaires, à 80% pour les 3-6 ans. Pour les 6-12 ans, il s'agit des mêmes troubles, en y ajoutant, les troubles de l'apprentissage et une plus grande proportion des troubles thymiques (humeur). Ces caractéristiques se poursuivent pour la tranche d'âge 12-15 ans. On constate une augmentation des dépressions, une diminution des retards mentaux et l'augmentation des conduites à risque. On constate aussi, une augmentation de la proportion d'enfants d'origine étrangère, jusqu'à 25 % à Eysines (présence d'un CADA), dont certains parents ne parlent pas du tout français, ce qui rend difficile l'accès au soin. Les familles reçues sont représentatives et caractéristiques des lieux de vie dans lesquels nous sommes installés. Pour la très grande majorité, elles disposent de revenus modestes, voire faibles (minima sociaux). Cela est dû en partie au fait, qu'aucune avance de frais n'est à faire dans notre CMP. On constate aussi que les pathologies sont parfois associées à un contexte socio-familial difficile (divorce, famille immigrée ou transplantée, monoparentale, adoption, milieu social très défavorisé). Par ailleurs, des troubles mentaux ou perturbations psychologiques sont présentes dans 18% des situations familiales. Concernant les orientations institutionnelles, on note une augmentation des orientations en HDJ et en CATTP pour dysharmonie psychotique ou psychose avérée. Les orientations en ITEP sont stables. On constate, une augmentation des orientations en CLIS, au détriment des orientations en IME et une diminution des orientations en MECS, car la plupart des enfants carencés présentent aussi des troubles psychiatriques.

*C) Des moyens situés en proximité, mais inégalement répartis sur le territoire, sans diagnostic des besoins*

Pour couvrir cet espace territorial et assurer notre mission, nous disposons de 4 pôles correspondant à 12 lieux de consultations (*Annexe 7*). Les Ressources Humaines sont de 52 salariés pour 32 ETP, mais elles sont inégalement réparties (*Annexe 8*). Les 4 équipes sont toutes pluridisciplinaires et ont la même composition (Psychiatre, Psychologue,

Orthophoniste, Psychomotricien, Assistante Sociale, Secrétaire Médicale). 75% des salariés sont à temps partiel, ceux-ci allant de 0,06 ETP à 0,75 ETP. Cela ne facilite pas la cohésion de l'organisation et du fonctionnement et rend difficile la mise en œuvre de temps communs. En ce qui concerne le pôle MEDOC, la plupart des intervenants partent de Bordeaux et ont le temps de trajet compris dans le temps de travail (le lieu d'embauche inscrit sur le contrat de travail est Bordeaux). Cela réduit le temps d'intervention auprès des jeunes. Certains pôles sont pauvres dans des domaines professionnels. Le pôle Blanquefort est limité en temps de Psychologue et d'Assistante Sociale. Le pôle Médoc dans le domaine médical, (0,5 ETP non pourvu) et ce de façon récurrente. Ce déficit de temps médical est comblé par la mise à disposition par le CH Charles PERRENS (*Annexe 9*) d'un *chef de clinique* de l'hôpital, sous l'autorité du chef de secteur pour des durées de 2 à 3 ans. Malgré l'investissement de ces jeunes médecins, cela ne permet un management de proximité efficace. Les « *outils de travail* » des intervenants (tests de bilan psychologique, d'orthophonie, de psychomotricité, matériel éducatif pédagogiques...) ne sont pas tous présents ou de façon inégale suivant les pôles. En 2006, les secrétariats des pôles (1ETP chacun) ne disposaient pas de mail et il n'existait pas de Système d'Information. Les dossiers patients informatisés étaient saisis et centralisés à la direction du CMP. Depuis la création du service, le relevé d'activité s'effectue sur papier de façon très précise et permet d'effectuer les envois sur la plateforme *e-psmsi* de l'ATIH, dans le cadre du RIM-psy. Les moyens n'ont pas fait l'objet d'une nouvelle répartition, face à l'évolution du territoire et de ses besoins.

- D) Une activité importante conforme aux engagements auprès de l'ARS, mais un accès inégalitaire aux soins

Le CMP a une activité importante (*Annexe 10*). Plus de 30 372 actes réalisés en 2009 pour un objectif de 30 000 (déterminé lors du passage dans le secteur sanitaire en 2004). La file active moyenne sur les 3 dernières années est de 1 750 enfants. Mais les chiffres d'activité par pôle montrent des disparités d'accès au soin en termes de délais d'accueil et de possibilité de prise en charge (types de thérapies).

Les délais d'attente pour un rendez-vous avec un médecin varient de 3 semaines à 6 mois suivant les pôles et les périodes de l'année (le SROS impose un délai de 15 jours). Le temps de bilan varie de 3 mois à 6 mois et enfin, celui d'une place en thérapie de 1 mois à 3 mois. De façon générale, l'activité de bilan continue d'augmenter, mais on constate une proportion plus importante de bilans d'évolution par rapport aux ouvertures de dossiers (40 %). Cela est en lien avec l'allongement des durées de prise en charge. Il est à noter que, sur le MEDOC, il n'y a pas de possibilité de bilan d'évolution, car la file

d'attente pour un nouveau dossier est trop importante. Le ratio nombre d'actes par bilan s'est accru et se situe en moyenne à 4,8 actes/bilan. La présence et les modalités de prescription médicale étant stables, ceci semble lié à l'aggravation des pathologies avec les conséquences instrumentales et souvent cognitives des troubles. L'activité de traitement (groupe psychodrame, groupe conte écritures, thérapie individuelle,...) continue d'augmenter, particulièrement en faveur des pratiques de groupe. Mais ces soins ne sont pas disponibles sur tous les pôles. Le taux de double prise en charge (avec un autre établissement ou service) est de 7%. Certains pôles proposent régulièrement des prises en charge pluri-hebdomadaires. Les jeunes et leur famille n'ont pas la possibilité d'être reçus sur un autre pôle que celui correspondant à leur lieu d'habitation, même si cela peut faciliter les délais d'accueil et l'accès au soin (!). La prise en charge des familles se limitent au suivi de l'enfant. Le CMP ne dispose pas de moyens pour assurer un accompagnement spécifique des parents et n'a pas de partenariat à cet effet. On ne peut alors, que constater le cloisonnement des services.

### **1.3.3 Un cloisonnement et une approche locale de l'intervention, mais un travail en équipe et une demande d'institutionnel**

Le cloisonnement est dû, non pas à la responsabilisation des médecins, mais à l'absence d'accompagnement dans cette nouvelle mission. Cela a entraîné la prévalence d'une approche locale de l'action, tout en favorisant la culture du travail en équipe.

- A) Une culture du travail en équipe, mais des équipes cloisonnées caractérisées en outre, par l'absence d'espaces d'échange *interservices*

L'organisation du service entre 4 pôles géographiques et l'absence d'accompagnement de la responsabilisation des médecins de pôle ont conduit au cloisonnement des services, mais aussi au renforcement et à l'implication des équipes. Entre services, les intervenants ne se connaissent pas, hormis les plus anciens. Il ne reste plus que la réunion de synthèse des équipes, comme lieu de régulation dans le service. Il n'existe plus de réunions inter service et la direction ne tient plus de réunions générales avec les personnels. Des projets de pôle existent (consultations transculturelles pour le pôle Eysines-Saint Médard en Jalles et CATTAP Adolescents pour le pôle Blanquefort Bruges), mais sans implication ou consultation des autres pôles. Les demandes de formations individuelles ou d'équipes sont importantes, mais restent limitées à la vision du médecin de l'équipe. Il n'y a pas de demandes globales pour le service ou par profession. Et lorsque la Direction en impose une, tout le monde s'en étonne. Depuis sa création, la

pluridisciplinarité est l'interdisciplinarité sont la base du fonctionnement et du travail au CMP. Le climat social est bon et se traduit par un faible absentéisme, moins de 3,2% en 2009, un « *turn over* » quasi inexistant et une absence de représentation du personnel. Jusqu'à fin 2009, il n'y avait plus de délégué du personnel depuis 11 ans. Les réunions de droit d'expressions des salariés n'ont fait l'objet que de Procès-verbaux de carence, depuis leur mise en place. Les équipes demeurent stables et soudées, autour du médecin responsable, qui représente le catalyseur.

B) Un médecin *catalyseur*, mais une équipe et une activité « *médecin-dépendante* »

Le médecin de pôle apparaît comme le catalyseur de l'action, sa personnalité, et ses compétences, son approche clinique et son implication influent largement les comportements et l'action de l'équipe auprès des patients. L'organigramme (*Annexe 8*) montre le rôle central du médecin. Les 4 pôles peuvent alors, apparaître comme des « *baronnies* ». En outre, on constate que l'absence du médecin bloque l'action de les tous intervenants, à tous les niveaux de la prise en charge des enfants, (accueil, synthèse, orientation, choix thérapeutiques, réévaluation), hormis dans la mise en œuvre des soins. Ceci tend à montrer que l'activité de l'*inter-secteur* et du CMP n'est pas « *Chef de secteur dépendante* », mais « *Médecin de pôle dépendante* ». Cette personnalisation de l'action se traduit par une approche locale des réponses, tant au niveau des patients que des partenaires.

C) Une activité et une culture partenariale importantes avec des partenaires communs à tous les pôles, représentant tous les secteurs (social, médico-social, sanitaire...), mais suivant des modalités personnalisées, localisées, empiriques et en aval

On constate tout d'abord, l'absence d'implication de la Direction du CMP dans les partenariats. Hormis, la convention signée avec le CH Charles PERRENS (en réalité par les directions générales respectives), il n'existe pas d'autres conventions partenariales signées par la direction du CMP. Et, aucune démarche en faveur d'actions de prévention et/ou de dépistage n'est en cours. Il n'existe pas non plus, de partenariat formalisé avec les services et établissements de l'Association.

Au niveau des pôles, on constate une grande disparité des pratiques partenariales. Le partenariat est personnalisé et influe de manière plus ou moins importante le volume et le contenu de l'activité. Ces fonctionnements s'effectuent selon des modalités négociées localement, non coordonnées au niveau global, de façon empirique, au gré des

personnes et des pressions plus ou moins fortes des « *pouvoirs locaux* ». Or, tous les pôles travaillent avec les mêmes partenaires institutionnels. Ils représentent la quasi-totalité des intervenants sociaux, médico-sociaux et sanitaire du secteur (Education Nationale, psychologue scolaire, RASED ; le Conseil Général/MDSI/PMI ; la MDPH ; les services d'AED, AEMO, SESSAD, ITEP, IME...et la médecine de ville). De plus, les demandes d'interventions partenariales augmentent depuis la loi sur l'intégration scolaire (*loi 2005-102 du 11 février 2005, sur l'égalité des droits et des chances*).

L'absence de coordination du partenariat participe à l'augmentation de nos délais d'intervention. Même localement, il n'existe pas d'actions de préventions ou de dépistage précoce en santé mentale. Cette situation est en partie lié au fait, que le *leadership* du secteur est quelque peu « *délaissé* », alors qu'il constitue, une position stratégique essentielle, à la fois en termes d'influence et de prise en charge. Le *chef de l'inter-secteur* réunit les équipements de santé mentale du secteur 33I01. Mais, ce dernier gère 10 services (*Annexe 11*) et ne dispose pas du temps nécessaire pour une bonne tenue de cette instance. De fait, elle perd de son intérêt pour les participants (médecins et directeurs concernés) et se vide de son sens. Cela se traduit par l'absence d'organisation et de coordination des soins pour les enfants et adolescents du secteur 33I01. Rien n'est pensé, élaboré et partagé (acteurs et usagers) en termes de parcours de soins. Chacun s'affaire à l'activité de son institution, de son pôle. Il en ressort pour le CMP, un projet de service « *catalogue* ».

#### D) Un projet des « *services* » et non « *de service* »

Le projet d'établissement 2007- 2011 est hérité du passé et n'a pas fondamentalement changé. Il représente un catalogue de ce qui se fait au sein des pôles, sans que l'on puisse y détecter un diagnostic, une approche globale, une recherche de cohérence de coopération entre les pôles et avec nos partenaires (*Annexe 12*). Il ne fait que confirmer l'absence d'approche globale et de coordination des réponses sur le territoire (impossibilité de sortir du découpage interne, inaccessibilité de certains soins suivant les lieux d'habitation, absence de prévention) et notre certification V1 et V2 a été obtenue dans le cadre de notre démarche conjointe avec le CH Charles PERRENS.

Le bilan financier du CMP (*Annexe 13*) traduit le constat ci-dessus et marque le vieillissement du service et l'absence de stratégie à moyen et long terme du CMP. En effet, au regard de l'activité pluridisciplinaire de consultations (12 lieux d'accueil) du CMP, la situation bilancielle apparaît à ce jour insuffisante (fonds propres 18,4% du budget, taux de vétusté de 91%, capacité à investir faible de 20 000,00 € en moyenne par an). Et, le budget, dont la masse salariale représente 89% (!), se trouvera pour la 1<sup>ère</sup> fois,

structurellement déficitaire en 2011, en raison des contraintes budgétaires.

Cette situation génère de l'insatisfaction de la part des usagers, des partenaires, de la direction, de l'Association et des personnels. Mais, elle suscite aussi de l'inquiétude et de l'incertitude, quant à l'avenir. D'où l'émergence d'une demande d'institutionnel.

#### E) Une demande d'institutionnel fondée sur l'insatisfaction et l'incertitude

Depuis quelques temps les médecins et les intervenants sont en demande d'institutionnel. L'environnement actuel les amène à faire face à des situations qui nécessitent une intervention de la Direction. Notamment pour des demandes de financement de projet, d'aménagement de locaux, des difficultés de relations avec la MDPH ou de gestion d'équipe. Mais aussi, du fait de la pression à la consultation, de l'évolution des besoins de la population (aggravation des pathologies, accompagnement familial, prise en charge des tous petits, des populations transculturelles...), de l'augmentation des demandes de consultation et des délais d'intervention. J'ai pu alors mesurer l'écart qui existe entre des équipes investies, faisant des propositions, cherchant l'information, l'appartenance, du sens, à l'écoute, attachée aux valeurs associatives. Et, ces mêmes équipes, que l'on disait repliées, vieillissantes, vivant sur leurs acquis, démunies, assumant le quotidien sans une vision globale et dynamique susceptible d'améliorer la prise en charge. Malgré les bonnes intentions des dynamiques managériales précédentes, celles-ci ont laissé trop peu de place à l'échange (communication, information) entre la Direction et les équipes pour permettre leur implication objective et les préparer au changement.

C'est sûrement, l'ensemble de ces constats qui a motivé la « *reprise en main* » du CMP par la Direction Générale de l'Association, qui s'est traduite par mon arrivée en tant que Directeur en 2006 et celle du Médecin-Directeur-Adjoint en 2007.

## **1.4 Le CMP des constats et des écarts préoccupants, mais une envie et les moyens du changement**

### **1.4.1 Un diagnostic entre forces, faiblesses, menaces et leviers pour le changement**

Notre organisation, l'utilisation de nos moyens et notre fonctionnement sont cloisonnés et n'ont pas été revus, au travers des évolutions démographiques du territoire de santé et du



contexte environnemental actuel. Les modalités de prise en charge ont peu évolué et ne sont pas accessibles à tous les enfants. Les pathologies de ces derniers s'aggravent et les délais d'intervention augmentent. Le partenariat est important mais non coordonné, sans objectifs précis et ne concerne pas la prévention et l'intervention précoce. Les familles ne peuvent faire l'objet d'un accompagnement spécifique. Cela se traduit par un accès inégalitaire aux soins et une absence d'approche globale de la prise en charge infanto-juvénile sur le territoire. Les moyens sont fragmentés. Cette fragmentation est accentuée par l'absence de coordination des réponses qui caractérise un manque d'efficacité du système de soins. Néanmoins, le CMP dispose d'atouts et de leviers pour améliorer la qualité de son intervention au bénéfice de la population de l'inter-secteur. Cela passe par la mise en lien de la Direction, des Pôles, de l'Association et des partenaires pour faire émerger des réponses coordonnées aux besoins des enfants et des adolescents de l'inter secteur 33I01.

A) Tableau des forces et des faiblesses du CMP

	FORCES	FAIBLESSES
USAGERS	Proximité, du bilan aux soins, diversité des soins, Gratuité, accueil des parents, participation au parcours de soins	Inégalité d'accès aux soins (délais, prise en charge, recours), cloisonnement géographique, diagnostic des besoins du territoire, dossier patient informatisé, accompagnement des parents
FINANCEURS	Réalisation des objectifs, RIM-Psy, gestion, certification V2	Lisibilité du partenariat, coopération, non adaptation au territoire de santé
PARTENAIRES	Relation quotidienne, Sollicitation, Réactivité, Histoire, Culture, Charles PERRENS	Personnalisé, non formalisé, absence d'évaluation, connaissance précise de l'action, absence de convention globale et opérationnelle, recours parfois inadapté ou systématique, relation avec la MDPH, établissement ou service de notre Association
PROFESSIONNELS (équipes de terrain et direction)	Histoire, Pluridisciplinarité, Stabilité, Esprit d'équipe, Implication, Motivation, Climat social, Demande d'institutionnel, Demande d'outils de travail, Demande de formation, Prévision de départs à la retraite	Vision locale, formalisation, cloisonnement, lisibilité, ouverture sur de nouvelles pratiques, communication, risques psychosociaux, absence d'instance de régulation et de réflexion, cohésion et sentiment d'appartenance au CMP, connaissance des enjeux du système de santé, évaluation et démarche qualité, éloignement de la direction/équipes/association/partenaires

## B) Menaces et leviers pour le changement

Menaces	Leviers
Refus de l'autorité de la direction	Equipes dans l'incertitude <sup>60</sup>
Crainte de la perte de pouvoirs	Equipes en demande d'institutionnel
Crainte de la perte de moyens	Une culture d'équipe forte
Crainte de la redéfinition des territoires	Equipes soudées autour du médecin
Perte de l'implication des personnels	Equipes qui font des projets
Rareté des espaces d'échanges	Des partenaires communs
Pouvoir des médecins de pôle	Demandes de formation importante
Attachement fort de l'équipe au pôle	Renouvellement des salariés (retraite)

### 1.4.2 Des écarts en termes de réponses aux besoins, de commande publique et de management

- Entre les besoins de la population (prévention, précocité, accompagnement, coordination des soins) et l'offre de service (modalités de prise en charge en aval, inégalement réparties sur le territoire, personnalisées et cloisonnées en interne et externe).
- Entre une mission de coordinateur, d'intégration du parcours de soins et la position du CMP peu lisible, parfois bloquante, voire de toute puissance, accentuée par le phénomène de « filière ».
- Entre un projet de service fédérateur, global, cohérent et adapté aux besoins de la population du territoire et des « projets d'équipes » répondant à des demandes locales favorisant les *baronnies*.

---

<sup>60</sup> Aggravation des pathologies, augmentation des demandes, des délais, absence de psychologue scolaire, délais d'attente avant une orientation en établissement spécialisé, fonctionnement de la MDPH.

### 1.4.3 La question centrale et les hypothèses théoriques :

#### A) La question centrale

Comment élaborer et mettre en œuvre un projet de service de consultations en Psychiatrie Infanto-Juvenile qui soit cohérent, unifié, qui intègre l'interne, l'externe, le social et le médico-social, permettant ainsi un accès égalitaire aux soins et des réponses coordonnées et adaptées aux besoins d'une population située sur un territoire défini dans un environnement budgétaire contraint ?

#### B) L'hypothèse générale

Le management de projet doit permettre au Directeur de restructurer l'intervention du CMP par une incitation des acteurs à coopérer plus étroitement de façon à mieux utiliser les ressources et les compétences disponibles, afin de réduire la fragmentation de l'offre de soin et accroître l'efficacité du système de soins.

#### C) Les Hypothèses théoriques

La mise en place d'une logique de coopération entre les services doit initier l'émergence de modes d'intervention transversaux permettant des réponses coordonnées, au bénéfice de la population d'un territoire défini.

La coopération entre professionnels est issue d'une volonté commune de travailler ensemble, influencée et façonnée par les « règles » de l'organisation et la conception de l'action par les professionnels.

La refondation du projet de service doit permettre au CMP d'intégrer de nouvelles formes de coopération sur un territoire rééquilibré, dans lequel le patient dispose de réponses singulières.

Le maintien de la culture d'équipe et d'un climat social positif doit à la fois favoriser la démarche de changement dans laquelle le patient est au centre et inscrire la coopération dans la durée.

## 2 Développer la coopération pour penser et agir ensemble<sup>61</sup> sur le territoire au bénéfice des patients

« *Se réunir est un début, rester ensemble est un progrès, travailler ensemble est la réussite* », Henry FORD

### 2.1 La coopération pour des réponses coordonnées, au bénéfice de la population d'un territoire

La coopération et la coordination se construisent à partir d'un besoin, d'une volonté et du désir de certains acteurs, dont le Directeur. Elles s'animent et se développent sur la base de la connaissance, de la reconnaissance mutuelle et d'un « *commun* », par des procédures d'échanges simples, directes et efficaces<sup>62</sup>. La reconnaissance de l'interdépendance des acteurs et le processus d'intégration constituent le pré requis de leur mise en œuvre.

#### 2.1.1 Le processus d'intégration, ou l'interdépendance « *reconnue* »

##### A) La reconnaissance des interdépendances...

L'interdépendance se définit comme, « *la dépendance réciproque, mutuelle. La dépendance désigne les rapports qui lient certaines personnes, êtres vivants ou choses, et qui les rendent nécessaires les uns aux autres. C'est aussi un état de sujétion, de subordination* »<sup>63</sup>. Dans notre activité, la reconnaissance de l'interdépendance ne va pas de soi. La présence de compétence rare (psychiatre), être parfois le seul recours, préconiser les orientations des jeunes, être une référence partenariale, peut nous situer dans de la toute-puissance. Or, notre pluridisciplinarité, notre rôle de pivot, les besoins et les attentes de la population, la multiplicité de nos partenaires et nos limites de compétences, nous situent clairement dans une position d'interdépendance. Que ce soit, en interne ou en externe, un seul acteur ne détient pas toutes les compétences requises.

---

<sup>61</sup> DHUME F., 2002, « De faire faire à agir ensemble : l'implication du collectif, du travail social au travail ensemble », Editions ASH, p208.

<sup>62</sup> Guide du directeur, 2004 Avril Mai Juin, La question de la construction de la coopération, ESF Editions, VII, pp81-117.

<sup>63</sup> Dictionnaire Littré, Du latin *inter* : *parmi*, *entre* avec un sens de réciprocité et *dependere* : *dépendre de, reposer*

La légitimité de la réponse ne peut être que collective et interdisciplinaire. Sans l'implication de nos partenaires et de la famille, notre intervention ne peut être efficace<sup>64</sup>. Pour BYRON et CROSBY, « *l'interdépendance se constate quand les acteurs ou les organisations autonomes doivent résoudre des problèmes collectifs. Quand aucun des acteurs ne détient toutes les ressources, les compétences, la légitimité nécessaire pour apporter une réponse légitime et valide aux problèmes auxquels chaque acteur ou organisation du champ est confronté* »<sup>65</sup>. Actuellement, notre interdépendance se traduit par un partenariat local personnalisé. Il atteint ses limites par des modalités différentes et non coordonnées sur des territoires inopportuns. La réponse se trouve dans une dimension supérieure, globale, qui passe préalablement par le processus d'intégration des 4 pôles de notre CMP.

## B) ...point de départ du processus d'intégration

L'intégration se définit comme « *un processus qui consiste à établir une interdépendance plus étroite entre les parties d'un être vivant ou entre les membres d'une société* »<sup>66</sup>. En physiologie, elle consiste en la « *coordination des activités de plusieurs organismes nécessaires à un fonctionnement* »<sup>67</sup>. Dans le système de santé, le Professeur CONTANDRIOPOULOS<sup>68</sup> donne la définition suivante : « *le concept d'intégration consiste à organiser une cohérence durable dans le temps entre un système de valeurs, une gouverne et un système clinique, de façon à créer un espace dans lequel les acteurs (les organisations) trouvent du sens et un avantage à coordonner leurs pratiques dans un contexte particulier* ». L'intégration est basée sur le constat d'une interdépendance des acteurs, de la demande publique (La restructuration du système de santé vise à inciter les acteurs à coopérer plus étroitement de façon à mieux utiliser les ressources et les compétences disponibles pour réduire la fragmentation de l'offre de soins et accroître l'efficacité du système de soin) et du besoin de coordination<sup>69</sup>. Notre activité pluridisciplinaire, éclatée sur un vaste territoire, partenariale doit trouver son efficacité, sa cohérence et sa démarche d'amélioration de la qualité dans un processus d'intégration, au bénéfice des patients. L'enjeu de l'intégration est de créer de nouveaux canaux (espaces) de coopération et de coordination entre les acteurs (organisations) ayant leurs

---

<sup>64</sup> Dictionnaire Littré : Cause efficace, cause qui produit effectivement son effet, une chose

<sup>65</sup> CONTANDRIOPOULOS A-P., DENIS J-L., TOUATI N., RODRIGUEZ R., Intégration des soins : dimension et mise en œuvre, Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, vol 8, n°2, 2001, pp38-52

<sup>66</sup> Dictionnaire, *Le Robert*, 1998

<sup>67</sup> Ibid.

<sup>68</sup> Professeur au département d'administration de la santé et GRIS, Université de MONTREAL

<sup>69</sup> CONTANDRIOPOULOS A-P., DENIS J-L., TOUATI N., RODRIGUEZ R., Op.cit.

propres frontières<sup>70</sup>. Les efforts d'intégration doivent toujours s'accompagner d'une volonté de préserver la liberté des acteurs et le potentiel d'innovation qui peut en découler<sup>71</sup>. Car, la réussite d'un modèle d'intégration des services repose sur 3 niveaux de partenariats : stratégique et financier entre les financeurs locaux, opérationnel entre les institutions et enfin clinique par une analyse partagée des acteurs<sup>72</sup>. La coopération des acteurs est alors au centre de la problématique de l'intégration<sup>73</sup>.

### 2.1.2 La coopération, mode de relation privilégié pour un objectif commun

- A) La coopération, un espace de mise en commun fondé sur la reconnaissance réciproque, issu de l'incertitude et de la complexité

Pour BENSON, « *la coopération est le mode de relation que des acteurs (organisation) en situation d'interdépendance ont tendance à privilégier, plutôt que la concurrence, quand ils partagent les mêmes valeurs et s'entendent sur une philosophie d'intervention commune, quand ils évaluent positivement le travail des autres acteurs ; quand ils s'accordent sur le partage de leurs domaines de compétences et de leur tâches et enfin quand ils sont placés dans un contexte organisationnel favorable* »<sup>74</sup>. La coopération apparaît comme la possibilité de décroiser, désenclaver les services pour une action adaptée aux nouvelles dimensions « territoriales » de la santé, à la condition d'une reconnaissance réciproque et d'un accord des participants. Il s'agit pour notre CMP d'initier une volonté de coopération globale pour proposer des réponses de proximité adaptées et égalitaires, car « *les coopérations se développent dans le cadre de politiques « régionales » pour le développement « local »* »<sup>75</sup>.

Dans l'entreprise, la coopération existe et constitue une forme organisationnelle alternative pour faire face à l'incertitude, la complexité des besoins, la complexification des connaissances, qui font qu'il est de plus en plus difficile de relever seul les défis. Elle vise à assurer la stabilité de l'organisation dans une dynamique longue. Il existe 3 formes de coopération inter service ou établissement. Deux types méritent notre attention, mais ne correspondent pas à notre situation. La coopération verticale : « *sous-traitance*

---

<sup>70</sup> CONTANDRIOPOULOS A-P., DENIS J-L., TOUATI N., RODRIGUEZ R., Op.cit.

<sup>71</sup> CONTANDRIOPOULOS A-P., DENIS J-L., TOUATI N., RODRIGUEZ R., Op.cit.

<sup>72</sup> PAQUET M., 04 septembre 2009, « Psychiatrie et travail social. Un rapprochement inéluctable, mais laborieux », ASH, n°2622, pp 28-31.

<sup>73</sup> CONTANDRIOPOULOS A-P., DENIS J-L., TOUATI N., RODRIGUEZ R., Op.cit.

<sup>74</sup> CONTANDRIOPOULOS A-P., DENIS J-L., TOUATI N., RODRIGUEZ R., Op.cit.41.

<sup>75</sup> BRUERE S., 2003, « la stratégie réseau en entreprise », Université de Metz et Nancy 2, DESS de Psychologie du Travail et Nouvelles Technologies, p21.

*intelligente* » par une participation aux étapes de la conception du produit. La coopération horizontale, « *l'alliance* », c'est-à-dire un rapprochement d'entreprises concurrentes, du même secteur, en raison d'une inadéquation entre l'organisation mise en place et l'évolution du marché. La plus proche de notre situation est la coopération sur un territoire localisé, « *la coordination* ». Dans ce type de coopération, l'appartenance à un même territoire entraîne des interdépendances liées à la proximité et augmente la part des relations informelles dues au partage des ressources, des équipements, de la communication, des services, de l'administration. La coopération permet d'avoir les avantages de la complémentarité, tout en conservant l'autonomie de décision<sup>76</sup>, car la coopération n'est jamais absolue. Elle n'exclut pas la présence de relations de concurrence entre acteurs et organisations, mais nécessite la présence d'un *catalyseur*<sup>77</sup>.

B) L'émergence de la coopération *localisée* par la présence et l'activité d'un *catalyseur*.

Les critères du développement de la coopération localisée sont : Des promoteurs agissant comme des leaders d'opinion, l'existence d'une culture partenariale, le caractère urbain et périurbain ou rural du territoire d'implantation du réseau, la démographie médicale, la richesse des ressources sanitaires et sociales ainsi que les politiques offensives des tutelles régionales (ce sont les mêmes pour les outils de coordination, dont le réseau)<sup>78</sup>. Le *catalyseur* assure la coordination et le *leadership* fonctionnel, l'essor et le renforcement de la coopération. Sa fonction principale est d'impulser la dynamique de coordination. Il doit être apte à mobiliser les acteurs, les autorités locales, les partenaires susceptibles de promouvoir la coopération<sup>79</sup>.

C) La coopération, ou la nécessité d'un apprentissage relationnel

Un des principaux éléments de la réussite de la coopération est l'existence d'une *incertitude*. Elle induit les autres éléments de sa réussite, la confiance, l'engagement, la communication et l'équité entre les acteurs et les partenaires<sup>80</sup>. Pour cela, il faut travailler sur la dimension de l'illusion égalitaire et sur le renoncement au pouvoir que les uns

---

<sup>76</sup> BRUERE S., Op.cit.

<sup>77</sup> CONTANDRIOPOULOS A-P., DENIS J-L., TOUATI N., RODRIGUEZ R., Op.cit.

<sup>78</sup> ROBELET M., DERRE M., BOURGUEIL Y., Op.cit.

<sup>79</sup> BRUERE S., Op.cit.

<sup>80</sup> Guide du directeur, Op.cit.

peuvent prétendre exercer sur les autres<sup>81</sup>. De ce point de vue, l'apprentissage relationnel constitue l'élément fondamental de conception de toute organisation, notamment réticulaire, et le levier de la coopération. C'est la stabilité de la relation qui donne l'efficacité à la coopération<sup>82</sup>. L'engagement des acteurs représente un support co-construit par les participants qui doit servir à la coopération. Il s'agit d'une convention, où chacun valorise ses connaissances spécifiques sans contrainte et qui joue le rôle de mécanisme de cohésion<sup>83</sup>. La coopération constitue alors, un espace d'échange, d'innovation et d'amélioration des pratiques par la confrontation des savoirs et par la coordination qui en découle et la nourrit. De ce point de vue, la coordination constitue la dynamique de la coopération.

### **2.1.3 La coordination, transversalité et interdisciplinarité par la redéfinition des territoires professionnels et sa formalisation**

#### A) La coordination et son nouveau paradigme, le réseau

La coordination se définit comme « *l'ensemble des arrangements qui permet un agencement logique des parties d'un tout pour une fin donnée, elle vise à mettre en ordre, voire donner des ordres* »<sup>84</sup>. Selon la définition de ALTER et AGE, dans le domaine des organisations, vu comme système organisé d'action, « *la coordination vise à assurer que tous les moyens nécessaires à l'atteinte des buts de l'organisation sont disponibles et que l'accès aux biens et services fournis par l'organisation est garanti, et que les différentes composantes de l'organisation interagissent harmonieusement, au cours du temps, les unes avec les autres* »<sup>85</sup>. Le degré de coordination entre les acteurs (organisations) dépend des besoins du projet collectif qui les amène à interagir<sup>86</sup>. Selon le Professeur CONTANDRIOPOULOS, on distingue 3 types de coordination suivant le niveau d'interdépendance des acteurs (organisations). « *La coordination séquentielle, qui existe quand un patient rencontre successivement, en séquence, les professionnels durant un épisode de maladie. Comme pour une chaîne de montage, il y a peu de relations entre professionnels qui agissent l'un après l'autre. La coordination réciproque, qui existe quand un patient est traité simultanément par plusieurs professionnels, chaque professionnel*

---

<sup>81</sup> PAQUET M., Op.cit.

<sup>82</sup> BRUERE S., Op.cit.

<sup>83</sup> BRUERE S., Op.cit.

<sup>84</sup> Dictionnaire, *Le Robert*, 1998

<sup>85</sup> CONTANDRIOPOULOS A-P., DENIS J-L., TOUATI N., RODRIGUEZ R., Op.cit.42.

<sup>86</sup> CONTANDRIOPOULOS A-P., DENIS J-L., TOUATI N., RODRIGUEZ R., Op.cit.



*doit tenir compte du travail de l'autre pour une prise en charge adaptée du patient. La coordination collective, qui existe quand une équipe de professionnels assure conjointement la responsabilité de la prise en charge selon des modalités décidées ensemble* ». Plus l'incertitude et l'équivoque sont grandes, plus le niveau d'interdépendance est élevé, plus la coordination collective est nécessaire<sup>87</sup>.

Or, la coordination constitue la fonction principale du nouveau paradigme des modes d'organisation innovants de santé, le réseau. Cet outil de coordination a été consacré par la loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé qui clarifie ses missions et le cadre de développement par une définition légale<sup>88</sup>. Le réseau est un levier permettant une évolution des réponses en termes d'organisation des soins et d'offre de services vers les usagers et les professionnels. Une organisation multi acteurs ayant pour finalité de décroquer les différents secteurs (sanitaire, social, médico-social). Il constitue un outil d'amélioration des pratiques professionnelles, une vision globale et coordonnée de l'accompagnement des usagers du système de santé<sup>89</sup>. L'articulation du réseau avec le territoire relève d'une articulation de type global/local<sup>90</sup>. Car, pour DEGRENNE et FORSE, il s'agit d'une « *globalité de réponses cohérentes mises en œuvre localement au bénéfice d'une population cible. La densité des liens entre acteurs et leur multiplicité sont des indicateurs de la réussite de ces dispositifs* »<sup>91</sup>. De même, le réseau est passé d'une logique d'organisation segmentée par filière centrée sur le soin, à une logique globale par territoire centrée sur les besoins de la population. L'avenir des réseaux de santé passe par un recentrage sur les priorités de santé, dont la santé mentale, ainsi que par la mutualisation, afin de passer du réseau de santé, au réseau territorial intégré de services<sup>92</sup>. La coordination doit s'inscrire dans le projet médical du territoire de santé qui met en évidence les besoins de coopération et de coordination<sup>93</sup>. Mais pour Saïd ACEF, « *L'enjeu n'est pas de savoir s'il faut un coordinateur ou une équipe de coordination, mais de se demander quel système de coordination on construit pour l'usager en fonction de ses besoins et de son environnement* »<sup>94</sup>. Cela passe par la redéfinition des territoires professionnels des acteurs.

---

<sup>87</sup> CONTANDRIOPOULOS A-P., DENIS J-L., TOUATI N., RODRIGUEZ R., Op.cit.

<sup>88</sup> ACEF S., 03/2008, Réseau de santé et territoire, où en sommes-nous ?, Réseaux sociaux : théories et pratiques, Faire du réseau : analyse et pratiques, Informations sociales, n°147, pp72-81.

<sup>89</sup> ROBELET M., DERRE M., BOURGUEIL Y., Op.cit.

<sup>90</sup> ACEF S., Op.cit.

<sup>91</sup> CONTANDRIOPOULOS A-P., DENIS J-L., TOUATI N., RODRIGUEZ R., Op.cit.46.

<sup>92</sup> ACEF S., Op.cit.

<sup>93</sup> ACEF S., Op.cit.

<sup>94</sup> PAQUET M., Op.cit., 31

## B) De la transversalité par la redéfinition des *territoires* professionnels

La coordination a pour but de transcender les territoires, administratifs, institutionnels, professionnels. Le terme transversal<sup>95</sup> sert à rassembler les acteurs autour d'un projet commun, qui permet la coopération et la coordination. La voie transversale sert à définir une action concrète visant à se détourner des chemins obligés, des chemins préconstruits. Pour Jean OURY et Félix GUATTARI, La transversalité permet de lutter contre l'immobilisme et la tendance à l'homogénéisation de toute institution. Il faut introduire de l'hétérogène à travers la mise en place de lieux, de sommets et de concepts aux fonctions différenciées, séparées, mais reliées par des chemins<sup>96</sup>. La transversalité, c'est lorsqu'un échange maximal s'établit entre les différents niveaux et en quelque sorte, dans tous les sens<sup>97</sup>. La transversalité ne se décrète pas, elle s'éprouve. Elle relève plus de possibilités de pratiques, que des pratiques elles-mêmes.

La coordination tente à la fois de préserver le pouvoir et l'autonomie des acteurs, tout en jouant sur les contraintes qui pèsent sur eux. Elle met en jeu, les dynamiques professionnelles qui correspondent à l'émergence de nouvelles pratiques et les mobilisations collectives, qui visent la reconnaissance ou la défense d'une compétence et/ou d'un statut ou d'un territoire professionnel<sup>98</sup>. Or, le territoire est *intérieurisé*, il suit les organisations et les acteurs. Il est alors nécessaire d'effectuer un mouvement de « *déterritorialisation* ». Ce mouvement ne nie pas l'existence d'un territoire *borné et balisé*, mais favorise une pratique singulière et créative de l'action<sup>99</sup>. La coordination permet ce mouvement. Elle constitue un espace, où se déploient, s'affrontent et/ou se réconcilient les dynamiques professionnelles et les logiques gestionnaires<sup>100</sup>.

Les équipes de soins devront démontrer leur capacité à fédérer, à tisser et à structurer les liens faibles, à investir leurs propres zones d'incertitude, comme autant de marges d'innovations locales<sup>101</sup>. En outre, la raréfaction de certaines professions constitue une nouvelle contrainte qui favorise l'introduction de l'expérimentation sur un nouveau partage des compétences entre professionnels de santé<sup>102</sup>. Les critères « *territoriaux* » jouent donc un rôle dans la coordination et dans les stratégies d'intégration clinique,

---

<sup>95</sup> Dictionnaire Robert Historique de la langue française, 1998, Vol II, p 2157. Dérivé du mot latin « transversus » (travers). Le caractère transversal évoque l'idée à la fois d'un obstacle et une voie.

<sup>96</sup> GUATTARI F., 2003, Psychanalyse et transversalité, La Découverte, p302

<sup>97</sup> OURY J., DEPUSSÉ M., 2003, « A quelle heure passe le train... conversation sur la folie », Paris : Calman Levy, p318

<sup>98</sup> LUCAS Y., DUBAR C., 1994, « Genèse et dynamique des groupes professionnels », Lille : PUF, p414

<sup>99</sup> DELEUZE G., GUATTARI F., 1995, « L'anti-Œdipe », Les éditions de minuit, p494.

<sup>100</sup> ROBELET M., DERRE M., BOURGUEIL Y., Op.cit.

<sup>101</sup> ROBELET M., DERRE M., BOURGUEIL Y., Op.cit.

<sup>102</sup> ROBELET M., DERRE M., BOURGUEIL Y., Op.cit.

fonctionnelle et institutionnelle qui se développeront. Ceci rend nécessaire la formalisation.

C) Une formalisation qui définit la responsabilité ou la coresponsabilité

La formalisation permet de mettre en évidence, non pas l'opposition, mais l'interdépendance des acteurs dans l'émergence de nouveaux territoires professionnels. Elle permet la reconnaissance du savoir et des compétences. A l'inverse, certains la considèrent comme un manque de confiance et un moyen d'accroître le contrôle sur les tâches de chacun<sup>103</sup>. La formalisation de la coordination représente la définition, a priori du contenu des tâches de coordination et l'attribution, a priori de ces tâches à un ou plusieurs membres du réseau (organisation), quitte à reconfigurer les territoires professionnels de chacun<sup>104</sup>. La formalisation vise à la fois, à préciser les territoires professionnels des intervenants et à instaurer un certain degré de collégialité dans la prise de décision, tout en laissant *responsable*, l'acteur de la décision (institutionnelle ou clinique, réunion coordination, synthèse, réévaluation...)<sup>105</sup>. Pour la Haute Autorité de Santé (HAS), « *la coopération repose sur une gestion des risques a priori par des protocoles, condition sine qua none de l'évolution des pratiques, des check-lists ou tout autre outil formalisé et collectif de la prise en charge* »<sup>106</sup>. Mais pour certain, un modèle d'intégration des services implique que les partenaires s'engagent dans la coopération, la coordination, puis la *co-responsabilisation*. Or, cela suppose par exemple, que l'évaluation réalisée par un acteur puisse être acceptée par les autres<sup>107</sup>. La formalisation de la coordination pose alors, la question du secret professionnel partagé, de la confidentialité du dossier médical et de l'échange d'informations concernant les patients ? Comment se coordonner en contraignant l'accès aux informations des patients (informatisation du dossier médical, accès sécurisé par catégorie professionnelle...). Ne sommes-nous pas ici, devant une injonction paradoxale ? D'autant que l'impératif *gestionnaire*, incontournable de la coordination par un système d'information (SI) échappe partiellement aux acteurs gestionnaires<sup>108</sup>.

La coordination existe dans notre CMP, mais comme dans beaucoup d'organisations, elle

---

<sup>103</sup> ROBELET M., DERRE M., BOURGUEIL Y., Op.cit.

<sup>104</sup> ROBELET M., DERRE M., BOURGUEIL Y., Op.cit.

<sup>105</sup> ROBELET M., DERRE M., BOURGUEIL Y., Op.cit.

<sup>106</sup> HAS, Avril 2008, Guide méthodologique, recommandations, « Intégrer de nouvelles formes de coopération au sein d'une organisation existante », p27, (p16).

<sup>107</sup> PAQUET M., Op.cit.

<sup>108</sup> ROBELET M., DERRE M., BOURGUEIL Y., Op.cit.

est souvent insuffisante<sup>109</sup>. Les organisations constituent un espace dans lequel la coordination représente « *la main visible* » qui agence les rapports entre acteurs, plutôt que le « *laissez faire* » qui caractérise le marché<sup>110</sup>. La coordination et la coopération témoignent d'un volontarisme fort de la part de l'organisation et des acteurs pour faire fonctionner un système et agencer le comportement de chacun, au bénéfice des usagers du service. Le travail en équipe en constitue son expression.

## **2.2 Le travail en équipe, expression de la coopération de l'organisation et de ses acteurs**

Le travail en équipe exprime la coopération et la coordination issues du jeu des acteurs et des règles de l'organisation.

### **2.2.1 Une organisation réticulaire qui pose les règles de la coopération**

#### A) Les règles de l'organisation en faveur de la coopération

L'Organisation constitue le résultat d'une coopération et d'une coordination<sup>111</sup>. Elle est définie comme une structure regroupant des individus, au sein de laquelle se produit une division des tâches, des rôles et comportant des systèmes de valeurs et de normes. L'Organisation est un construit politique et culturel permettant de gérer les relations et la coordination d'individus relativement libres et unis dans un but collectif<sup>112</sup>. Elle permet d'articuler par ses règles, un ensemble de logiques différentes (contradictoire, complémentaire), en intégrant l'incertain, l'instable, l'imprévisible<sup>113</sup>. Pour GENELOT, Les enjeux de la Direction se situent dans le traitement de l'imprévu, de l'instabilité et dans la capacité à transformer les incertitudes, en opportunités ou innovations<sup>114</sup>. Pour cela, la Direction met en place des processus organisant permanents, qui doivent rester ouverts évolutifs et inachevés<sup>115</sup>. En outre, l'organisation doit disposer d'un système de valeurs, de règles. Ce système ne doit pas être figé, mais dynamique. Il doit s'adapter aux

---

<sup>109</sup> CONTANDRIOPOULOS A-P., DENIS J-L., TOUATI N., RODRIGUEZ R., Op.cit.

<sup>110</sup> CONTANDRIOPOULOS A-P., DENIS J-L., TOUATI N., RODRIGUEZ R., Op.cit.

<sup>111</sup> CONTANDRIOPOULOS A-P., DENIS J-L., TOUATI N., RODRIGUEZ R., Op.cit.

<sup>112</sup> Guide du directeur, Op.cit.

<sup>113</sup> GENELOT D., 2001, « Les règles de l'organisation, Manager la complexité », INSEP CONSULTING, p357.

<sup>114</sup> Ibid.

<sup>115</sup> Ibid.

conditions environnementales ou situationnelles. Car, l'Organisation prend en compte à la fois le particulier et le général (systèmes complexes composé d'éléments hétérogènes). Sa raison d'être est de faire émerger un sens de ces divers composants, en établissant entre eux des synergies, des interactions, autour d'une finalité. Cette dynamique donne la forme réticulaire, à l'Organisation<sup>116</sup>.

#### B) Une organisation *réticulaire*, entre contingence, pratiques et sens de l'action

Le réseau constitue une forme organisationnelle génératrice de synergie entre acteurs d'un même établissement. Ce nouveau type de forme organisationnelle, correspond aux exigences de recherche d'innovation, dans un contexte qui oblige à l'adaptation, à la réactivité, à la pro activité, c'est-à-dire au changement. Pour CALLON et LATOUR, les formes classiques de l'organisation et du management (autoritaire) sont inefficaces pour mettre en synergie des acteurs de services différents, afin de trouver des solutions nouvelles<sup>117</sup>. D'un point de vue théorique, les formes d'organisations classiques sont centrées sur les règles formelles (au sens de MINTZBERG) et la régulation de contrôle (au sens de REYNAUD). Alors que, le réseau est centré sur les arrangements et les négociations informelles entre acteurs. Dans la réalité, les règles des organisations classiques sont insuffisantes, les arrangements informels et les négociations entre acteurs (régulation autonome, zones d'incertitudes<sup>118</sup>) étant la base de la coopération réelle. Les réseaux quant à eux, sont plus structurés qu'il n'y paraît, a priori, seul varierait le degré d'explication et d'officialisation des règles. Les différentes formes organisationnelles ne sont pas hermétiques. Elles constituent un *continuum*, allant de la forme classique stricte au réseau informel spontané<sup>119</sup>. Elles *s'historient*, au gré de l'évolution des pratiques.

L'évolution de l'Organisation vers la forme réticulaire repose pour partie, sur le fait que nos pratiques sont centrées sur l'Organisation, c'est-à-dire, qu'elles visent la responsabilisation des équipes et de leur travail, en articulant le fonctionnement réticulaire au fonctionnement pyramidal<sup>120</sup>. Ces pratiques se développent, mais ne revendiquent que rarement leur affiliation à la notion de réseau, même si la plupart fonctionnent comme

---

<sup>116</sup> GENELOT D., Op.cit.

<sup>117</sup> AMBARD H., BERNOUS P., HERREROS G., LIVIAN Y-F., 1996, « Les nouvelles approches sociologiques des organisations », Editions Seuil Sociologie, p291.

<sup>118</sup> CROZIER M., FRIEDBERG E., 1977, L'acteur et le système, les contraintes de l'action collective, Éditions Seuil, réédition, collection, Points essais, 1992, p500.

<sup>119</sup> Guide du directeur, Op.cit.

<sup>120</sup> C'est le cas des RASED, où coopèrent les psychologues, les maîtres, les assistantes sociales, les infirmières, les médecins, les instituteurs

tels<sup>121</sup>. Cela est dû entre autre, à *la contingence* des facteurs environnementaux (lois, règlements, besoins), à *l'ajustement* des dirigeants, qui fixent les buts de l'organisation et à *la cohérence* qui décrit le fonctionnement interne de l'Organisation<sup>122</sup>. Mais, cette évolution repose aussi, sur l'appropriation de ce fonctionnement par les acteurs<sup>123</sup>. Selon REYNAUD, ce sont les acteurs qui construisent les règles permettant l'action collective par *la régulation autonome*. Les acteurs créent et s'appuient sur un système de règles extérieures, né de contraintes extérieures. L'action collective représente la culture, qui applique avec plus ou moins de liberté les règles de l'organisation et sert à gérer l'organisation du travail. Un autre facteur se situe dans le fait, que les choix de l'organisation posent la question du sens. Or, cette question apparaît, quand les acteurs sont capables à travers les actes correspondant à leur niveau de responsabilité, de comprendre et d'interpréter le niveau de logique supérieur. Il s'agit là, d'un critère fondamental de la forme réticulaire<sup>124</sup>.

On voit que formes de coopération investies par les professionnels dépassent, celles prescrites par l'Organisation. La coopération fonctionne par l'existence d'un *commun*, de *références partagées* par les acteurs de l'Organisation.

## 2.2.2 Les références partagées, condition de la coopération des acteurs

La coopération ne se décrète pas, mais construit. Elle ne doit pas occulter les risques liés aux traditionnels jeux d'acteurs, de pouvoir et du contrôle de l'information<sup>125</sup>.

### A) Le jeu des acteurs

Dans l'organisation, les réponses des individus ne sont jamais mécaniques<sup>126</sup> et ne correspondent pas à un modèle culturel imposé de l'extérieur. Même dans la forme réticulaire, les échanges entre acteurs sont pris par les concurrences et la logique des jeux de pouvoir, qui participent à la structuration de l'organisation<sup>127</sup>. De par les zones d'incertitudes (failles dans les règles, défaillances techniques, les pressions

---

<sup>121</sup> Guide du directeur, Op.cit.

<sup>122</sup> Pour MINTZBERG, le rapport entre l'entreprise et son environnement, la contingence n'est pas mécanique ou déterministe.

<sup>123</sup> DE ROSNAY J., 1996 Août, Ce que va changer la révolution informationnelle, Le Monde Diplomatique

<sup>124</sup> Guide du directeur, Op.cit.

<sup>125</sup> HAERINGER J., TRAVERSAZ F., 2002, « Conduire le changement dans les associations d'action sociale et médico-sociale », Paris : Editions DUNOD, p244

<sup>126</sup> CROZIER M., FRIEDBERG E., Op.cit.

<sup>127</sup> Guide du directeur, Op.cit.

économiques), les acteurs s'écartent souvent de manière significative du rôle qu'ils doivent jouer. Dans la sociologie des logiques d'actions, les acteurs évoluent selon les actions envisagées et non selon les acteurs pris en eux-mêmes. Ainsi peuvent coexister des logiques stratégiques et coopératives<sup>128</sup>. Selon leurs propres intérêts, atouts et contraintes, les acteurs ne s'engageront pas de la même manière dans une coopération avec d'autres acteurs. Et cela, quel que puisse être le degré idéologique, de l'accord qui peut exister, autour de l'affirmation de son intérêt et de sa nécessité<sup>129</sup>. L'identité<sup>130</sup> et la culture représentent un commun qui permet d'atteindre les objectifs et d'assurer la permanence des règles, même si les causes ou les besoins sont différents. Chacun doit de par sa position, son statut, ses pouvoirs, sa personnalité, une position claire et délimitée, faire en sorte d'atteindre les objectifs de l'Organisation. Les dimensions identitaires et culturelles des organisations sont complémentaires. Elles constituent des conditions nécessaires à la coopération et elles se construisent à travers un système d'équivalence partagé.

#### B) Le système d'équivalence partagé et sa construction

L'approche *des économies de grandeurs* de THEVENOT et BOLTANSKY, nous éclaire sur le fait que pour qu'il y ait échange, coordination, coopération entre des agents, il faut qu'il y ait des conventions (écrites ou non) entre les personnes concernées. C'est-à-dire, l'existence d'un système d'attentes réciproques entre les personnes sur leurs comportements. Les acteurs sont donc dans des situations à la fois conflictuelles et coopératives<sup>131</sup>. Ce système d'équivalence partagée, de grandeurs communes permet à chacun de retrouver les repères qui vont guider ses relations dans la situation et la caractériser. Cette approche permet de prendre en compte la variété des logiques d'entreprises.

Mais, la coopération ne résulte pas immédiatement de ces confrontations. Il apparaît nécessaire de « *lier* »<sup>132</sup> les acteurs qui sont dans des oppositions d'intérêts et de logiques. Les formes de conflit entre acteurs peuvent être dépassées par la construction d'un cadrage cognitif commun, qui permet l'émergence de la coopération. Il s'agit de donner la possibilité aux acteurs de trouver une vision partagée ou suffisamment

---

<sup>128</sup> AMBARD H., BERNOUS P., HERREROS G., LIVIAN Y-F., Op.cit. « il existe 6 dimensions pour appréhender l'acteur : l'acteur est stratégique, social-historique selon Bourdieu, identitaire, culturel, groupal et pulsionnel, approche socio-analytiques d'ENRIQUEZ »

<sup>129</sup> Selon la théorie de l'analyse stratégique de CROZIER M, FRIEBERG E.

<sup>130</sup> Selon la théorie de l'identité au travail SAINSAULIEU R.

<sup>131</sup> AMBARD H., BERNOUS P., HERREROS G., LIVIAN Y-F., Op.cit.

<sup>132</sup> AMBARD H., BERNOUS P., HERREROS G., LIVIAN Y-F., Op.cit.

commune, sans que les logiques individuelles ou d'équipes aient à s'effacer au profit d'une logique dominante, globale. La solution des accords vise un cadrage cognitif commun sur les situations *problèmes* et sur les solutions à envisager. La mise en œuvre relève de *l'acteur-directeur*.

### C) L'acteur-directeur

L'Organisation met en place les conditions de l'auto-organisation. L'individu auto produit son métier, son rôle, le sens qu'il donne à son action, le façonne, le transforme. Mais, en produisant, l'entreprise *s'autoproduit*, ce qui peut aller vers des institutions déviantes de leurs missions, secrétant un système d'organisation replié sur lui-même, et s'autoalimentant. C'est à la direction d'aiguiser la sensibilité des acteurs aux réalités de l'environnement et de développer leurs facultés d'adaptation<sup>133</sup>. Le directeur doit se situer dans une position de « *traduction* », au sens de CALLON et LATOUR, dont l'objectif est de « *relier les énoncés et les enjeux, a priori incommensurables et sans commune mesure, établir un lien entre les activités hétérogènes et rendre le réseau intelligible...* ».

Le résultat de la confrontation de tous ces éléments se retrouve dans le travail *en équipe*, qui de ce fait, est à penser comme une stratégie de direction.

## 2.2.3 Le travail en équipe pensé comme une stratégie de direction

### A) L'Equipe, modèle dominant de l'organisation

L'Equipe constitue un lieu d'échange social au cœur de l'idéologie professionnelle. L'Equipe est un lieu mythique et symbolique qui identifie la sphère des relations affectives (lien maternel familial). C'est l'existence de croyances et de valeurs qui unifient les conduites. Elle constitue un élément de solidarité interne (cohésion, identité), le ciment des membres d'un groupe. Lieu d'expression du pouvoir et espace de négociation, elle a sa propre représentation objective dans les relations professionnelles internes et externes. Elle protège les siens autant qu'elle les rejette. Elle constitue un système d'organisation du pouvoir, de distinction des niveaux d'autorité. Elle est souvent toute puissante et peu tolérante. C'est un lieu, où s'exprime le conflit. Où la communication peut-être confisquée par un leader ou le groupe lui-même. Lieu d'ancrage culturel, elle assure ou contribue à une fonction instituant (processus de socialisation, de formation

---

<sup>133</sup> GENELOT D., Op.cit.



identifiée, de la différenciation et de la complémentarité des acteurs). Pour Patrick LEFEVRE l'équipe « *...est la marque de l'empreinte de la compétence collective* »<sup>134</sup>.

Mais, l'équipe est guettée par le risque de l'autojustification, de la reproduction, de la totalité du discours de la pensée. Elle constitue le moyen d'évacuer la responsabilité individuelle et la créativité par le caractère généralisant et modélisant des conduites individuelles et collectives. Elle porte le « *germe* » de la répétition, de la préservation, et fait recourir aux siens le risque de l'enfermement et du repli.

Elle représente un élément stratégique, essentiel à l'action, dont le Directeur doit se saisir.

- B) Le travail en équipe, un levier stratégique pour garantir un accompagnement au plus près des besoins des patients<sup>135</sup>

L'équipe se pense comme un collectif d'efficacité dynamique, et non comme une somme d'efficacités individuelles. La prise en charge globale et pluridisciplinaire repose sur une conception du travail en équipe axée sur la coopération, le partenariat et non sur la simple juxtaposition de compétences complémentaires<sup>136</sup>. Mais, évoluer dans la pratique d'une culture d'équipe suppose de sortir de l'implicite, de ne pas se satisfaire des jeux d'acteurs et des seules représentations sociales internes. La compétence collective s'appuie sur un système, des structures, des règles qui lui permettent d'émerger. Ces éléments assurent l'autonomie fonctionnelle des équipes pluri professionnelles, à travers des principes de différenciation et d'interaction. La culture et le travail d'équipe sont portés par une philosophie de l'ouverture, de l'échange, la pratique de l'enrichissement mutuel, le décloisonnement des expériences inter service. Ceci favorise la mutualisation et la transversalité des compétences. L'encadrement doit se réinscrire dans la maîtrise d'œuvre du travail d'équipe. L'objectif est de le rendre efficient. Pour cela, il faut en poser les bases éthiques. L'éthique de travail en équipe affirme la coopération et la coordination interne, comme une vitalité et une garantie de la qualité<sup>137</sup>. Elle doit-être associée à une déontologie, à des codes de communication et l'artisan de son animation, doit être désigné. La direction doit passer des commandes institutionnelles aux équipes sur des thèmes et instaurer la règle du rendre compte de ces commandes. La participation des acteurs au processus d'élaboration des décisions doit être favorisée, par une clarification des niveaux de propositions, et de décisions proprement dites. Il est nécessaire de faire

---

<sup>134</sup> LEFEVRE P., Guide de la fonction directeur d'établissement dans les organisations sociales et médico-sociales, DUNOD, 2003, p416.

<sup>135</sup> Ibid.

<sup>136</sup> HAS, Op.cit.

<sup>137</sup> ROBELET M., DERRE M., BOURGUEIL Y., Op.cit.

une analyse régulière du fonctionnement et proposer des ajustements<sup>138</sup>.

Selon Olivier DEVILLARD pour maintenir l'équipe en état de performance, le manager doit utiliser des moyens participatifs<sup>139</sup>. La mise en place d'espaces démocratiques productifs de sens, permet l'expression des acteurs et leur mobilisation. Pour GENELOT, l'organisation se pilote par son projet, qui doit être global, mobilisant les initiatives individuelles, vers une finalité collective partagée<sup>140</sup>. Or, les projets d'intégration sont à penser comme des processus de changement. L'équipe est un espace où, le changement doit se déployer, encouragé par des modalités organisationnelles favorables. L'objectif est que le changement soit perçu par une large coalition d'acteurs, comme le moyen de réaliser un projet collectif interne et pas seulement imposé de l'extérieur, autour d'un leadership<sup>141</sup>.

## **2.3 Management participatif, gestion de projet et évaluation pour visualiser et s'approprier une coopération durable**

*« Le management ne dilue pas l'identité de chacun, mais paradoxalement, consiste à la développer »*

Françoise KOURILSKY<sup>142</sup>

### **2.3.1 Le management participatif et sa conduite par le directeur**

#### A) Une organisation structurée en faveur de la coopération

Le management participatif suppose d'agir sur plusieurs facteurs : Sur le facteur stratégique par une pensée globale pour une action locale, une vision d'ensemble avec une attention au singulier, par une analyse et de la prospective ; sur le facteur structurel par une organisation souple, des outils de pilotage stimulants et la qualité de vie au travail ; sur le facteur culturel par valorisation de l'individu ; sur le facteur comportemental par le rôle managérial de l'encadrement. Pour cela, il est nécessaire de structurer 3

---

<sup>138</sup> LEFEVRE P., Op.cit.

<sup>139</sup> DEVILLARD O., 2005, « la dynamique des équipes », Collection les références, p304

<sup>140</sup> GENELOT D., Op.cit.

<sup>141</sup> CONTANDRIOPOULOS A-P., DENIS J-L., TOUATI N., RODRIGUEZ R., Op.cit.

<sup>142</sup> Docteur en psychologie, Directrice d'études à l'école de droit et management de l'université Paris panthéon Assas. Soins Cadres, n°41, février 2002, page 7. Bibliographie, « Du désir au plaisir de changer »

dimensions : La dimension du « *projet* » qui doit être formalisé et partagé, affichant une stratégie et une hiérarchie des priorités ; la dimension des « *méthodes* », c'est-à-dire des démarches structurées pour l'analyse des fonctionnements, des pratiques et pour l'évaluation et la dimension du « *management du maillage : maillage* », qui selon Georges ARCHIER<sup>143</sup> passe par « *la confiance, l'humilité, l'écoute, le respect des autres, la générosité, l'altruisme, la transparence comme atout de la coopération, le goût pour l'animation, l'ambition pour le groupe, la décision préparée en groupe, le projet partagé, le pragmatisme et privilégier ce qui unit aux autres* ». Il me paraît difficile de ne pas me situer dans le type de management coopératif décrit par ENRIQUEZ<sup>144</sup>, même si, la légitimité du Directeur dépend du statut occupé, de la compétence technique et du style de management<sup>145</sup>.

Pour GENELOT, la coopération effective autour de l'analyse de problèmes et de la recherche concrète de leurs solutions est toujours sous-tendue par des relations dépendantes et de pouvoir, c'est-à-dire des relations de négociation<sup>146</sup>. On parle aussi de *gouvernance*, qui « *s'inscrit dans cette quête des meilleurs systèmes de gestion des hommes et des ressources. Pour la gouvernance, la décision, au lieu d'être la propriété et le pouvoir de quelqu'un (individu ou groupe), doit résulter d'une négociation permanente entre les acteurs sociaux, constitués en partenaires d'un vaste jeu, le terrain pouvant être une entreprise, un Etat, une organisation, un problème à résoudre* »<sup>147</sup>. Elle attire l'attention sur la pluralité des acteurs, relevant de logiques différentes qui interviennent dans les processus d'action collective. Du pouvoir fondé sur l'autorité et la hiérarchie, on passe à la confiance et à la coopération. Cela favorise les analyses en termes de participation, de négociation, et de coordination. La gouvernance va donc de pair avec les notions de projet, partenariat, réseau, consensus. Pour Joseph HAERINGER, il s'agit d'élaborer des procédures de consultation et de décision qui permettent de faire émerger un bien commun.

Cette approche correspond à une forme d'autorité de type « coopératif/démocratique ou légale/rationnelle »<sup>148</sup>, même si Jean Pierre LEBRUN, met en garde contre les effets dévastateurs sur nos institutions du « *démocratisme* »<sup>149</sup>. « *Dans ce cas de figure les sujets valent d'abord pour eux-mêmes, et ne relèvent plus du collectif qui leur préexiste ; ils ne lui doivent plus rien ; en revanche, celui-ci doit toujours les reconnaître. C'est donc*

---

<sup>143</sup> ARCHIER G., 1991, Les leviers de la réussite : les tendances marquantes du management à l'aube du 3<sup>ème</sup> millénaire, Paris : Inter Editions, p211.

<sup>144</sup> « Pouvoir partagé, coopération des acteurs », selon ENRIQUEZ E., « les jeux du désir et du pouvoir en entreprise », Paris : Desclée de Brouwer, 1997, p409.

<sup>145</sup> LEFEVRE P., Op.cit.

<sup>146</sup> GENELOT D., Op.cit.

<sup>147</sup> MOREAU DEFARGES P., « la gouvernance », Paris : PUF, Que sais-je ?, p128.

<sup>148</sup> Etudes de K LEWIN., R LIPPIT., R W WHITE. 1938-1939 et H ARENDT.

<sup>149</sup> LEBRUN J-P., 2008, « Clinique de l'institution », Toulouse : Eres, p288.

ce dernier, qu'il faut faire exister à partir des individus, tâche qui s'avère impossible si ceux-ci, protégeant leurs singularités respectives, ne tolèrent aucune perte au profit du collectif ». Pour LEBRUN, l'air du temps discrédite la tâche de tous ceux qui sont appelés à signifier à leurs contemporains, le nécessaire renoncement au tout possible. Les dirigeants essaient d'obtenir leur légitimité de la part de ceux qu'ils sont censés diriger. Pour ce dernier, Il faut « ressusciter l'irréductibilité de la place d'exception (du directeur) qui fonde la différence des places, les territoires professionnels et structure les ensembles humains, une place qui ne fasse pas nombre mais différence, exception ». Une place structurelle, à faire vivre sur « un mode relatif et précaire », à réinventer sans cesse<sup>150</sup>. Il s'agit alors d'articuler gouvernance et place d'exception. Il faut assumer cette place, en s'employant à construire des processus démocratiques en fonction de l'organisation (son actualité, ses processus de décisions, la nature des questions abordées), par des modes coopératifs.

#### B) Le projet de service pour une coopération fonctionnelle

Selon BOUTINET, « le projet est une anticipation opératoire, individuelle ou collective d'un futur désiré ». Le projet comprend 2 composantes : un but, qui est l'objectif du travail à engager et un plan pour atteindre cet objectif<sup>151</sup>. Le projet d'un établissement sanitaire est une obligation et son contenu est prévu à l'article L 6143-2 du Code de la santé publique : « Le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement. Il prend en compte les objectifs de formation, de recherche, de gestion et détermine le système d'information de l'établissement. Il comporte un projet de prise en charge des patients en cohérence avec le projet médical, de rééducation et médico-techniques, ainsi qu'un projet social. Le projet d'établissement, qui doit être compatible avec les objectifs du Schéma d'Organisation Sanitaire, définit, dans le cadre des territoires de santé, la politique de l'établissement en matière de participation aux réseaux de santé [...] et d'action de coopération [...]. Il prévoit les moyens ... de personnel et d'équipement de toute nature dont l'établissement doit disposer pour réaliser ses objectifs. Il comprend également les programmes d'investissement et le plan global de financement pluriannuel. Le projet d'établissement est établi pour une durée maximale de cinq ans... ». Le projet lie le passé, le présent et l'avenir. Il oblige à anticiper, prévoir, planifier, coordonner, évaluer, rassemblant ainsi les principales actions du Directeur. Il donne la philosophie de l'action, fédère l'identité et la

---

<sup>150</sup> LAVOUE J., 5 octobre 2009, Pour une refonte des associations intermédiaires, disponible sur internet : [www.psychasoc.com](http://www.psychasoc.com)

<sup>151</sup> BOUTINET J-P., 1990, Anthropologie du projet, Paris : PUF, Collection Que sais-je ?, p128

culture, forge un idéal commun. Il permet de s'ouvrir à la complexité institutionnelle, de sortir des cloisonnements professionnels et territoriaux, de mutualiser les connaissances et les compétences parcellaires, d'ouvrir des directions nouvelles et de se former ensemble<sup>152</sup>. Symbole de la compétence du service, il sert la fonction de direction par l'identité, la clarification et l'harmonisation qu'il apporte à l'institution. Sa formalisation permet aux personnels que soit clarifiés les objectifs et le fonctionnement du service, et que tout converge dans sa direction. En outre, il a une vertu de communication interne et externe. Différents schémas d'exécution d'un projet existent. Ils sont liés au contexte, à l'existant, aux influences et enjeux que traverse l'Institution au cours de son existence. Autant de configuration qui induisent des méthodes d'animation et des messages de communication différents et supposent des stratégies de direction plurielles<sup>153</sup>.

### 2.3.2 La démarche de projet favorise la coopération

La démarche de projet constitue un outil de coopération qui permet la reconnaissance des acteurs. Elle fait d'ailleurs l'objet d'une recommandation de la Haute Autorité de Santé (HAS) en matière d'intégration de nouveaux modes de coopération dans les organisations existantes.

#### A) Démarche de projet et désir de changement

Pour Patrick LEFEVRE, « *le changement est une philosophie conçue dans sa capacité à accompagner les évolutions et à engager les transformations humaines techniques et sociale* »<sup>154</sup>. La démarche de projet va émerger, puis se nourrir, d'un désir de changement, lui-même issu d'un constat d'insatisfaction. L'utilisation du projet met en jeu une vision managériale complexe et polysémique du travail en équipe, s'éloignant des sentiers bordés et sécurisants de la pensée par objectifs, qui privilégie la planification et la rationalisation des organisations. Or, le changement s'opère d'autant plus facilement, s'il existe déjà une culture de prise en charge collective et pluridisciplinaire<sup>155</sup>.

La démarche est participative et le Directeur pilote. La conduite de projet est un exercice managérial complet et complexe. La combinaison d'un ensemble de fonctions productrices de sens en démontre l'intérêt pour mobiliser les acteurs (le mouvement de va

---

<sup>152</sup> LEFEVRE P., Op.cit.

<sup>153</sup> LEFEVRE P., Op.cit.

<sup>154</sup> LEFEVRE P., Op.cit., 303

<sup>155</sup> LEFEVRE P., Op.cit.

et vient entre l'action et la réflexion, la recherche pour se rapprocher de valeurs que l'on défend, atteindre des finalités éloignées de son quotidien, s'ouvrir à d'autres réalités). Elle a une fonction opérationnelle (atteindre les objectifs de l'organisation), une fonction sociale (rassemble des personnes pour œuvrer ensemble vers un but commun), une fonction de dynamisation (occasion de créer collectivement, d'innover, mobiliser les énergies, motiver les acteurs par un but à atteindre en proposant des modes d'organisation nouveaux), une fonction pédagogique (caractère réfléchi, novateur, porte des compétences nouvelles par l'hétéro formation ou l'autoformation).

La conduite et l'animation d'un projet impliquent une stratégie de communication interne et externe autour de 4 grands principes : anticipation, participation, validation, décision.

- B) La gestion de projet, un acte qui pose la reconnaissance des acteurs, comme auteurs de leurs pratiques, à décliner au sein des organisations

La gestion de projet ne vise pas seulement une production, une évolution technique, mais aussi un effet mobilisateur dans la composante de négociation entre les acteurs qui y sont impliqués. Car, la démarche de projet doit induire du mieux-être. Pour le Directeur, c'est une posture stratégique de recherche en commun, de reconnaissance interactive de chaque partenaire d'aboutir à un contrat, dont les partenaires espèrent tirer un bénéfice (efficacité professionnelle, reconnaissance concrète ou symbolique, gain de compétences...). Le projet s'inscrit dans une logique contractuelle, qui scelle les négociations de façon, à la fois implicite et explicite. Le caractère négocié entraîne l'appropriation des acteurs du projet. Dans la démarche de projet, les relations hiérarchiques, le cloisonnement entre services sont temporairement et partiellement suspendus au profit de celui-ci. Il n'est réalisable que si chaque membre du groupe peut s'impliquer et trouver sa place, selon ses phases. L'adhésion et l'appropriation se font à des degrés divers selon les catégories d'acteurs et les types de projet. Michel VIAL y voit, un mode de penser « *pragmatique* », privilégiant « *l'agir, la pluralité des logiques, la réalisation et la temporalité* ». La posture pragmatique n'essaie pas de déterminer « *quelle est la vraie façon de faire, mais plutôt de reconnaître les nœuds d'un réseau de pratiques susceptibles de produire des connaissances. Son action est fondée sur la praxis (pratique questionnée, problématisée), ... qui ne se réfère plus à une norme du vrai, mais une norme de la faisabilité* »<sup>156</sup>. D'ailleurs la HAS a élaboré une recommandation en ce sens.

---

<sup>156</sup> VIAL M., 2001, « Se former pour évaluer : se donner une problématique et élaborer des concepts », Bruxelles : De Boeck, p280.

- C) L'intégration de nouvelles formes de coopération par la démarche de projet : une recommandation de la Haute Autorité de Santé (HAS)<sup>157</sup>

Pour la HAS, l'intégration de nouvelles formes de coopération au sein d'une organisation existante nécessite « *une démarche de gestion de projet, reposant sur l'anticipation des freins, en particuliers culturels, sur l'échange et la communication, sur le questionnement de l'organisation en place et sur le management actif ; une formalisation rigoureuse assurant la cohérence entre les objectifs du projet et les moyens nécessaires pour les réaliser, en termes de ressources humaines, techniques ou procédurales* ». Cela passe par des acteurs motivés et formés, selon une approche associant la formation théorique, qui vise à élargir le champ de connaissances et la formation pratique par compagnonnage, qui vise à sécuriser la réalisation de l'acte.

Pour la HAS, il s'agit d'une gestion des risques *a priori*, par des protocoles, des check-lists, ou tout autre outil formalisé et collectif de la prise en charge, de l'organisation des coopérations entre le médecin et un autre professionnel de santé. Tout cela implique de passer par une analyse de l'organisation en place. Notamment, le degré de reconnaissances dans le fonctionnement général de la structure, la stabilité des équipes, les moyens techniques et humains disponibles, l'organisation géographique et temporelle. Il est recommandé de préciser le besoin de coordination, ainsi que la circulation et le partage de l'information sur le projet, le patient et l'information du patient. Pour la HAS, un projet de coopération a plus de chance de réussir, lorsqu'il est mis en place dans un cadre stabilisé. Car, l'acceptation de changements importants, nécessite une équipe sans conflit majeur<sup>158</sup>.

### **2.3.3 Evaluation, management éthique et prévention des risques psychosociaux pour une coopération durable**

- A) Le management éthique ou l'enjeu du climat social

Le personnel constitue la ressource essentielle et majeure de la compétence du service. Nous prenons appui sur nos ressources humaines pour créer une dynamique susceptible d'être compétitive, concurrentielle et évolutive. Un climat social dégradé représente un danger pour nos patients et notre service. Or, le point de départ du management éthique,

---

<sup>157</sup> HAS, Op.cit.

<sup>158</sup> HAS, Op.cit.

c'est le souci de l'autre. Tout passe implicitement et explicitement par un climat institutionnel qui favorise l'expérience, la reconnaissance et permet aux salariés d'agir dans des cadres d'action identifiés. Cadres, dans lesquels, les personnels peuvent exercer et promouvoir leurs compétences et avoir le sentiment de participer à une culture institutionnelle et d'équipe<sup>159</sup>. Le management éthique représente une solution qui passe par 3 concepts clés : la « *bonne* » gouvernance d'entreprise, liée à l'équilibre du climat social interne dû au partage des décisions ; la responsabilité sociale de l'entreprise (elle porte de valeurs à affirmer) et le respect de « *l'environnement* » qui dans son sens restrictif évoque « *l'intégration* »<sup>160</sup>. Pour Philippe SVANDRA, il reste nécessaire de ne pas déshumaniser l'activité de soin. Il identifie 5 cas de figures qui à un niveau *excessif* peuvent déshumaniser l'action : la fatigue qui empêche la compassion, la science et la spécialisation qui objectivent le malade, la technique qui déshumanise, la normalisation du soin qui devient simple acte, le pouvoir et l'argent qui fait primer le moyen sur la fin ». Pour lui, ces éléments ne favorisent pas *l'éveil éthique* des équipes<sup>161</sup>. Mais dans le management par les valeurs et l'éthique, on mélange souvent éthique, déontologie, morale et valeurs. Ces options sont évolutives dans un monde qui ne l'est pas moins. Il convient donc de définir les valeurs partagées par l'ensemble du personnel, qui devront être quotidiennement mises en pratiques, recherchées et valorisées.

Même s'il n'est pas bon d'entrer dans l'intimité des personnels, il est important de savoir, si ceux-ci « *sont bien* » dans leur travail. La prise en considération du développement personnel ré apparaît. Pour Alain DELOURNE, « *l'exigence du bonheur* » marque les mentalités du 21<sup>ème</sup> siècle. Il l'évoque à travers 4 notions : « *le partage affectif, la quête de sens, la créativité, l'engagement* »<sup>162</sup>. La coopération durable se situe aussi, dans la prévention des risques psychosociaux.

## B) Coopération et prévention des risques psychosociaux

Le risque psychosocial est défini par le réseau de prévention CRAM, comme « *les risques professionnels qui portent atteinte à l'intégrité physique et à la santé mentale des salariés, c'est-à-dire toute situation à risque de stress, violences internes dont harcèlement moral*

---

<sup>159</sup> LEFEVRE P., Op.cit.

<sup>160</sup> TOUTUT J-Ph., 2007, « Management éthiques en pratique dans les établissements sociaux et médico-sociaux. Repères et recommandations », Editions Seli Arslam, p159.

<sup>161</sup> SVANDRA Ph., 2005, « Comment développer la démarche éthique en unité de soins ? », ESTEM, p238.

<sup>162</sup> TOUTUT J-Ph., Op.cit.



*ou sexuel, violences externes. Le mal être et la souffrance au travail en sont également des composantes »*<sup>163</sup>.

*L'empowerment* (plus de responsabilité, plus de pouvoir) ; *le reengineering*, (qualité totale par l'implication de tous), *le knowledge management*, (la gestion de la connaissance) font parties de notre secteur. Ces modes de management ont comme objectif d'améliorer l'action, les performances, la flexibilité et la souplesse du personnel, contrepartie d'une responsabilisation, au bénéfice des usagers<sup>164</sup>. Mais pour Vincent de GAULEJAC, « *Les techniques modernes ne remplacent pas l'homme. Elles exigent au contraire qu'il fasse plus de chose. D'où la pression* ». Pour ce dernier, « *La souffrance psychique et les problèmes relationnels sont les effets des modes de management* »<sup>165</sup>. L'environnement, la démarche qualité, les bonnes pratiques, les lois à appliquer, génèrent de l'incertitude. Or, pour GAULEJAC, « *Dans l'entreprise managériale, l'incertitude constitue moins une ressource, comme l'avait montré CROZIER, qu'une menace, notamment quand le manager a le sentiment de ne plus contrôler son environnement de travail et son avenir* »<sup>166</sup>.

De plus, si l'Organisation en tant qu'elle n'apporte pas les moyens et les ressources pousse à coopérer<sup>167</sup>, pour GAULEJAC « *Il y a une sous-traitance aux salariés, même les plus subalternes, des problèmes que l'organisation ne parvient pas à résoudre* »<sup>168</sup>. L'organisation réticulaire représente alors, un risque supplémentaire. Car, « *Dans les organisations réticulaires, c'est à chacun de trouver des réponses aux incohérences du système. S'il n'y parvient pas, le salarié a le sentiment d'être dépossédé, de ne pas être à la hauteur de ce qu'on lui demande. Il vit dans une insécurité permanente* »<sup>169</sup>. Cette situation rend les acteurs plus vulnérables, « *Plus l'implication personnelle des salariés est sollicitée pour favoriser la réussite de l'organisation, plus la vulnérabilité est importante* ». Le contexte de réorganisation permanente, de changement, de développement de projets peut constituer une source de « *violences innocentes* ».

Or, l'Organisation attend de ses salariés, qu'ils soient forts, dynamiques, compétents disponibles, sûrs d'eux, capables de faire face aux contradictions et qu'ils remplissent les objectifs toujours plus élevés « *above exception* » (aller au-delà des attentes). Cela peut engendrer une pression continue, un sentiment de ne jamais faire assez, une angoisse de ne pas être à la hauteur. Les conséquences psychopathologiques sont la dépression (ras

---

<sup>163</sup> OETH, juin 2009, Etude RPS (Risque Psycho Sociaux), p16.

<sup>164</sup> TOUTUT J-Ph., Op.cit.

<sup>165</sup> DE GAULEJAC V., 14 janvier 2009, « Gestion de la crise ou crise de la gestion ? », C@hier de psychologie politique, revue d'information, de réflexion et de recherche, disponible sur internet : <http://lodel.erevues.inist.fr/cahierspsychologiepolitique/index.php?id=329>

<sup>166</sup> Ibid.

<sup>167</sup> Ibid.

<sup>168</sup> Ibid.

<sup>169</sup> Ibid.

le bol), l'épuisement professionnel (*burn-out*), l'addiction au travail (*work addict*, hyperactivité). Le stress est contre-productif dans un environnement, où les relations humaines sont primordiales. Le Directeur doit veiller à ne pas tomber dans le « harcèlement » par la culture de la performance, situé dans 3 tendances, sous-tendues à notre environnement actuel : « l'écart entre les objectifs fixés et les moyens attribués ; le décalage massif entre les prescriptions et l'activité concrète ; l'écart entre les récompenses espérées et les rétributions effectives »<sup>170</sup>. Une organisation n'est ni névrosée, ni paranoïaque, ni perverse. En revanche, son mode de fonctionnement peut susciter chez les employés des comportements névrotiques, paranoïaques ou pervers<sup>171</sup>. La coopération permet aux acteurs d'intervenir sur l'organisation. Le collectif de travail joue un rôle essentiel pour éviter le processus d'inversion des causes de la violence. « Faute de pouvoir intervenir sur les méfaits de l'organisation du travail, ils (les acteurs) s'agressent entre eux, jusqu'à s'en prendre à eux-mêmes. Chacun exerce et subit des pressions, dans une chaîne sans fin où chaque maillon peut se trouver dans une position de harceleur ou de harcelé. Il faut prendre en compte le système organisationnel qui le fait émerger, il faut redonner force au cadre symbolique »<sup>172</sup>.

Les préconisations de l'étude OETH en matière de prévention des risques psychosociaux vont dans ce sens. Elles passent par une Gestion des Ressources Humaines (GRH) et des indicateurs sociaux adaptés à l'activité ; l'amélioration de la communication interne ; l'amélioration du contenu de l'entretien annuel ; l'écoute des salariés sur les conditions de travail ; la mobilité du personnel ; la répartition de la charge de travail ; un management responsable actif favorisant l'équité, le lien social ; la désignation d'un animateur concernant la prévention des risques psychosociaux ; la mise en œuvre des pratiques de tutorat en interne<sup>173</sup>.

Toutes ces dimensions devront faire l'objet d'une évaluation afin d'améliorer, *in fine* la prise en charge des patients

### C) L'évaluation pour une coopération durable

Pour FRIEDGERG, « Pour qu'il y ait coopération durable, la négociation entre acteurs (les organisations) et l'évaluation qu'ils font des résultats de la collaboration, doivent être continues »<sup>174</sup>. Il est nécessaire de marquer 2 temps : Le temps de l'évaluation qui

---

<sup>170</sup> DE GAULEJAC V., Op.cit.

<sup>171</sup> ENRIQUEZ E., Op.cit.

<sup>172</sup> DE GAULEJAC V., Op.cit.

<sup>173</sup> OETH, Op.cit.

<sup>174</sup> CONTANDRIOPOULOS A-P., DENIS J-L., TOUATI N., RODRIGUEZ R., Op.cit., 42

« consiste à porter un jugement sur une intervention dans un but d'aide à la décision » (mesurer le niveau d'atteinte des objectifs et donc les écarts entre objectifs et résultats)<sup>175</sup> et le temps de la démarche d'amélioration, qui vise à réduire les écarts<sup>176</sup>.

L'évaluation de la coopération a plusieurs objectifs : elle vise le maintien de la relation de confiance entre les acteurs, qui marque la construction d'une véritable coopération et représente un atout d'efficacité ; à faire reposer la coopération sur des compétences avérées et non sur des relations interpersonnelles préalables ; à rechercher la cohérence entre les enjeux attendus de la coopération (modernisation et efficacité du système de santé) et les avantages attendus par les professionnels en termes de reconnaissance institutionnelle qui donne la crédibilité aux pratiques<sup>177</sup>.

Pour la HAS, l'évaluation des formes de coopération doit être systématiquement prévue. Dans un cadre expérimental, l'évaluation sera dimensionnée au projet (cohérence entre objectifs du projet et objectifs de l'évaluation, entre risques potentiels et niveau de preuve exigé). Les dispositifs EPP (Evaluation des Pratiques Professionnelles) et de certification apparaissent adaptés à une évaluation dans un cadre routinier de fonctionnement<sup>178</sup>.

Pour coordonner son action sur le territoire, le CMP doit avoir comme objectif d'intégrer son offre de soins. Cela passe par la reconnaissance de son interdépendance interne et externe. Cette reconnaissance doit favoriser la mise en œuvre d'une coopération tournée vers une approche globale de l'action pour des réponses de proximité, au bénéfice des enfants des adolescents et de leur famille, en lien avec nos partenaires. Mais cette démarche ne va pas de soi. Elle passe par un apprentissage relationnel qui favorise la coordination des acteurs et par la redéfinition des territoires de chacun. Mais surtout, elle émane de la volonté de l'Organisation et de sa Direction de se structurer en ce sens, et de permettre ainsi, l'appropriation des acteurs et le travail en équipe. En effet, ces derniers doivent être « reliés » et participer à l'élaboration des références partagées de l'organisation au moyen du management participatif et de la gestion projet. Cette démarche de changement passe par une méthodologie qui tient compte à la fois de la sensibilisation (courbe et mécanismes du changement) et de l'accompagnement des acteurs. Car, le changement va mettre en jeu et modifier, les *acquis* des acteurs (reconnaissance, position, pouvoir), le déploiement de moyens (gain, perte), les territoires professionnels, les pratiques, les modes de pensées, l'organisation du temps de travail, la

---

<sup>175</sup> LAFORCADE M., DUCALET Ph., 2003, « Penser la qualité dans les institutions sanitaire et sociales », Editions Seli Arslan, p336, (p102).

<sup>176</sup> Revue Directions, juin 2004, n°9, page 24-25

<sup>177</sup> HAS, Op.cit.36.

<sup>178</sup> HAS, Op.cit.36.

mobilité et accentuer la formalisation. Le projet de service naîtra des  *négociations*  (conflit, opposition, accord) entre acteurs (direction, personnels, partenaires) et représentera un consensus. Ce consensus est favorisé à la fois, par un management éthique et un climat social positif. Le projet de service devra continuer d'évoluer dans le temps par son évaluation et les actions d'amélioration, pour une coopération durable.

Pour mener à bien ce changement, les hypothèses opérationnelles sont les suivantes :

- La promotion par la direction d'un management participatif doit favoriser le développement de la coopération (interne, externe) et son appropriation dans les pratiques quotidiennes des professionnels.
- La mise en place et la conduite par la Direction d'espaces d'échanges institutionnels «  *ouverts*  » doit permettre l'émergence de références partagées, d'une volonté commune de travailler ensemble et d'accompagner le changement.
- Le travail effectué dans les espaces d'échanges combiné à une démarche de projet se matérialisera par l'élaboration et la mise en œuvre par les professionnels, d'un projet de service, qui reprenne la logique de coopération et d'intégration de l'offre de soin au bénéfice des usagers.
- Le choix et la mise en œuvre d'un plan et d'outils de communication interne (dont, le Système d'Information) et externe doit favoriser la coordination des réponses aux besoins et attentes de la population du territoire.
- La volonté de la Direction de formaliser les partenariats existants et nécessaires à l'amélioration de la coordination des soins, de la prévention et de l'accompagnement sur le territoire, doit s'appuyer sur l'action des professionnels et les inciter à penser leur travail en ce sens.
- La mise en œuvre d'une démarche qualité adaptée à nos objectifs, doit permettre l'amélioration continue de la coopération et de la coordination des réponses, au bénéfice de la population du territoire.

### **3 Manager les équipes pour des réponses coordonnées sur le territoire**

*« Le principal moteur du changement, c'est l'équipe dirigeante et plus particulièrement le chef d'entreprise. Son engagement est une condition primordiale »<sup>179</sup>*

Michel CROZIER

Ma stratégie consiste à intervenir successivement à plusieurs niveaux. Au niveau structurel, en organisant des espaces d'échanges qui favorisent la coopération et la coordination. Au niveau fonctionnel, par une démarche de gestion de projet qui intègre de nouvelles formes de coopération. Au niveau opérationnel par une formalisation qui vise l'efficacité de la coordination des réponses sur le territoire. Et en enfin, au niveau démarche qualité pour une coopération durable au bénéfice de la population.

#### **3.1 Organiser des espaces d'échanges qui favorisent la coopération et la coordination**

La volonté est de faire émerger une culture de la coopération au niveau du CMP et de la décliner dans les équipes. La stratégie consiste à s'appuyer sur la culture institutionnelle et la faire évoluer<sup>180</sup>, au travers d'instances de régulation et par la culture du travail en équipe. Pour cela je vais réorganiser l'espace de travail et son fonctionnement, afin de permettre une mise en commun au bénéfice des patients du territoire et de l'élaboration de références partagées. Celles-ci représenteront l'éthique de l'action et du travail en équipe. L'implication de l'équipe de direction est essentielle. Elle instaurera de la confiance, de l'écoute et de la transparence, afin de faciliter l'élaboration, l'appropriation et la mise en œuvre de la coopération.

##### **3.1.1 Mobiliser par une organisation et des instances productrices de références partagées**

Pour le CMP, il s'agit de se mobiliser pour échanger. Sous mon impulsion, le CMP va se

---

<sup>179</sup> CROZIER M., 1994, « L'entreprise à l'écoute. Apprendre le management post industriel », Paris : Le Seuil, p217.

<sup>180</sup> LEFEVRE P., Op.cit.

*reconnecter* aux instances associatives, qui constituent des références identitaires, culturelles et des opportunités de coopération ; passer d'un partenariat « *informel-personnalisé-localisé* » à un partenariat « *formel-professionnel-global* » ; développer et réinvestir nos propres instances, en prenant garde de ne pas trop *impacter* le temps de prise en charge. Tout ceci passe par une réorganisation « *spatiotemporelle* » de l'activité.

A) Réorganiser les locaux et les conditions d'accueil pour permettre les échanges et améliorer l'accès au soin

a) *Réunir les personnels par une organisation favorisant la coopération*

Nous disposons de 12 lieux de consultation (*Annexe 2*). J'ai réorganisé l'activité des pôles autour d'1 antenne de consultation « *principale* » (secrétariat permanent, réunion d'équipes, bilans cliniques et majorité des thérapies individuelles et de groupes) et d'antennes « *secondaires* » réservées aux thérapies ne pouvant s'effectuer sur l'antenne principale et ce, afin de maintenir de la proximité. Cette réorganisation permet d'améliorer les conditions d'accès au service, en termes de confort, de sécurité des locaux et d'amplitudes horaires. Elle a eu pour effet d'augmenter les temps communs des personnels des équipes.

Concrètement, en 2007, le pôle Bordeaux a été relocalisé autour de l'antenne du Grand Parc (en regroupant 3 équipes, celle des Aubiers, celle du Grand Parc et celle de la direction du CMP). J'ai mutualisé les 2 loyers et utilisé un crédit « fléché » prévu à cet effet de 90 000,00 €. En 2009, j'ai ensuite relocalisé le pôle Médoc autour de l'antenne principale de Pauillac (au cœur du Médoc), afin de faciliter l'accès des familles habitant dans le nord du territoire, tout en maintenant les antennes secondaires de Castelnau, Lesparre et Soulac. Ceci a été effectué par un reploiement des loyers et l'appui de la mairie de Pauillac. Le Pôle Blanquefort-Bruges travaille autour de son antenne principale de Blanquefort et secondaire de Bruges. En 2013, le Pôle Eysines-Saint Médard, va fonctionner autour de l'antenne principale d'Eysines et secondaire de Saint Médard. Sa relocalisation, dans des locaux mitoyens de la MDSI est organisée et financée par le Conseil Général (33). Cette opération s'effectue grâce au travail quotidien réalisé par l'équipe, à son action au sein de l'Atelier Santé Ville d'Eysines et aux négociations que j'ai engagé avec le médecin responsable du pôle. (*Annexe 14*).

b) *Favoriser la coordination et l'accès au soin par une réorganisation fonctionnelle*

Du fait de la réorganisation des locaux, l'amplitude des horaires d'accueil a augmenté (*Annexe 15*). En outre, j'ai mis en place avec les secrétariats de chaque Pôle, la possibilité pour les familles d'être reçues sur un autre Pôle que celui de leur secteur

géographique pour des raisons liées aux déplacements ou à l'urgence. De plus, en cas de délais d'attente trop importants, des personnels autres que les assistantes sociales ou les médecins habituellement affectés au 1<sup>er</sup> accueil, recevront les enfants et leur famille pour la 1<sup>ère</sup> rencontre d'évaluation. L'enquête de satisfaction effectuée en juin 2010 auprès des familles a permis de constater que cette réorganisation constitue une amélioration. Ceci permet aussi de mobiliser les acteurs, afin d'élaborer des *références partagées*.

- B) Mobiliser les acteurs du CMP pour produire des références partagées autour du patient

Des lieux de réunions sont à créer ou à réactiver. Les réunions représentent un axe important du développement de la coopération interne et de la technicité du service. Elles font partie intégrante du processus de communication, concourent à la valorisation des compétences des équipes<sup>181</sup>. Les réunions permettront le cadrage cognitif des personnels et la définition de l'éthique de l'action, sous l'impulsion de l'équipe de direction. Je veillerai à la bonne identification des réunions, avec des fonctions et des objectifs utiles à la régulation et à la qualité qu'elles produisent<sup>182</sup>. Dans tous les cas, ces réunions disposeront d'un intitulé, de participants identifiés, d'une fréquence, d'une durée, d'un animateur et d'un mode de restitution<sup>183</sup>.

- a) *Créer une Commission médicale et administrative pour la mise en œuvre de la « gouvernance » du CMP*

Animée par le Directeur ou le Directeur Médical-Adjoint, cet espace constituera le lieu de la *gouvernance* du CMP, à partir duquel, je vais établir la stratégie et décider de la mise en œuvre de l'action du CMP. Ce sera un lieu d'expression, de convergence, fédérateur de l'équipe de direction qui se composera du Directeur, Médecin-Directeur Adjoint, des Médecins Responsables de Pôles. Elle établira et validera les références communes et opportunes de l'organisation, dans une vision globale du service. Elle abordera les questions qui divisent, établira des diagnostics, coordonnera les échanges de pratiques avec d'autres professionnels. Elle devra faciliter et clarifier la communication avec les équipes et les partenaires par une position commune et stable. Son avis sera sollicité

---

<sup>181</sup> LEFEVRE P., Op.cit.

<sup>182</sup> LEFEVRE P., Op.cit. « 6 types de réunions : De service pour l'identité, la culture, la coordination ; De synthèse pour un bilan autour d'un usager ; De thèmes pour la réflexion, la recherche ; D'analyse des pratiques pour l'étude de situation professionnelles, De partenaires pour la communication, l'information, le réseau ; D'usagers pour l'information, la participation) et D'inter-service pour la coopération, réflexion, coordination »

<sup>183</sup> LEFEVRE P., Op.cit.

pour le plan de formation, les partenariats, l'entretien annuel, les EPRD. La fréquence serait de 5 réunions par an (calendrier). J'arrêterai l'ordre du jour et mon secrétariat assurera la gestion des réunions (convocation, rédaction, communication des procès-verbaux).

*b) Mettre en œuvre et s'approprier les décisions de la direction en faisant émerger des propositions d'action : les réunions hebdomadaires*

Ces temps de réunions existent et sont animés par les Médecins de Pôles. Leur objectif premier demeure la réunion clinique (synthèse, réorientation) autour des jeunes. Des partenaires y sont invités pour être informés de la situation d'un patient commun. Ces réunions changeront ponctuellement « *d'intitulé* », pour servir à la mise en œuvre opérationnelle de l'activité du CMP, informations générales, points d'actualité, thèmes. Cette « *mutation* » s'effectuera durant les périodes de faible activité (calendrier préétabli) pour ne pas venir perturber l'activité quotidienne et régulière du pôle. Les médecins responsables de pôles gardent la conduite de ces réunions. Ils établiront un ordre du jour. Les secrétariats de pôle se chargeront de la rédaction et de la communication à la Direction de l'ordre du jour, du compte rendu et de la feuille de présence.

*c) Définir ou redéfinir les pratiques et les territoires de chacun par les réunions par catégories professionnelles*

Ces réunions ne sont maintenues que par les Assistantes Sociales et les Secrétaires. Elles s'étendront aux autres professions. Animées par un membre désigné au sein des participants, elles ont pour objectif de favoriser l'échange sur les pratiques professionnelles et l'émergence d'une identité professionnelle. Il s'agira de mieux connaître les pratiques de chacun, de les mettre à jour, de s'ouvrir à d'autres approches, éventuellement de les importer pour obtenir un accès plus large et égalitaire au soin. Enfin, il s'agit aussi d'assurer la transmission du savoir-faire. Ce travail se fera hors hiérarchie institutionnelle. Les groupes pourront faire des demandes de formations collectives. Elles seront étudiées par la Direction au regard des besoins identifiés. Les demandes de tests ou autres matériels nécessaires à la prise en charge se feront collectivement. La fréquence serait de 3 réunions par an, à programmer sur les périodes de faible activité. Chaque réunion devra comporter un ordre du jour, une feuille de présence, un compte rendu

*d) Veiller au climat social et prévenir des risques psycho sociaux : les réunions des Délégués du Personnel, droit d'expression des salariés et CHSCT*

Toutes les instances sont sources d'informations concernant le climat social et permettent, par la participation collective des acteurs, l'évolution de l'organisation du travail. Pour autant, les réunions réglementaires symbolisent l'attention portée aux



personnels et au climat social du service. J'utiliserai ces réunions comme un moyen de communication de par le caractère légal, obligatoire et leur thème, les conditions de travail. Elles me permettront de promouvoir l'éthique du management du CMP, de veiller à la cohérence des décisions et de m'appuyer sur les recommandations du CHSCT.

e) *Fédérer et communiquer avec les équipes par 2 réunions générales annuelles*

Animées par le directeur et l'Equipe de Direction, ces réunions symboliseront l'appartenance au service et serviront d'outil de communication directe aux personnels. Elles permettront à tous de se retrouver, de se rencontrer, de s'apercevoir de la dimension du service. Elles contribueront à la reconnaissance des équipes au niveau associatif par la présence d'un membre du CA ou du Bureau et de la Direction Générale. La fréquence sera de 2 réunions générales par an, sous la forme de 2 demi-journées programmées sur des périodes de faible activité. Une réunion technique, programmée sur les vacances scolaires d'hiver, permettrait de se former, de s'informer sur des pratiques internes ou externes. Une réunion stratégique programmée fin juillet, durant les vacances scolaires d'été, permettrait de faire le point sur l'année passée (présentation du rapport d'activité, évocation des événements significatifs), de donner les orientations et ou les enjeux à venir et d'échanger avec les équipes. Ces réunions seront obligatoires.

C) Contractualiser une action globale, au bénéfice de la population du territoire par l'implication de la direction dans les partenariats

a) *Obtenir le leadership du secteur 33101, « embryon » d'un réseau de santé mentale infanto-juvénile*

Le territoire de santé se dessine autour du CH Charles PERRENS. De plus, l'ARS a confié à ce dernier, l'organisation et l'élaboration du « *Projet Santé mentale Territoire* », auquel nous participons. Je développerai notre relation avec le CH Charles PERRENS pour à la fois, consolider notre position et améliorer notre action. Le climat de confiance et de reconnaissance qui caractérise notre relation actuelle (présence au CA de l'Association, démarche qualité commune jusqu'en 2009 et médecin DIM mutualisé) doit être mis à profit. Je veillerai à la tenue de la rencontre d'évaluation annuelle, prévue dans le cadre de la convention qui nous lie (*Annexe 16*). L'objectif sera d'obtenir, en collaboration avec le chef de *l'inter secteur*, le *leadership* de la coordination du secteur 33101. Une instance réunissant les divers équipements du secteur (*Annexe 11*) doit être créée et dimensionnée à sa juste valeur. Je proposerai que le CMP soit le support de cette instance, en collaboration avec le responsable de *l'inter-secteur*. Un tel projet, avant d'être proposé fera l'objet d'une démarche impliquant l'équipe de direction, le personnel

du CMP, les partenaires et d'une validation par le Conseil d'Administration de l'Association.

*b) Améliorer la qualité de l'orientation des jeunes avec la MDPH*

Conventionnellement, en tant que CMP du secteur, nos Médecins Psychiatres, interviennent dans les Commissions d'Orientation de la Maison Départementale des Personnes Handicapées. Le rôle de la MDPH est essentiel dans la prise en charge des enfants relevant d'une orientation en institutions spécialisées. Or, cette convention est gérée par le CH Charles PERRENS. J'entamerai des démarches afin d'être partie prenante à cette convention et déterminer les engagements et les modalités d'action de chacun. L'objectif est d'optimiser la qualité et les délais d'orientation des jeunes.

*c) Participer à la prévention et à l'intervention précoce avec l'Education Nationale, la PMI/Conseil général, « le Soins aux Tous Petits »/CH Charles PERRENS, la médecine de ville et les Ateliers Santé Ville/Mairie.*

Avec l'équipe de Direction, nous préparerons et élaborerons le partenariat avec l'Education Nationale relatif à la circulaire DGS/SD6-DHOS du 18 octobre 2005 (*Cf. partie 1.2.2 A, page 14*). Nous envisagerons aussi, un partenariat avec la PMI/Conseil général, les villes pour la petite enfance. Ces partenariats formalisés, permettront la reconnaissance de nos « actes pour la communauté » et feront l'objet d'une demande de financement auprès de l'ARS, dans le cadre des Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation (MIGAC).

*D) Participer aux instances associatives, pour une identité et des opportunités de coopération*

L'Association RENOVATION a des valeurs, des statuts, une charte, une politique et une stratégie qui s'inscrivent dans ses 16 établissements ou services, dont 7 nous sollicitent régulièrement. Elle est un lieu de coopération pour l'amélioration la prise en charge des enfants et des adolescents par une meilleure coordination de ses services.

*a) S'inscrire dans la vie de l'Association et mettre en œuvre la politique associative*

En tant que Directeur, il est de ma responsabilité de mettre en œuvre l'action de mon service dans le cadre des valeurs et de la politique associative. Les personnels du CMP tiennent aux valeurs associatives et cherchent dans la direction de l'Association une reconnaissance de leur action et d'eux-mêmes. Je vais donc *relier* le CMP à Association.

b) *Promouvoir la coopération au sein du Conseil de Direction*

Ma présence au sein du Conseil de Direction regroupant tous les directeurs de l'association va me permettre d'agir en faveur de la coopération interne pour coordonner nos réponses. Cela se concrétisera par des partenariats inter établissements.

c) *Proposer la création d'un Conseil de Direction Restreint MEDOC*

Il est possible de créer des *Conseils de Direction Restreints* sur des thèmes communs à certains établissements ou services. Ils se créent et s'éteignent suivant les besoins. Je proposerai la création d'un Conseil de Direction Restreint concernant le territoire MEDOCAIN. L'objectif est répondre aux spécificités de ce territoire et de sa population. Il serait ouvert à tous les établissements de l'Association y intervenant (AED, 1 SESSAD, 3 Point Accueil Ecoute Jeunes, Cap Emploi et le CMP). Il établira un diagnostic des besoins, afin d'encadrer le partenariat interne de nos équipes et externe afin de coordonner les réponses et de réduire la fragmentation des moyens.

### **3.1.2 Fédérer par une éthique et l'engagement de l'équipe de direction**

Compte tenu de l'organigramme, de l'organisation en pôle, de la pluridisciplinarité, des enjeux de coopération, de coordination et de notre volonté de faire émerger une culture de la coopération, il est essentiel de constituer, une Equipe de Direction, qui va fédérer les équipes dans le sens de ma stratégie. Dans cette équipe composée du Directeur, du Médecin-Directeur Adjoint et des Médecins Responsables de Pôles, l'échange et la participation seront sollicités, mais l'action sera commune et j'en serai le coordinateur.

A) Etre un symbole, un stratège pour une action fondée sur une éthique

Je formaliserai le cadre éthique et déontologique que s'imposent les équipes et l'ensemble des professionnels<sup>184</sup>. L'éthique précède ou accompagne la responsabilité, la déontologie professionnelle, dont les points de repères sont dans l'environnement culturel et le particularisme professionnel<sup>185</sup>. Les espaces d'échanges sont pour moi le moyen de formuler mes positions éthiques, notamment par un positionnement du patient au centre de l'intervention : le respect de ses droits, l'équité, l'intégrité, la coopération et le formalisme. Ces positions devront être clairement connues par les personnels. Chaque

---

<sup>184</sup> LEFEVRE P., Op.cit.

<sup>185</sup> LEFEVRE P., Op.cit.

objectif et décision devra être posé au regard de ces repères. Je veillerai à une communication claire, à des objectifs cohérents et atteignables et favoriserai la transmission d'informations nécessaires au travail des Instances.

Le management participatif constitue la mise en œuvre d'un processus décisionnel (diagnostic et analyse de la situation, exploration de solutions ou de choix, élaboration et mise en œuvre de la décision, évaluation et ajustements). Cette dynamique d'aide à la décision renvoie à une pratique de l'ajustement mutuel, à une culture du pouvoir partagé, à l'influence extérieure, au partenariat et au réseau<sup>186</sup>. La décision intègre une dimension de tension ou de rupture, elle relève de la rationalité, de la gestion des risques, de la nécessité de se situer face à des conséquences possibles et à la réaction des environnements. De droit et de fait, la décision est le champ autonome qui qualifie ma position de dirigeant et participe à ma position symbolique.

B) Construire un binôme Directeur et Médecin-Directeur-Adjoint, à la fois opérationnel et symbolique

Le pouvoir médical est important dans notre CMP et dans le secteur sanitaire en général. Il existe une mise en *tension*, une dialectique entre le côté médical et le côté administratif qui impacte les relations entre et avec tous les professionnels. Dans notre recherche de cohésion, d'appartenance, d'approche globale, le binôme Directeur Directeur-Médical-Adjoint apparaît essentiel. Il faut éviter les tensions et les risques de blocage, et surtout favoriser le travail en commun. Dans un premier temps, je demanderai à ma direction de préciser les domaines d'intervention respectifs, la répartition des tâches (fiches de postes), la relation hiérarchique et fonctionnelle entre nous et avec le reste des personnels (circuit de la décision). Dans un second temps, je communiquerai aux personnels les domaines d'intervention de chacun et le circuit de la décision de ce binôme pour clarifier le fonctionnement du CMP. Nous nous réunirons chaque semaine pour faire le point sur les actions en cours, à venir et envisager la stratégie.

C) Faire des médecins de pôle des managers de proximité

Le management de proximité conditionne la réussite de l'élaboration et de la mise en œuvre du projet. Il doit faire en sorte que l'action, issue d'une approche globale de la prise en charge sur le territoire, puisse trouver une déclinaison locale, au bénéfice des patients.

---

<sup>186</sup> LEFEVRE P., Op.cit.

Actuellement, de par leur fonction, leur position en interne et en externe, les médecins de pôle sont dans des pratiques quotidiennes de management de proximité. Ils ont un rôle moteur dans l'action. Ils représentent la référence technique, clinique et symbolique de l'équipe, avant même la Direction. Ils disposent de *zones d'incertitudes* importantes qui leur confèrent du pouvoir. L'objectif n'est pas nécessairement de diminuer ce pouvoir, mais de le faire converger vers une approche globale de la prise en charge et non locale (leur pôle). Or, cette position ne va pas de soi, à la fois pour les médecins et les équipes. « *L'officialisation* » de leur appartenance à l'Equipe de Direction va clarifier la situation, mais constitue un changement culturel radical. Ce changement risque entre autre, d'entraîner des tensions au sein des équipes et de mettre en difficulté les médecins. Or, l'objectif est qu'ils demeurent les catalyseurs de l'action du CMP. Mais pire, cette officialisation peut conduire à un refus des médecins de faire partie de l'Equipe de Direction (soumission à la direction, perte d'autonomie...). Cette attitude bloquerait le processus de coopération, déjà fragilisé par la redéfinition des « *territoires* » des acteurs, des pôles et des moyens. Doit-on officialiser l'appartenance à l'équipe de direction ? Les médecins doivent-ils rester des managers de proximité, malgré eux ? Ma priorité sera de leur donner les moyens d'être des managers de proximité (formation à l'animation d'équipe, à la tenue de réunion, sensibilisation à l'environnement du secteur sanitaire). Puis, je veillerai et d'analyserai l'évolution des jeux de chacun (médecins, équipes).

### **3.1.3 Viser l'émergence d'une culture de la coopération**

L'émergence de la culture de la coopération passe par la qualité de la conduite du changement et de sa méthodologie de mise en œuvre. Tant au niveau de la redynamisation des instances de régulation, que de la préparation des partenariats. La clé demeure la gestion de la communication.

#### **A) Mise en œuvre de la redynamisation des espaces d'échanges**

Cette mise en place doit s'appuyer sur l'organisation « *classique* » du CMP et ne pas chercher à créer l'événement qui pourrait accentuer l'inquiétude liée au changement. En tant que Directeur, je vérifierai si le fonctionnement des instances existantes permet le changement, l'adaptation et l'implication des acteurs, en vue de l'élaboration du projet de service.

a) *Présentation des espaces d'échanges, de leurs objectifs et de leur fonctionnement par la Direction à l'Equipe de Direction*

Je présenterai cette redynamisation, lors d'une réunion des Médecins Responsables de Pôles. Je proposerai la forme et le planning de la mise en œuvre. Je solliciterai l'avis de tous. Sera alors décidé de la nomination d'un responsable du suivi de cette démarche. Mon secrétariat transmettra ces nouvelles modalités de fonctionnement à la Direction Générale de l'Association.

b) *Présentation aux équipes*

Lors d'une réunion générale des personnels, je ferai une présentation de ce dispositif d'échanges, de son fonctionnement, mais surtout de sa raison d'être et des objectifs attribués pour l'année, « *la commande institutionnelle* ». Puis, un « *débriefing* » sera effectué dans les équipes par les Managers de Proximité pour connaître les avis et répondre aux questions, aux doutes, aux inquiétudes ou aux propositions des personnels.

c) *Formation du management de proximité*

Pour impliquer le management de proximité, je donnerai aux professionnels les moyens du management par la programmation d'une formation à la tenue de réunion et à l'encadrement d'équipe de travail. Je veillerai à ce que les managers de proximité favorisent la communication, descendante et ascendante. Les salariés garderont la possibilité de s'adresser directement à moi (par le secrétariat), en cas de difficulté avec le manager de proximité. Si nécessaire ou si cela est demandé, je répondrai aux questions des équipes, lors d'une réunion hebdomadaire. (*Planning de mise en œuvre, Annexe 17*)

d) *Accompagner les acteurs lors de la mise en œuvre des instances*

Mon secrétariat transmettra les outils de la bonne tenue d'une réunion (modèles de documents communs de l'Association établis suivant la démarche qualité de la Direction Générale), les outils informatiques, les formations bureautiques nécessaires, et si besoin je soutiendrai les « *animateurs* », lors de la tenue des réunions. Les comptes rendus des réunions seront centralisés à la direction.

B) *Préparer la contractualisation de nos relations partenariales*

Je m'impliquerai dans la formalisation des partenariats avec l'appui technique et opérationnel de l'Equipe de Direction. La préparation des rencontres sera effectuée par cette dernière (objectifs et partenaires ciblés). Je me chargerai de la prise de rendez-vous ou solliciterai la Direction Générale, suivant les partenaires.

Ces instances constitueront la « *structure* » de l'élaboration du projet de service. Le projet 2012-2017 se présente, comme l'opportunité et la condition de l'intégration de nouvelles formes de coopération dans notre CMP, au bénéfice des patients.

## **3.2 Elaborer le projet service, opportunité et condition d'une coopération qui répond aux besoins et attentes des patients**

Pour Jean-Pierre BOUTINET, le projet est la meilleure façon de s'adapter, d'anticiper, car il permet de prévoir l'état futur et au Directeur de prendre une position stratégique de recherche en commun, de reconnaissance interactive pour aboutir à un « *contrat* ». Pour la HAS, l'intégration de nouvelles formes de coopération, au sein d'une organisation existante passe par la démarche de projet.

### **3.2.1 Saisir l'opportunité du projet de service 2012-2017**

La légitimité d'une action se fonde sur un service à rendre dans le cadre d'une mission de service public, qui s'inscrit en interaction avec son environnement. Son identité, ses valeurs, l'originalité de ses prestations et leur organisation, s'énoncent dans un écrit : le projet<sup>187</sup>. Notre projet sera réactualisé pour la période 2012-2017. Le projet de service du CMP aura pour fonction de produire du sens, en cherchant à se rapprocher de valeurs que l'on défend. Il sera l'occasion d'aller vers des finalités éloignées des préoccupations quotidiennes, de s'ouvrir à d'autres réalités. Il représentera la philosophie de notre action et je veillerai à ce que le patient soit au cœur. Il devra remplir sa fonction sociale, être fédérateur de l'identité et de la culture du CMP. Il devra créer une dynamique collective qui mobilise les énergies, en donnant un but et de nouveaux modes d'organisation. Il nous permettra de s'ouvrir à la complexité institutionnelle, de sortir des cloisonnements d'équipes, des professionnels (Direction comprise), de mutualiser les connaissances et les compétences parcellaires, d'innover et de se former (hétéro formation, autoformation)<sup>188</sup>. Le projet de service est le moyen d'atteindre les objectifs de l'Organisation (accès égalitaire aux soins, coordination des réponses, décloisonnement, prévention, intervention précoce, approches multi référentielles...). Le cahier des charges est fixé par la loi, les règlements, le projet médical et l'équipe de direction. Le projet du CMP représentera une position d'ouverture fondé sur un diagnostic de notre

---

<sup>187</sup> LEFEVRE P., Op.cit.

<sup>188</sup> BOUTINET J-P., Op.cit.

environnement, le recours aux procédures du service<sup>189</sup>. Pour la HAS, la démarche de projet et sa méthodologie permet l'intégration de nouvelles formes de coopération dans une organisation existante

### 3.2.2 Intégrer de nouvelles formes de coopération par la démarche de projet

La recommandation de la HAS préconise l'anticipation des freins, la prévention des réticences, en échangeant et en associant les acteurs au projet. Il faut formaliser le projet, préciser les rôles et responsabilités de chacun, les conditions de réalisations, les moyens nécessaires et rédiger des protocoles de travail. Il faut savoir créer un environnement favorable, (locaux, plannings), des outils de coordination et d'accompagnement (formation). La coopération devra être évaluée, à travers les dispositifs existants de la démarche qualité (EPP), certification ou réunions de réflexions<sup>190</sup>.

#### A) Repérer les enjeux et les leviers de la démarche de projet

Une démarche de projet correspond à une commande précise, dispose de moyens et s'inscrit dans le temps. Elle est planifiée (début, étapes, fin) et tient compte des enjeux qu'elle induit et s'appuie sur les leviers existants dans l'organisation.

#### a) *Les points saillants du projet du CMP*

Le 1<sup>er</sup> point est la dimension culturelle du service, notamment, au travers des professions médicales et des enjeux de pouvoirs. Je m'appuierai sur les compétences spécifiques des médecins, sans que cela ne remette en cause leur légitimité dans la prise en charge. Pour les autres, l'enjeu est la préservation de leur métier, la *dépossession* du patient. Je favoriserai donc, la communication et les échanges sur la mise en œuvre de nouvelles pratiques, qui donne à voir des pratiques identiques ou assimilables. Le 2<sup>ème</sup> point est la communication sur le projet. Je programmerai une communication claire et ciblée, qui concernera le rôle des différents intervenants, la complémentarité des compétences, les modes de coordination et de régulation. J'insisterai sur l'impact attendu de ces changements en termes d'amélioration de la prise en charge du patient et de l'efficacité des soins. Le 3<sup>ème</sup> point est l'analyse de l'organisation. Elle sera remise en cause partiellement ou totalement, ou mieux dimensionnée par rapport au projet, en fonction des contraintes. L'organisation de la coopération sera pensée dans l'organisation générale de

---

<sup>189</sup> LEFEVRE P., Op.cit.

<sup>190</sup> HAS, Op.cit.



l'équipe. Le management devra se montrer disponible et être légitime (un leader médical et un coordinateur opérationnel administratif). Le rôle du management de proximité est fondamental. Je mettrai en place leur sensibilisation et leur formation (rôle de communication, position d'écoute, acceptation du projet par les équipes). Le 4<sup>ème</sup> point est la formalisation du projet. C'est une démarche collective de construction et d'appropriation. Elle clarifiera la finalité du projet et définira la fonction et le positionnement de chacun dans l'organisation. Elle devra décrire les pratiques, les patients pris en charge, et notamment, les protocoles et procédures nécessaires à la réalisation des pratiques et l'articulation entre les différents acteurs (fiche de poste, organisation dans l'environnement). Mais aussi, la définition des méthodes de suivi, de contrôle et d'évaluation. Le 5<sup>ème</sup> point est la formalisation réflexive. Elle permettra au projet d'évoluer. Même formalisé, le projet ne doit pas rester figé. La démarche repose sur des apprentissages *chemin faisant*, en termes organisationnels, de culture et de compétences. Enfin, le 6<sup>ème</sup> point, correspond à mon action en faveur d'acteurs motivés et formés travaillant dans une relation de confiance.

*b) S'appuyer sur les leviers du projet du CMP*

Pour la HAS, les facteurs favorables au projet doivent être recherchés. L'un se situe dans l'environnement. C'est pourquoi, je veillerai à la cohérence, entre d'une part, ce qui est affiché en termes d'enjeux pour le système de santé et les avantages attendus pour les professionnels et d'autre part, la place accordée institutionnellement et localement aux nouvelles formes de coopération. En effet, cette place permettra la reconnaissance et la légitimation. En outre, la stabilité professionnelle, l'habitude de travailler ensemble permettra d'avoir un capital confiance préexistant. L'autre se situe dans des moyens dimensionnés au projet. J'adapterai donc, les moyens d'informations, les ressources humaines, la coordination, ainsi que l'organisation géographique et temporelle (tenir compte des organisations en cours). Le dernier se situe dans la circulation et le partage d'informations. Je m'appuierai sur le management de proximité pour gérer la communication interne sur le projet.

**B) Planifier la démarche de projet du CMP**

Un calendrier de travail marquant les étapes du projet doit être construit. Je planifierai la démarche 1 an et demi à l'avance. Le plan d'action permettra à chacun de se repérer et de mesurer son engagement et ses enjeux. Pour ce faire, il contiendra plusieurs phases.

Une 1<sup>ère</sup> phase de cadrage : Pour communiquer l'idée du projet, sa justification. Définir le cahier des charges, le choix du pilotage et de son animation. L'annonce du projet sera faite aux managers de proximité, avant les équipes, lors d'une réunion de la Commission

médicale et administrative du CMP. La commission constituera la base du comité de pilotage en proposant à des partenaires, des représentants des usagers et des membres de nos équipes de l'intégrer. L'annonce aux équipes se fera lors d'une Réunion Générale. Avec un appel à candidature pour participer au comité de pilotage. Suite à l'annonce, les managers organiseront un débriefing (réunion institutionnelle hebdomadaire ou entretien individuel) afin de collecter et synthétiser les demandes ou questions auxquelles la Direction répondra. Une 2<sup>ième</sup> phase de diagnostic : Pour l'élaboration initiale et la programmation de la démarche de projet dans le temps. Un état des lieux interne et externe et élaboration du schéma directeur du projet. Chaque étape de la progression du projet fera l'objet d'une communication aux équipes. La 3<sup>ième</sup> phase : Consultation-réflexion par groupes de travail. Elle viendra enrichir le schéma directeur. L'équipe de direction mettra en place des groupes de travail sur les thèmes clés de la coopération (diagnostic, pratiques actuelles, pratiques nécessaires, partenaires, prévention, types de coordination). Un accompagnement des responsables de groupes sera programmé pour animer, missionner et communiquer avec le groupe. La 4<sup>ième</sup> phase : La formalisation du projet. Tout d'abord, l'écriture par la l'Equipe Médicale du projet médical. Puis l'écriture par le Directeur du projet de service autour du projet médical, en tenant compte du travail des groupes et des instances du CMP. La 5<sup>ième</sup> phase : La communication interne et externe du projet. Une présentation du projet sera effectuée devant la Commission Médicale et Administrative, puis aux équipes. S'en suivra la rencontre avec les « visiteurs » de l'Association (*membre du Bureau, du CA, Directeurs d'établissements de l'Association*), afin d'échanger avec l'équipe autour du projet. Puis arrive la présentation au Conseil d'Administration. Enfin, sera élaboré le projet définitif avec sa traduction chiffrée, le CPOM pour sa transmission aux financeurs et partenaires. La 6<sup>ième</sup> phase : La planification de la mise en œuvre du projet : L'inscription dans les calendriers de chacun les actions pour mettre en œuvre les objectifs du projet. La 7<sup>ième</sup> phase : L'évaluation. A 1 an pour la réalisation des objectifs, l'analyse des écarts et les ajustements. A 3 ans pour les stratégies majeures de l'établissement.

### **3.2.3 Evaluer la démarche de projet**

L'évaluation du projet de service sera envisagée dans la partie consacrée à l'évaluation (3.4). Ici est abordée, l'évaluation de la démarche de projet. Cette évaluation s'effectuera suivant la méthode d'amélioration de qualité (*Roue de DEMING, Annexe 18*). Elle aura pour but d'améliorer les prochaines démarches et marquer la reconnaissance de la direction aux participants. L'évaluation marque le point final d'une démarche qui aura mobilisé et impliqué, les personnels du service et nos partenaires. Elle fera donc l'objet

d'une communication qui marquera leur reconnaissance par le CMP. La préparation de l'évaluation sera effectuée préalablement au lancement du projet.

A) Préparer l'évaluation de la démarche de projet

Le comité de pilotage du projet sera chargé d'évaluer la démarche de projet. Il effectuera une recherche de référentiels auprès de la HAS. En outre, il créera, un tableau de bord permettra d'évaluer la démarche au travers d'indicateurs. Ce tableau de bord contiendra un relevé quantitatif et qualitatif du nombre de réunions, du nombre de participants, du nombre de comptes rendus, de la tenue des délais et des étapes de communication au regard de la programmation établie. Un questionnaire de satisfaction anonyme destiné aux participants (salariés, représentants des usagers et partenaires) permettra de connaître leurs sentiments, les points positifs, les difficultés rencontrées et d'améliorer la qualité d'une implication future, au bénéfice des patients. Il concernera l'organisation générale de la démarche et permettre d'obtenir une appréciation sur : la participation individuelle et collective, la communication autour de la démarche, les moyens (matériel) et les ressources (informations, formations) mis à disposition, la faisabilité en terme de délais et sa conduite par l'équipe de direction. Ce questionnaire prendra la forme d'un fichier informatique (à remplir, en ligne sur le Système d'Information du CMP pour les salariés et transmis par messagerie informatique (e-mail) pour les autres. L'évaluation s'effectuera après la communication du projet de service.

B) Marquer la reconnaissance du directeur par la communication des conclusions de l'évaluation aux participants.

Je la programmerai à l'ordre du jour d'une réunion générale du CMP, la restitution de cette évaluation. Y seront invités, la Direction Générale de l'Association, les représentants des usagers et les partenaires. Cette restitution sera accessible sur le Système d'Information de l'Association.

### **3.3 Accéder aux références partagées et repenser nos moyens pour une lisibilité et une efficience de la coordination des réponses**

Formaliser les *références partagées* ainsi que leur traduction opérationnelle favorise la lisibilité, la clarté et la communication autant en interne, qu'en externe. Le formalisme

facilite la coordination des réponses, au-delà des personnes. Cette communication passe par un SI performant, mais surtout dimensionné aux capacités et aux besoins du service, afin de s'assurer de son appropriation par les acteurs. Avant tout, « *j'officialiserai* » les documents porteurs des références partagées et mettrai en place leurs modes d'accès.

### **3.3.1 Formaliser et officialiser, les documents de références partagées**

Des documents formalisés, uniquement par la Direction et désignés comme tels, représenteront les références partagées du service en interne et en externe. Ils seront classés en 3 catégories : les documents relatifs à l'identité, la culture, l'appartenance ; les documents relatifs aux pratiques et les documents relatifs à la traduction chiffrée du projet de service.

- A) Matérialiser l'identité et l'appartenance au CMP et à l'Association RENOVATION : le livret du CMP, nominatif symbolique et opérationnel

Ce livret sera remis, le 1<sup>er</sup> jour de travail et a pour objectif de porter à la connaissance du nouveau salarié les références partagées du CMP. Afin, de lui permettre de se repérer, et faciliter son intégration. Ce livret sera nominatif, comprendra les statuts et la charte de l'Association, la composition des instances associatives et de la Direction Générale, des renseignements sur le Comité d'Entreprise, afin de marquer l'attachement du CMP à l'Association. Mais, il comprendra aussi, la fiche du CMP, le règlement intérieur, l'organigramme, la liste des salariés, la carte du territoire d'intervention et lieux de consultations, les documents administratifs communs (note de service), les liens informatiques pour accéder aux documents « *officiels* » (projet de service, protocoles, conventions partenariales...) et la nomenclature de saisie de l'activité. Le principe et la maquette du livret seront présentés, lors d'une réunion générale stratégique pour avis, avec l'objectif d'une mise en place en suivant.

- B) Connaître, accéder et mettre en œuvre les pratiques validées du CMP

Le SI doit permettre à chaque intervenant d'obtenir le cadre de travail du CMP circonscrit au projet de service, aux procédures protocoles et aux conventions partenariales.

a) *Le projet de service*

Il constitue le référentiel de nos pratiques, de la politique de la Direction et de sa mise en œuvre. Il doit être accessible et connu de tous. Ce document est à considérer par les intervenants comme le document de base de leur action. Disponible sur papier dans chaque secrétariat de pôle. Il sera disponible sur le SI du CMP et communicable à l'extérieur, après autorisation du Directeur.

b) *Les procédures et protocoles d'intervention*

Pour la HAS, « *La coopération repose sur la gestion des risques a priori par de protocoles, des check-lists ou tout autre outil formalisé et collectif de prise en charge* ». La « *protocolisation* » est une condition *sine qua none* de l'évolution des pratiques. Tous les protocoles ne sont pas strictement transposables. Ceux qui le sont, s'inscrivent dans un cadre normalisé, dont il convient de respecter les règles et les références. Pour d'autres, le cadre de normalisation existe, mais l'efficacité de la transposition repose sur la capacité des acteurs locaux a, d'une part, les décliner au sein de leur propre organisation, en réalisant des compromis et des ajustements nécessaires et d'autre part, les faire vivre dans un projet plus global par des processus d'apprentissage et d'ajustements<sup>191</sup>.

c) *Les conventions partenariales*

Elles font parties des références partagées du CMP et constituent des modalités de travail à part entière au bénéfice des enfants et des adolescents. Elles seront disponibles dans les mêmes conditions que le projet de service.

C) Traduire l'action du CMP en chiffre

La forme de ces documents est déterminée par la Direction Générale de l'Association. Le contenu représente la traduction chiffrée de la mise en œuvre du projet du service.

a) *Des plannings de travail élaborés et adaptés aux rythmes des familles*

Un planning annuel de travail (emploi du temps) est remis à chaque salarié, qui le signe. Ce planning sera élaboré suivant la modulation du temps de travail. Cela nous permet d'adapter notre activité au rythme des demandes de consultation du CMP (actuellement, le rythme scolaire). Notre logiciel de comptage du temps (*Octime*) permet de fixer l'organisation du travail sur l'année. Les principes d'élaboration des plannings font l'objet

---

<sup>191</sup> HAS, Op.cit., 16

d'une note de service. Les périodes de fermetures sont posées par la Direction sur les périodes de faible activité, après consultation des Délégués du Personnel. Le planning individuel sera validé, dans un 1<sup>er</sup> temps par le Médecin Responsable concerné et dans un 2<sup>ème</sup> temps par le directeur qui vérifiera sa cohérence avec le travail de l'équipe, du CMP (utilisation des périodes de faible activité). Les situations particulières (multi employeurs, faibles temps de travail) feront l'objet d'une discussion entre le Directeur et les Médecins. La position finale sera commune et cohérente avec les autres pôles ou justifiée par des situations exceptionnelles.

*b) Améliorer la coordination et les compétences par le plan de formation*

Le prochain plan de formation est le plan 2012-2015. Il représente la traduction des besoins de compétences nécessaires au CMP. Je programmerai de façon pluriannuelle, la formation de l'Equipe de Direction à la tenue de réunions, des équipes de terrain à de nouvelles approches et au droit des patients. Les Médecins Responsables seront chargés de valider, dans un 1<sup>er</sup> temps les demandes individuelles (généralement issues de l'entretien annuel effectué en duo avec le Médecin de Pôle) et pourront proposer des formations collectives. Je validerai dans un 2<sup>ème</sup> temps et définirai les formations collectives. J'utiliserai, les formations transversales fixées par la direction générale de l'Association.

*c) La « valorisation » comptable et financière de l'action, le CPOM, l'EPRD le plan d'investissement.*

Il est de ma responsabilité de donner une traduction chiffrée au projet de service et de marquer sa crédibilité financière. Le CPOM représente la traduction chiffrée du projet et sa visibilité financière sur 5 ans. L'EPRD représente la traduction chiffrée de l'activité de l'année et l'équilibre des recettes et des dépenses. Le plan d'investissement correspond à l'inscription de l'action dans le temps, ce qui est récurrent à venir et notamment le système d'information (SI).

### **3.3.2 Communiquer par un système d'information adapté**

Pour la HAS, les outils transversaux doivent être mis en place, pour permettre à la fois la fluidité de gestion de la prise en charge et la transmission du maximum d'informations accessibles facilement par tous les acteurs gravitant autour du patient. Les professionnels ne connaissent pas toujours la fonctionnalité, voire l'existence de ces outils. Une information sur ces outils doit être effectuée. Des temps de réflexion sur ces outils peuvent être bénéfiques, afin d'évaluer leur pertinence. Ces outils doivent amener un plus

et correspondent à une charge financière importante (*Annexe 19*). Il est indispensable qu'ils soient adaptés aux besoins réels, au risque de ne pas être remplis.

A) Penser le Système d'Information (SI) et l'utilisation du dossier patient et médical informatisé

Nous utiliserons comme base de communication, le Système d'Information mis en place par notre Association. Celui-ci, permet à chaque salarié par un code d'accès personnalisé, d'accéder par internet, au réseau commun Associatif et celui commun au CMP (hébergeur extérieur.) Je porterai une attention toute particulière au dossier médical informatisé. Je créerai une commission Système d'Information et dossier médical informatisé, afin de mesurer les enjeux en termes de réglementations, de financements, d'informations du patient, de coordination de l'action, de transmission des informations et d'accès au dossier pour les patients. La commission sera composée du Directeur, du Directeur-Médical-Adjoint, d'une Secrétaire, d'1 ou 2 Représentants des Pôles et de l'Informaticien de l'Association. Cette commission rédigera un cahier des charges (Sécurité, procédure, CNIL, transmission des données, politique communication, pratiques quotidienne, arborescence informatique) ; choisira le logiciel du dossier patient et médical informatisé. Puis, elle envisagera l'élaboration et la programmation d'une phase d'expérimentation pour la mise en œuvre de ce système et son appropriation par les personnels, avec l'appui du prestataire informatique choisi.

B) Préparer l'appropriation du SI par tous les personnels du CMP

Cette mise en œuvre concernera tous les personnels du service (administratif, médical, para médical, social). Car, tous les éléments de la prise en charge sont abordés. Cette appropriation passe par un programme de déploiement de matériel, puis par la sensibilisation, l'information et la formation de tous, ainsi que leur accompagnement, lors de la mise en œuvre. Cet aspect de notre activité conditionne en grande partie la pérennité du système de santé et donc du service (*Instruction DHOS n°DGOS/MSIOS/2010/321 du 1<sup>er</sup> septembre 2010*).

Mais, la formalisation de la coordination et le Système d'Information ont un coût. Le contexte budgétaire actuel, oblige à repenser nos ressources.

### 3.3.3 Repenser les moyens et les ressources humaines pour et par la coopération

Dans un contexte budgétaire contraint et incertain, je cherche des solutions dans l'innovation, le redéploiement, la coopération et l'opportunisme budgétaire (Crédits Non Reconductibles (CNR) et des Missions d'Intérêt Général et d'Aides à la Contractualisation (MIGAC).

#### A) Recentrer les investissements et mutualiser les achats

##### a) *Investir prioritairement sur nos outils de travail, le « cœur de métier »*

Nous investirons prioritairement sur l'achat de tests cliniques, de mobiliers et matériels éducatifs et pédagogiques et informatique. Cela, au dépend des véhicules de transport neufs. Les véhicules ne seront plus achetés neufs, mais d'occasion au service AED de notre Association. Cette coopération, permettra de récupérer 24 000,00 € en 2011 et 12 000,00 € en 2010. Concernant la réorganisation immobilière, j'étudierai un plan d'acquisition. Après la masse salariale, la location immobilière représente le 1<sup>er</sup> poste de dépenses du CMP. Les conditions d'accueil des patients et de travail des salariés (confort et sécurité) sont des éléments porteurs de qualité dans la prise en charge et ont toute notre attention. Ils doivent être maîtrisés. Or, notre statut de locataire, nous oblige à investir dans l'entretien ou le réaménagement de locaux qui ne nous appartiennent pas et qui pour certains, posent des problèmes insolubles de mise aux normes.

##### b) *Mutualiser les achats et la maintenance au niveau associatif ou partenarial*

Je solliciterai notre Direction Générale pour accentuer la mutualisation, notamment en ce qui concerne, le coût du câblage informatique des sites, l'achat et la maintenance du logiciel du dossier patient, l'achat du matériel informatique, de télécommunication avec son accès (internet, téléphone fixe mobile et clé 3G) et leur maintenance.

#### B) Optimiser les ressources humaines

##### a) *Réduire les tous petits temps partiels et les temps de déplacements dans le MEDOC*

Je continuerai à éliminer *au fil de l'eau* les petits temps de travail (pas d'ETP en dessous de 0.25), pour des équipes toujours plus disponible. Le CMP disposait jusqu'en 2009, de 4 psychologues thérapeutes à 0,06 ETP, dont 2 travaillaient sur le pôle MEDOC. Une



autre thérapeute à 0.22 ETP avait son temps réparti par moitié entre le pôle MEDOC et Bordeaux Nord (déplacement compris dans le temps de travail). Deux thérapeutes à 0.06 ETP ont quitté le service et leur temps a été repris par 2 psychologues à 0.25 ETP. Ayant obtenu en 2009, un 0,5 ETP de psychologue sur le MEDOC, j'ai imposé à la thérapeute partageant son temps entre les 2 pôles de faire la totalité de son temps sur le pôle Bordeaux Nord.

Concernant le pôle MEDOC, 3 salariées sont parties à la retraite entre 2006 et 2009. Elles ont été remplacées par 2 personnes habitants sur ce territoire et une, habitant Bordeaux. Pour les 3, le lieu d'embauche est Pauillac, ce qui exclut le temps de trajet du temps de travail. Dans le même esprit, j'ai imposé aux salariés travaillant à temps partiel (0.5 ETP) sur le pôle MEDOC d'effectuer ce temps de travail sur 2 jours, au même moment. Cela permet d'optimiser leur temps de présence dans l'antenne et d'éviter les risques liés à la multiplication des déplacements en véhicule (accident, psychosociaux). Les déplacements s'effectuent en covoiturage.

*b) Elaborer une Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (GPEC)*

La valeur de notre masse salariale, son effet GVT (Glissement Vieillesse Technicité) de 1.12 en 2011, le projet de service 2012-2017 et le départ à la retraite de 6 salariés dans les 4 ans (*Annexe 20*) m'ont fait entamer une démarche GPEC d'ailleurs obligatoire (Art L930-1 du code du travail, Loi « *Borloo* » n°2005-32 du 18 janvier 2005 de programmation pour la cohésion sociale, parue au JO n°15 du 19 janvier 2005 et la loi sur le « plan sénior » n°2008-1330 du 17 décembre 2008 du financement de la sécurité sociale pour 2009, article 87 parue au JO n°294 du 18 décembre 2008), en lien avec le service ressources humaines de l'Association. Cette GPEC permettra d'harmoniser les compétences des salariés à l'activité du service et à ses perspectives d'évolution. Elle passe par une identification des compétences ou emplois clés qu'il faut conserver, développer et/ou acquérir, à plus ou moins court terme. J'effectue cette démarche suivant une méthodologie en 4 phase : 1<sup>er</sup> phase, je vais partir de l'existant (cartographie des emplois et des ressources actuels) ; 2<sup>ième</sup> phase, j'identifie les emplois et ressources futurs (issus du projet de service) ; 3<sup>ième</sup> phase, je fais un constat et analyse les écarts ; 4<sup>ième</sup> phase, je mets en œuvre les mesures de réduction des écarts. Cela passe par une bonne définition du projet, une bonne connaissance des salariés et une bonne négociation avec les instances représentatives du personnel. Dans le cadre de cette GPEC, je tiendrai compte du plan sénior signé par notre Association le 1<sup>er</sup> janvier 2010, et de l'évolution de notre convention collective nationale de travail des établissements et services pour personnes inadaptés et handicapés du 15 mars 1966.

Repenser les moyens immobiliers, matériels, informatiques et humains constitue une priorité compte tenu de la situation du CMP et ce, d'autant que le financement d'actions en ce sens sont envisageables au travers de Crédit Non Reconductibles et de financement MIGAC (Mission d'intérêts générale et d'Aide à la Contractualisation).

### C) Obtenir des Crédits Non Reconductibles (CNR) et des financements MIGAC

Nous recevons ponctuellement des crédits alloués pour la mise en œuvre du RIM-Psy. Mais des financements spécifiques sont disponibles pour la modernisation de l'immobilier et des systèmes d'informations dans le cadre du « plan hôpital 2012 »<sup>192</sup>.

Un Fonds de modernisation des établissements publics et privés de santé (FMESPP), volet ressources humaines a été instauré (instruction DHOS)<sup>193</sup> est disponible, afin d'aider à la mobilité, la conversion professionnelle, le départ volontaire, l'accompagnement social. Nous ferons une déclaration d'Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif (ESPIC)<sup>194</sup>, afin de demander la valorisation de notre activité d'intérêt général au travers de financement MIGAC (*Cf. partie 3.1.1 C) d) page 59*).

La formalisation de la coopération permet d'en retirer de l'efficacité. Elle favorise en outre son évaluation, cette évaluation étant nécessaire à sa pérennité.

## 3.4 Evaluer pour une coopération durable au bénéfice des patients

La Démarche d'amélioration de la qualité des établissements de santé et son évaluation périodique par la certification sont obligatoires. L'évaluation est nécessaire, mais elle est sans effet, si elle n'est pas suivie d'une démarche d'amélioration, suivant une méthodologie appropriée. Jusqu'à présent nous menions cette démarche conjointement avec le CH Charles PERRENS. Nous avons été certifiés dans le cadre de la V2, en mai 2009. Mais, un courrier de la HAS, en date 11 janvier 2010 (*Annexe 21*) impose à notre Direction Générale la mise en commun de la certification V3 pour les 4 établissements sanitaires. Ceci modifie la mise en œuvre interne de la démarche qualité. Ce changement sera l'occasion de se doter des moyens d'évaluer les objectifs définis dans le projet de

---

<sup>192</sup> Circulaire DHOS/F2/2007/438 relative à la procédure de validation des projets au plan hôpital 2012.

<sup>193</sup> Instruction DGOS/SDRH/RH3/113 du 8 avril 2010

<sup>194</sup> Décret n°2010-535 du 20 mai 2010, relatif aux établissements de santé privé d'intérêt collectif, paru au J-O n°0117 du 22 mai 2010 page 9451, texte n°25

service 2012-2017, afin d'améliorer nos réponses aux besoins et attentes de la population infanto-juvénile du secteur 33I01.

### 3.4.1 Repenser notre démarche qualité

La qualité n'est pas acquise, mais en mouvement. Au-delà de l'esprit, elle se visualise par la démarche. La qualité se relie à un ensemble d'objectifs. Elle suppose définir ce que nous voulons faire. La démarche qualité mobilisera l'organisation et intégrera la participation de l'environnement et des partenaires. Je mettrai en œuvre une démarche qualité en cohérence avec les objectifs de notre projet de service.

#### A) Structurer notre démarche qualité

Je donnerai les moyens d'une démarche, c'est-à-dire, « *d'une tentative faite en vue d'obtenir quelque chose (entreprendre une démarche) ; une manière de conduire un raisonnement, méthode* »<sup>195</sup>. Cette démarche s'effectuera dans un souci d'efficacité de façon à ne pas alourdir de façon démesurée, le travail quotidien de chacun.

##### a) Créer une commission qualité et gestion des risques

Je conduirai la démarche qualité. Je créerai une instance chargée de cette démarche qui assurera une bonne communication auprès des personnels. Cette Instance travaillera en s'appuyant sur une méthode qui mettra en évidence la philosophie de l'action, sur la base d'un référentiel qualité, la mise en évidence des systèmes d'information, d'action et la mise en conformité de l'organisation (clarification des métiers et des compétences, distinction qualification et compétence).

##### b) S'appuyer sur la qualitiennne de l'Association et notre référent qualité

Notre Direction Générale dispose d'une qualitiennne. Elle constitue un appui technique pour les établissements. Je demanderai son intervention régulière le temps de cette mise en place. Nous disposons d'un référent qualité qui participe au travail de la commission qualité et projet de l'Association. Sa position et sa fonction feront l'objet d'une analyse (besoin, implication, compétence, crédibilité), afin d'utiliser au mieux ses compétences.

---

<sup>195</sup> Larousse page 262

## B) Intégrer la démarche qualité dans les cultures professionnels des acteurs

Pour Michel LAFORCADE et Philippe DUCALET, la qualité se définit comme « *l'ensemble des caractéristiques d'une entité (organisation, établissement, service, dispositif) qui lui confèrent l'aptitude à répondre aux besoins exprimés et implicite de l'utilisateur et de sa famille en vue de maintenir ou d'améliorer sa santé (au sens bio-psycho-social), son autonomie sociale, et sa dignité d'être humain* »<sup>196</sup>. Cette aptitude sera recherchée dans la coopération et dans la coordination.

### a) Ouvrir notre démarche qualité

Je maintiendrai donc, notre participation aux 2 groupes d'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) du CH Charles PERRENS, auxquels participent 4 salariés du CMP depuis 2006 et je développerai l'intégration de la participation de nos partenaires en créant un 3<sup>ième</sup> groupe d'EPP. Nous allons nous rapprocher des autres établissements sanitaires de l'Association, pour mettre en commun la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la prise en charge (CRUQ).

### b) Penser la communication et la formation sur la démarche qualité

Pour la HAS, « *l'évaluation et l'adaptation du projet est un moment difficile de la mise en œuvre de la coopération car le vocable couvre une véritable complexité, des moments différents, méthodologies différentes* ». Il s'agit d'un élément crucial de la bonne mise en œuvre de la démarche qualité. Pour cela la commission qualité élaborera un plan de communication et pour cela elle s'appuiera sur la commission communication de l'Association. Le plan de communication devra mettre en œuvre la sensibilisation des personnels à la démarche (journée d'information, conférence...). Il sera nécessaire de former des membres de la commission qualité (formations transversales associatives). En outre, j'utiliserai la médiation d'un tiers pour nous aider à mener à bien cette démarche

### c) Utiliser l'intervention d'un tiers

L'objectif est sortir du contexte hiérarchique de l'institution et du caractère imposé qui en découle pour les personnels. L'appel à un consultant appartenant au Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine (CCECQA) (Annexe 22), nous permettra de bénéficier d'une expertise en ce domaine et de diminuer, voire d'éviter les résistances au développement interne de la démarche d'amélioration de la qualité. En outre, le CCECQA est habilité à valider les démarches EPP dans le cadre de

---

<sup>196</sup> LAFORCADE M., DUCALET Ph., Op.cit.

la certification. La démarche qualité vise à réduire les écarts. Elle permet l'évaluation des processus à différents moments et notamment, celui de la coopération<sup>197</sup>.

### 3.4.2 L'évaluation de la coopération

« L'évaluation consiste à porter un jugement sur une intervention dans un but d'aide à la décision »<sup>198</sup>. Il s'agit entre autres, de savoir si l'action et les pratiques de coopération permettent la coordination des réponses sur le territoire au bénéfice des patients. L'évaluation de la coopération interne s'effectuera en présence de représentants des usagers, et s'appuiera sur des référentiels de la HAS<sup>199</sup>. La coopération externe s'effectuera avec nos partenaires. La commission qualité intégrera l'évaluation de la coopération dans ses modalités quotidiennes de mise en œuvre de la démarche qualité.

- A) Appliquer les recommandations de la HAS en matière d'évaluation de la coopération

En cas d'expérimentation, l'évaluation devra à minima démontrer la faisabilité et l'acceptabilité de la nouvelle pratique auprès des professionnels et des patients. Elle devra avoir un niveau de sécurité et de qualité des soins au moins équivalent à la pratique courante. Dans le fonctionnement en routine, les dispositifs EPP et de certification des établissements sont adaptés. Je compléterai par une démarche locale sur des moments d'échanges sur l'organisation en place, afin d'en identifier les dysfonctionnements potentiels.

- B) Evaluer les partenariats

L'évaluation des partenariats sera intégrée dans les conventions. Les Directions respectives se chargeront de cette évaluation, en lien avec les Médecins de Pôles. Des indicateurs auront été déterminés lors de la signature de la convention et permettront l'évaluation en vue d'action d'amélioration. Ces indicateurs feront l'objet d'une remise en cause, au terme d'une période à déterminer. Pour ma part la durée du projet de service me semble la plus opportune.

---

<sup>197</sup> Revue direction, Op.cit.

<sup>198</sup> LAFORCADE M., DUCALET Ph., Op.cit.102

<sup>199</sup> HAS, Op.cit.

### 3.4.3 Réussir, le *rendez-vous* de la certification V3, en juin 2012

Depuis, janvier 2010, la démarche de certification V3 s'effectue en commun avec les autres établissements ou services sanitaires de notre association. La mise en commun des démarches d'auto-évaluation respectives s'effectue dans le cadre d'un Comité de Pilotage qui peut représenter l'opportunité d'une démarche qualité commune associative.

- A) Le comité de pilotage de certification, expression de la coopération des 4 établissements ou services sanitaires de l'Association

Le Comité de pilotage est composé du Directeur Général, la Directrice Administrative et Financière, de la Directrice des Ressources Humaines, des différents Directeurs concernés, et pour le versant clinique, les médecins. Nous effectuons notre auto-évaluation selon le référentiel V2010 de la HAS. Au niveau du CMP, j'ai constitué une équipe à cet effet. Elle est composée du Médecin-Directeur-Adjoint, d'une Secrétaire, d'une Assistante Sociale et de moi-même. La mise en commun est effectuée par qualitiennne de l'Association qui effectue la synthèse, organise les réunions suivant la feuille de route établit par le Comité de Pilotage (*Annexe 23*). Le plan d'action d'amélioration ressortira de cette auto-évaluation

- B) Impulser une démarche qualité commune aux établissements sanitaire le d'association ?

Je vais m'appuyer sur ce Comité de Pilotage pour mettre en avant les échanges positifs issus de nos réunions (échanges de procédures, interventions de personnels disposant de compétences spécifiques et de connaissances rares sur des thèmes tels que la maltraitance ou le système informatique) et inciter les autres directeurs à se diriger vers une démarche qualité commune. Une telle démarche symboliserait la volonté de coopération et de coordination des établissements et permettrait d'améliorer la prise en charge des usagers de l'Association. Cette décision sera sans nul doute conditionnée par la réussite de la certification V3. A moins qu'elle ne soit imposée par le nouveau Directeur Général arrivé en juillet 2010.

## Conclusion

Lors de l'élaboration de ce mémoire, mes recherches m'ont permis de vérifier que l'orientation que j'ai prise en faveur de la coopération entre professionnels, services et secteurs (social, médico-social et sanitaire), pour coordonner une offre de soins fragmentée et permettre d'améliorer l'efficacité du système de santé est conforme aux préconisations de prise en charge et attentes des politiques publiques. Elle permet en outre, de résoudre notre problématique par un repositionnement du CMP dans sa mission et son territoire. Ce développement de la coopération doit favoriser notre intégration et notre positionnement dans l'animation d'un réseau de santé mentale infanto-juvénile sur le secteur 33101.

Cette stratégie sera encore plus d'actualité, si l'Etat suit les recommandations du rapport COUTY, annoncé comme la déclinaison de la loi HPST dans le domaine de la psychiatrie et de la santé mentale. Et notamment, sa recommandation « n°4 : *Parcours de soins, page 12* ». Celle-ci incite à « *redéfinir réglementairement une organisation graduée des soins psychiatriques et de la santé mentale en 3 niveaux....* ». Et à « *Redéfinir en conséquence, les missions du secteur au niveau de proximité extra hospitalier, comme acteur déterminant, mais non exclusif, du soin psychiatrique. Le secteur participe avec les autres acteurs concernés à la mise en œuvre coordonnée de la politique de santé* ».

Au-delà du risque de fragilisation de notre position de « pivot, incontournable » dans la prise en charge ambulatoire de *l'inter-secteur*, cette probabilité doit nous conforter dans notre « *quête* » d'identité qui demeure en *filigrane* du processus de changement initié. Plus que jamais, dans ces temps incertains, de doutes et de peurs en l'avenir, la *quête* de l'identité institutionnelle centrée sur les bénéficiaires, apparaît comme essentielle. Cette *quête* permet aussi à mon sens, aux associations de marquer leurs différences avec l'entreprise. Et notamment, le fait que par essence, l'association d'intervention sanitaire, sociale ou médico-sociale vise l'intérêt de son objet, « *la personne* » et que l'entreprise vise l'objet de son intérêt, « *le client* ».

Mon engagement dans la fonction de directeur consiste à permettre cette *quête*, par une volonté de comprendre et d'agencer les *interdépendances* présentes. L'objectif, mais aussi l'enjeu, est de donner un avenir à une institution et à une prise en charge, toujours meilleures pour et avec des personnes.

« *L'avenir n'est jamais que du présent à mettre en ordre,  
tu n'as pas à le prévoir, mais à le permettre* »

Antoine de SAINT EXUPERY<sup>200</sup>

---

<sup>200</sup> Extrait de Pilote de guerre

---

# Bibliographie

---

## Livres :

- AMBARD H., BERNOUS P., HERREROS G., LIVIAN Y-F., 1996, « les nouvelles approches sociologiques des organisations », Editions Seuil sociologie, p291.
- ARCHIER G, 1991, Les leviers de la réussite : les tendances marquantes du management à l'aube du 3<sup>ème</sup> millénaire, Paris : Inter Editions, p211.
- BOUTINET J-P., 1990, « Anthropologie du projet », Paris : PUF Que sais-je ?, p128.
- CROZIER M., FRIEDBERG E., 1977, « L'acteur et le système, les contraintes de l'action collective », Editions du Seuil, Réédition Collection Points Essais, 1992, p500.
- DEVILLARD O, 2005, la dynamique des équipes, Organisation, Collection les références, p304.
- DHUME F., 2001, « De faire faire à agir ensemble : l'implication du collectif, du travail social au travail ensemble », Editions ASH, p208.
- ENRIQUEZ J, 1997, « *les jeux du désir et du pouvoir en entreprise* », Paris : Desclée de Brouwer, p409.
- GENELOT D., 2001, « Les règles de l'organisation, manager la complexité », Insep Consulting, p357.
- HAERINGER J., TRAVERSAZ F., 2002, « conduire le changement dans les associations d'action sociale et médico sociale », Paris : Editions DUNOD, p244.
- LAFORCADE M, DUCALET Ph., 2003, *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*, Editions Seli Arslan, p336.
- LEBRUN J-P, 2008, *Clinique de l'institution*, Toulouse, Eres, p288.
- LEFEVRE P, 2003, Guide de la fonction directeur d'établissements dans les organisations sociales et médico-sociales, DUNOD., p416.
- LEVI-STRAUS C, 1949, Les structures élémentaires de la parenté, Mouton Gruyter 2002, p591.
- MOREAU DEFARGES P., 2008, *la gouvernance*, Paris : PUF Que sais-je ?, p128
- SVANDRA Ph, 2005, *Comment développer la démarche éthique en unité de soins ?*, ESTEM, p238.
- TOUTUT J-Ph, 2007, Management éthiques en pratique dans les établissements sociaux et médico-sociaux. Repères et recommandations, Editions Seli Arslam, p159.
- VIAL M., 2001, « Se former pour évaluer : se donner une problématique et élaborer des concepts », Bruxelles : De Boeck, p280.

## Rapports, Expertises :

- Centre d'analyse stratégique, 2010, « La santé mentale, l'affaire de tous », Rapport et document n°24, La documentation française, p272.
- CODELFY M., FAURE P., PRIETO N., Les enfants et adolescents pris en charge dans des centre médico-psycho-pédagogiques, DREES, Etudes et résultats, n°392, avril 2005, p8.



- CODELFY M., novembre 2005, « Les disparités départementales de prises en charge de la santé mentale en France », DREES Etudes et résultats, n°443, p12.
- CODELFY M., SALINES E., octobre 2004, « Les secteurs de psychiatrie générale en 2000 : évolutions et disparités », DREES, Etudes et résultats, n°342, p11.
- DREES, 2010, « La prise en charge de la santé mentale », Recueil d'études statistiques, pp108-121.
- Expertise collective Inserm, décembre 2002, « Troubles mentaux dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent », p66.
- Livre blanc de la psychiatrie, 21 juin 2003, la fédération française de psychiatrie, p234.
- Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers, février 2008, « Organisation des CMP », revue de littérature, p30.
- PIEL E., ROELANDT JL., juillet 2001, « De la psychiatrie vers la santé mentale », Rapport de mission pour le ministère délégué à la santé, p85.
- Rapport Alain MILON, 28 mai 2009, « Sur la prise en charge psychiatrique en France », p135.
- Rapport BUISSON JR., 10 février 2010, Projet d'avis, « La pédopsychiatrie : prévention et prise en charge », Conseil économique, social et environnemental, p41.
- Rapport COUTY, janvier 2009, « Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie », p85.
- Rapport IGAS, février 2004, « Enquête sur la prévention et la prise en charge des adolescents et jeunes adultes souffrant de troubles psychiatriques », p102.

#### Revue et thèses :

- BRUERE S., 2003, « la stratégie réseau en entreprise, Université de Metz et Nancy 2, DESS de Psychologie du Travail et Nouvelles Technologies, p21.
- CONTANDRIOPOULOS A-P., DENIS J-L., TOUATI N., RODRIGUEZ R., 2001, « *Intégration des soins : dimension et mise en œuvre* », Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, vol 8, n°2, pp38-52.
- CORCUFF P., 1<sup>er</sup> semestre 2005, « Malaise dans la démocratie - Le pari démocratique à l'épreuve de l'individualisme contemporain », Revue du MAUSS, n°25, p66
- FLICHY P, 2005, Notion « individualisme connecté », Revue Sciences Humaines, Hors-Série, n°50, pp84-86.
- ROBELET M, DERRE M, BOURGUEIL Y, 2005, « la coordination dans les réseaux de santé : entre logique gestionnaire et dynamiques professionnelles », RFAS, n°1, pp233-260.
- Revue Directions juin 2004, n°9, pp24-25
- LORY J, 1<sup>er</sup> juillet 2002. « Changement de paradigme en psychiatrie : la santé mentale et le modèle social du psychisme », Texte Psy, disponible sur internet : [www.textespsy.com/spip.php?article\\_277](http://www.textespsy.com/spip.php?article_277)
- ACEF S., mars 2008, « Réseau de santé et territoire, où en sommes-nous ? », Réseaux sociaux : théories et pratiques, Faire du réseau : analyse et pratiques, Informations sociales, n°147, pp72-81
- HAS, avril 2008, Guide méthodologique, recommandations, « intégrer de nouvelles formes de coopération au sein d'une organisation existante », p16.

- DE GAULEJAC V., 14 janvier 2009, « Gestion de la crise ou crise de la gestion ? », Revue d'information de réflexion et de recherche, C@hier de psychologie politique, disponible sur internet : <http://lodel.erevues.inist.fr/cahierspsychologiepolitique/index.php?id=329>
- OETH, juin 2009, Etude RPS (Risque Psycho Sociaux), p16.
- PAQUET M., 4 septembre 2009, « Psychiatrie et travail social », ASH, n°2622, pp28-31.
- LAVOUE, 5 octobre 2009, « Pour une refonte des associations intermédiaires », disponible sur internet : [www.psychasoc.com](http://www.psychasoc.com)
- CODELFY M., LUCAS-GABRIELLI V., janvier-mars 2010, « Les territoires de santé : des approches régionales variées de ce nouvel espace de planification », Pratiques et Organisation des soins, Volume 41, n°1, pp73-80.

---

## Liste des annexes

---

Annexe 1 : Définitions .....	II
Annexe 2 : Extrait de la Convention entre le C H Charles PERRENS et l'Association RENOVIATION, Nombre d'antennes de Consultations .....	IV
Annexe 3 : Extrait de la Convention entre le CH Charles PERRENS et l'Association RENOVIATION, sur la démarche de certification conjointe .....	V
Annexe 4 : Carte des Inter-secteur de Gironde .....	VI
Annexe 5 : Carte des territoires de santé de Gironde.....	VII
Annexe 6 : tableau de l'évolution démographique de l'inter-secteur .....	VIII
Annexe 7 : Répartition démographique suivant nos antennes de consultations .....	IX
Annexe 8 : Organigramme 2010 du CMP de l'Association RENOVIATION.....	X
Annexe 9 : Extrait de la Convention entre le CH Charles PERRENS et l'Association RENOVIATION, sur l'échange de personnels .....	XI
Annexe 10 : Tableau d'activité du CMP 2008/2009/2010 .....	XII
Annexe 11 : Place du CMP dans l'inter-Secteur 33 I 01 .....	XIII
Annexe 12 : Extrait du projet médical 2007-2011 du CMP .....	XIV
Annexe 13 : Compte financier 2008 du CMP .....	XV
Annexe 14 : Organisation des Pôles du CMP de l'Association RENOVIATION.....	XVI
Annexe 15 : Amplitude horaire d'ouverture du CMP de l'Association RENOVIATION ....	XVII
Annexe 16 : Extrait de la Convention entre le CH Charles PERRENS et le CMP de l'Association RENOVIATION, sur l'évaluation de la convention .....	XVIII
Annexe 17 : Planning de mise en œuvre de la redynamisation des espaces d'échanges du CMP.....	XIX
Annexe 18 : Roue de DEMING .....	XIX
Annexe 19 : coût prévisionnel du Système d'Information du CMP .....	XX
Annexe 20 : tableau prévisionnel des départs à la retraite au CMP de l'Association RENOVIATION.....	XXI
Annexe 21 : Lettre de la HAS pour une démarche de certification commune aux établissements de santé de l'Association RENOVIATION.....	XXII
Annexe 22 : Missions du CCECQA.....	XXIII
Annexe 23 : Planification de la démarche de certification V3 des établissements de santé de l'Association RENOVIATION.....	XXIV

## **Annexe 1 : Définitions**

- Psychiatrie Infanto-juvénile : « *Prise en charge des enfants et des adolescents* »

(Source DRESS, « *les établissements de santé, Panorama pour l'année 2007, page 132* )

- Inter-secteur : « *il assure des missions sectorielles, souvent complémentaires aux activités de secteur, pour le compte de plusieurs secteurs de psychiatrie générale ou infanto-juvénile* ».

(Source DRESS, « *les établissements de santé, Panorama pour l'année 2007, page 136* )

- Médecin DIM : Il est le responsable de l'information médicale pour l'établissement (obligatoirement désigné pour chaque établissement). La fonction de médecin DIM est stratégique du fait de l'obligation pour tous les établissements de santé, publics comme privés, de mettre en place des Programmes Médicalisés des Systèmes d'Information (PMSI). Ceux-ci ont pour but de rassembler les informations sur l'activité de l'établissement afin d'en permettre une analyse tant médicale qu'économique. Pour que l'étude des données soit la plus pertinente possible, le recueil des informations est adapté en fonction du champ d'activités de l'établissement, psychiatrie (RIM-P). Il a pour missions de : Centraliser les informations sur les patients pris en charge dans l'établissement ; traiter les données recueillies : sur la base des « résumés standardisés ». Cette étape conditionne l'attribution des financements dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A) ; décrypter et interpréter les données afin d'obtenir une vision à la fois globale et sectorisée (par pôle, par service...) de l'activité. Le médecin DIM participe aux réflexions sur le contenu et la gestion des dossiers médicaux, la conservation des données.

- VAP : C'est un modèle de financement qui tient compte de la montée en charge de la tarification à l'activité sur d'autres secteurs d'activité, mais qui soit respectueux des spécificités des diverses activités en psychiatrie, pour répondre aux besoins de la population dans un souci d'équité et d'efficacité. Elle repose sur une expérimentation large, dans le cadre d'une démarche participative s'inscrivant dans la durée, qui a permis de dégager des objectifs réalistes et partagés. La VAP est actuellement composée de quatre compartiments : un compartiment décrivant des coûts en relation avec l'activité, à partir d'un recueil harmonisé, le RIM-P ; un compartiment géo-populationnel prenant en compte les facteurs géographiques, épidémiologiques et sociodémographiques sur le plan régional, territorial et sectoriel ; un compartiment décrivant des missions d'intérêt général (MIG) ; un compartiment pour les médicaments onéreux.

- RIM-Psy : Afin de procéder à l'analyse médico-économique de l'activité de soins réalisée en leur sein, les établissements de santé titulaires d'une autorisation d'activité de soins en psychiatrie mettent en œuvre pour tous les patients qu'ils prennent en charge des traitements automatisés de données médicales à caractère personnel suivants : Résumés par séquence (RPS) pour tous les patients admis en hospitalisation, avec ou sans hébergement, et Résumés d'activité ambulatoire (RAA) pour toutes consultations ou soins externes

- CPOM : Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) est, en droit français, le contrat par lequel un organisme gestionnaire d'établissements ou services sociaux ou médico-sociaux s'engage auprès d'une autorité de tarification sur une période pluriannuelle pour, en fonction des objectifs d'activité poursuivis par ses établissements, bénéficier d'allocations budgétaires correspondantes

- EPRD : Applicable depuis le 1er janvier 2006, l'État des Prévisions de Recettes et de Dépenses (EPRD) en constitue désormais le dispositif comptable naturel. Pilotage par les recettes, un outil de prévision, budgétaire et financière, d'où le décloisonnement exploitation/investissement, le raisonnement par la trésorerie, impactée par les décisions d'exploitation et d'investissement.

## Annexe 2 : Extrait de la Convention entre le C H Charles PERRENS et l'Association RENOVIATION, Nombre d'antennes de Consultations

### ANNEXE II

Centres médico-psychologiques de l'association Rénovation constituant le Centre de Santé Mentale Infantile :

**CMP du Grand Parc**  
7, rue Henri Expert Bâtiment V4  
33 000 Bordeaux  
tél : 05 56 50 13 84

**CMP du Bouscat**  
Ecole Lafon Féline  
Avenue Lakanal  
33 110 Le Bouscat  
tél : 05 56 02 31 56

**CMP des Aubiers**  
47, rue Charles Tournemire  
33 300 Bordeaux  
tél : 05 56 50 92 75

**CMP de Caudéran**  
10, avenue Bél Air  
33 200 Bordeaux  
tél : 05 56 17 07 41

**CMP de Claveau**  
145, rue Achard  
33 000 Bordeaux  
tél : 05 56 50 59 24

**CMP de Blanquefort**  
Domaine des Cimbats III  
1, avenue du Général de Gaulle  
33 290 Blanquefort  
tél : 05 56 35 15 52

**CMP de Bruges**  
Résidence Lassalle  
Rue Maurice Ravel  
33 520 Bruges  
tél : 05 56 28 28 47

Convention CHCP - Rénovation  
Page 7 sur 8

**CMP d'Eysines**  
CMS rue des Treytins  
33 320 Eysines  
tél : 05 56 28 06 35

**CMP de Saint Médard en Jalles**  
16, rue Henri Dunant  
33 160 Saint Médard en Jalles  
tél : 05 56 05 44 02

**CMP de Pauillac**  
CMS place du Maréchal de Lattre de Tassigny  
33 250 Pauillac  
tél : 05 56 73 21 60

**CMP de Lesparre**  
CMS 21, rue du Palais de Justice  
33 340 Lesparre  
tél : 05 56 41 85 87

**CMP de Soulac**  
CMS rue Ferdinand Laffargue  
33 780 Soulac-sur-Mer  
tél : 05 56 09 88 78

**CMP de Castelnau de Médoc**  
6, rue de Tivoli  
33 480 Castelnau de Médoc  
tél : 05 57 88 52 00

Le Directeur du Centre Hospitalier  
Charles Perrens

  
A. DE RICCARDIS

Le Président  
de l'Association Rénovation

  
J.P. MENDIBOURE

Convention CHCP - Rénovation  
Page 8 sur 8



### Annexe 3 : Extrait de la Convention entre le CH Charles PERRENS et l'Association RENOVATION, sur la démarche de certification conjointe

Son organisation médicale relève de la responsabilité du praticien hospitalier, médecin chef de service de ce secteur psychiatrique, ou par délégation de celui-ci, d'un praticien hospitalier du centre hospitalier Charles Perrens.

Il dispose à cet effet de l'ensemble des prérogatives prévues par le statut du personnel médical des établissements publics de santé, en particulier dans l'organisation technique des soins de l'ensemble des structures hospitalières ou associatives du secteur 33 I01.

Il assure de plus la fonction de directeur du CSMI telle que définie par les statuts propres à l'association Rénovation.

Son avis est sollicité lors des recrutements de personnels mis à disposition par l'association Rénovation.

#### 2) Action sociale et médico-sociale

Dans le cadre du partenariat avec le Centre Hospitalier Charles Perrens, l'association Rénovation crée et gère, en sus des CMP mentionnés dans l'article 4, les établissements et services destinés au traitement de jeunes inadaptés en leur fournissant un accompagnement susceptible de favoriser leur réinsertion sociale.

#### Article 5 : moyens organisationnels mis en œuvre

- Le centre hospitalier met à disposition la quotité de personnel médical du secteur 33 I01 tel que fixé dans le projet de service de ce secteur et mentionné en annexe I ainsi que deux bureaux vides, éclairés et chauffés. L'association prend à sa charge l'équipement matériel, l'assurance et tous les frais de fonctionnement inhérent.

- L'association Rénovation, pour la réalisation de ses missions visées par la présente convention, met à disposition du Centre Hospitalier Charles Perrens, à titre gracieux, les locaux de consultation indiqués dans l'annexe II et les personnels médicaux et non médicaux qui y sont affectés tel que mentionné en annexe I.

#### Article 6 : assurance responsabilité civile

Chaque partie signataire prend en charge la responsabilité civile des activités exercées dans les locaux dont elle a la charge.

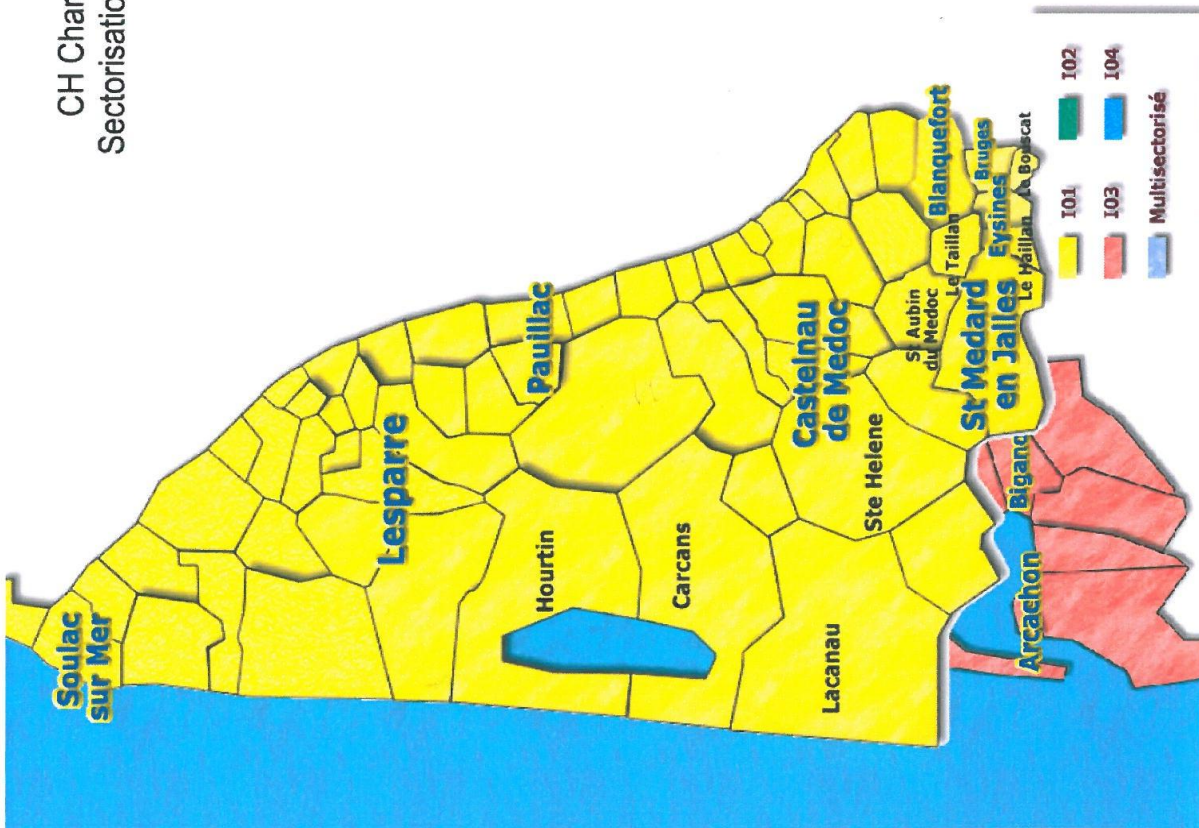
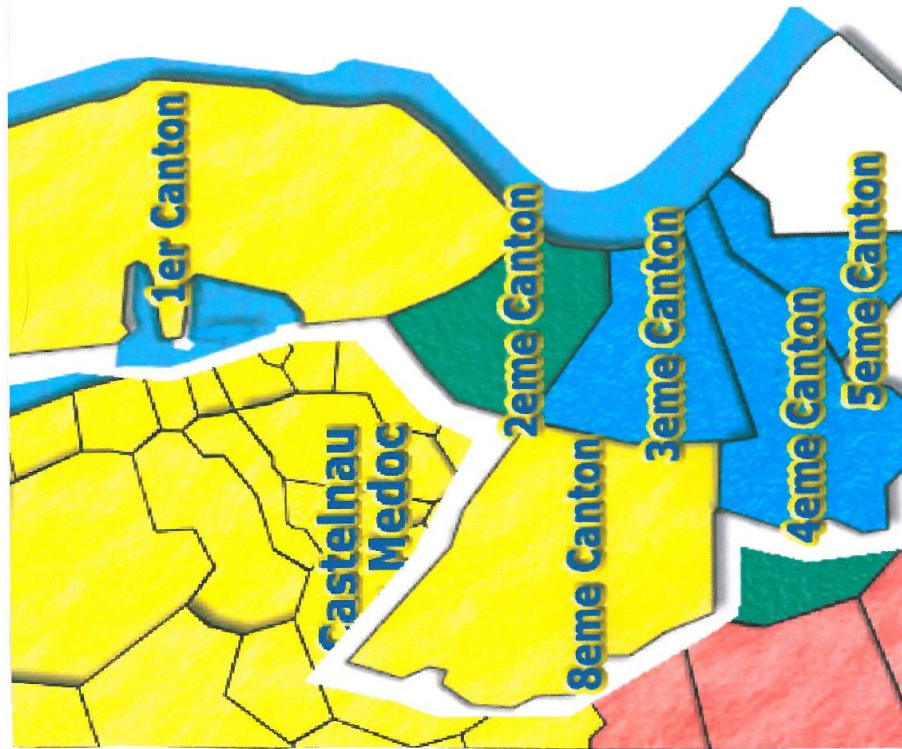
#### Article 7 : modalités d'évaluation du fonctionnement du réseau et de la qualité des soins et procédure d'accréditation

Le système d'évaluation de l'activité et du fonctionnement du CSMI sera élaboré conjointement par le centre hospitalier et l'association. Le secteur 33 I01, le département d'information médicale et les différents services statistiques du centre hospitalier seront destinataires de l'ensemble des informations.

Les parties conviennent de désigner chacune un correspondant qualité, lesquels établiront conjointement les procédures à mettre en œuvre dans les domaines de la qualité et de l'accréditation.

Annexe 4 : Carte des Inter-secteur de Gironde

CH Charles PERRENS  
Sectorisation infanto-juvénile





## Annexe 5 : Carte des territoires de santé de Gironde

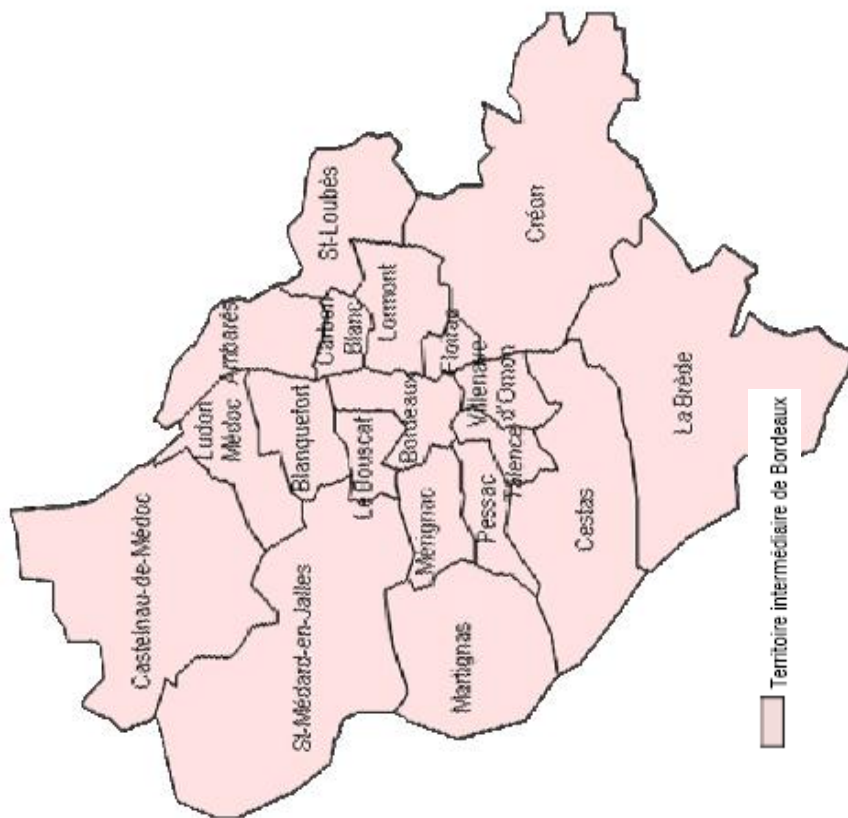
### Le territoire de recours de Bordeaux-Libourne

#### Composition du territoire de recours de Bordeaux-Libourne en territoires intermédiaires et territoires de proximité



Territoires intermédiaires :  
 de Lesparre-Médoc  
 d'Arcachon  
 - le territoire de proximité de Pessac appartient à deux territoires de recours : Bordeaux-Libourne et Langon

de Blaye  
 de Libourne  
 de Saint-Foy-la-Grande  
 de Langon



Territoire intermédiaire de Bordeaux

Le territoire de recours de Bordeaux-Libourne est composé de 7 territoires intermédiaires ou de 32 territoires de proximité.

- Le territoire intermédiaire de **Lesparre-Médoc** est composé du territoire de proximité de Lesparre-Médoc
- Le territoire intermédiaire de **Blaye** est composé du territoire de proximité de Blaye
- Le territoire intermédiaire d'**Arès** est composé du territoire de proximité d'Arès
- Le territoire intermédiaire d'**Arcachon** est composé des territoires de proximité d'Arcachon, Biscarrosse, Pissos et Salles
- Le territoire intermédiaire de **Langon** est composé des territoires de proximité de Bazas, Langon et La Réole
- Le territoire intermédiaire de **Libourne** est composé des territoires de proximité de Libourne, Saint-André-de-Cubzac et Sainte-Foy-la-Grande
- Le territoire intermédiaire de **Bordeaux** est composé des territoires de proximité d'Ambarès, Blanquefort, Bordeaux, Carbon-Blanc, Castelnau-de-Médoc, Cestas, Créon, Floirac, La Brède, Le Bouscat, Ludon-Médoc, Lormont, Martignas, Mérignac, Pessac, Saint-Loubès, Saint-Médard-en-Jalles, Talence et Villenave-d'Ornon.

Evolution de la population		1999 (1)	2006 (2)	2009 (3)	En % 1999/2009	% 0-19 ans	nombre 2006 (4)	estimation 2009	nombre 0-17 ans (6)	nombre 2-17 ans (5)	scolarisés 2-17 ans (5)	En % 2006	Estimation 2009	hectares	Km2
<b>CANTON DE BORDEAUX</b>															
1 <sup>er</sup> Canton	Claveau, les Au	24 453	27 672	28 678	17.28%	21.00%	5 811	6 022	4 459	3 866	3 548	12.82%	3 677	540	
2 <sup>ème</sup> Canton	Grand Parc	23 855	26 062	26 543	11.27%	21.00%	5 473	5 574	4 201	3 642	2 924	11.22%	2 978		
8 <sup>ème</sup> Canton	Caudéran	38 948	40 634	40 594	4.23%	21.00%	8 533	8 525	6 552	5 680	5 213	12.83%	5 208		
	Le Bouscat (CF)	22 457	23 411	37 452	66.77%	21.71%	5 083	8 132	4 616	4 134	3 838	16.39%	6 140	530	
<b>Sous-total BORDEAUX</b>		<b>109 713</b>	<b>117 779</b>	<b>133 267</b>	<b>24.89%</b>	<b>21.18%</b>	<b>24 900</b>	<b>28 253</b>	<b>19 828</b>	<b>17 322</b>	<b>15523</b>	<b>13.32%</b>	<b>18003</b>	1070	10.7
<b>CANTON DE BLANQUEFORT</b>															
Blanquefort		13 902	14 944	15780	13.51%	25.88%	3 867	4 083	3 391	3 048	2 758	18.46%	2 912	3372	
Bruges		10 613	12 955	13771	29.76%	25.58%	3 314	3 523	2 984	2 663	2 405	18.56%	2 556	1422	
<b>Sous-total BLANQUEFORT</b>		<b>42 720</b>	<b>47 420</b>	<b>49578</b>	<b>16.05%</b>	<b>26.16%</b>	<b>12354</b>	<b>12913</b>	<b>11039</b>	<b>9881</b>	<b>9 013</b>	<b>19.22%</b>	<b>9418</b>	13811	138.11
<b>CANTONS EYSINES SAINT MEDARD</b>															
Eysines		18 411	19 279	19589	6.40%	25.11%	4 840	4 918	4 301	3 888	3 534	18.33%	3 591	1201	
Saint Médard en Jalles		25 590	26 934	27789	8.59%	26.58%	7 158	7 385	6 401	5 880	5 507	20.45%	5 682	8528	
<b>Sous-total EYS/ ST MED</b>		<b>70 585</b>	<b>75 442</b>	<b>77 591</b>	<b>9.93%</b>	<b>26.54%</b>	<b>19 808</b>	<b>20 373</b>	<b>17 701</b>	<b>16 164</b>	<b>14 985</b>	<b>20.14%</b>	<b>15 414</b>	18283	182.83
<b>MEDOC</b>															
<b>Sous total MEDOC</b>		<b>67 488</b>	<b>74 281</b>	<b>77 236</b>	<b>14.47%</b>	<b>22.38%</b>	<b>17 390</b>	<b>18 090</b>	<b>16 037</b>	<b>14 375</b>	<b>13 189</b>	<b>17.16%</b>	<b>13 719</b>	212 571	2 125
<b>TOTAL</b>															
<b>TOTAL</b>		<b>290 506</b>	<b>314 922</b>	<b>337 672</b>	<b>16.33%</b>	<b>24.06%</b>	<b>74 452</b>	<b>79 628</b>	<b>64 605</b>	<b>57 742</b>	<b>52 710</b>	<b>17.46%</b>	<b>56 554</b>	245735	4 582

(1) : résultat du recensement de la population 2006/ évolution et structure de la population / population / 1999 / POP T1M - Population

(2) : résultat du recensement de la population 2006/ évolution et structure de la population / population / 2006 / POP T1M - Population

(3) : populations légales 2007 des communes du département / Populations légales des arrondissements en vigueur au 1er janvier 2010

(4) : résultat du recensement de la population 2006/ évolution et structure de la population / POP T3 - Population par sexe et âge en 2006

(5) : résultat du recensement de la population 2006/ diplôme formation / FOR T1 - Scolarisation selon l'âge et le sexe en 2006

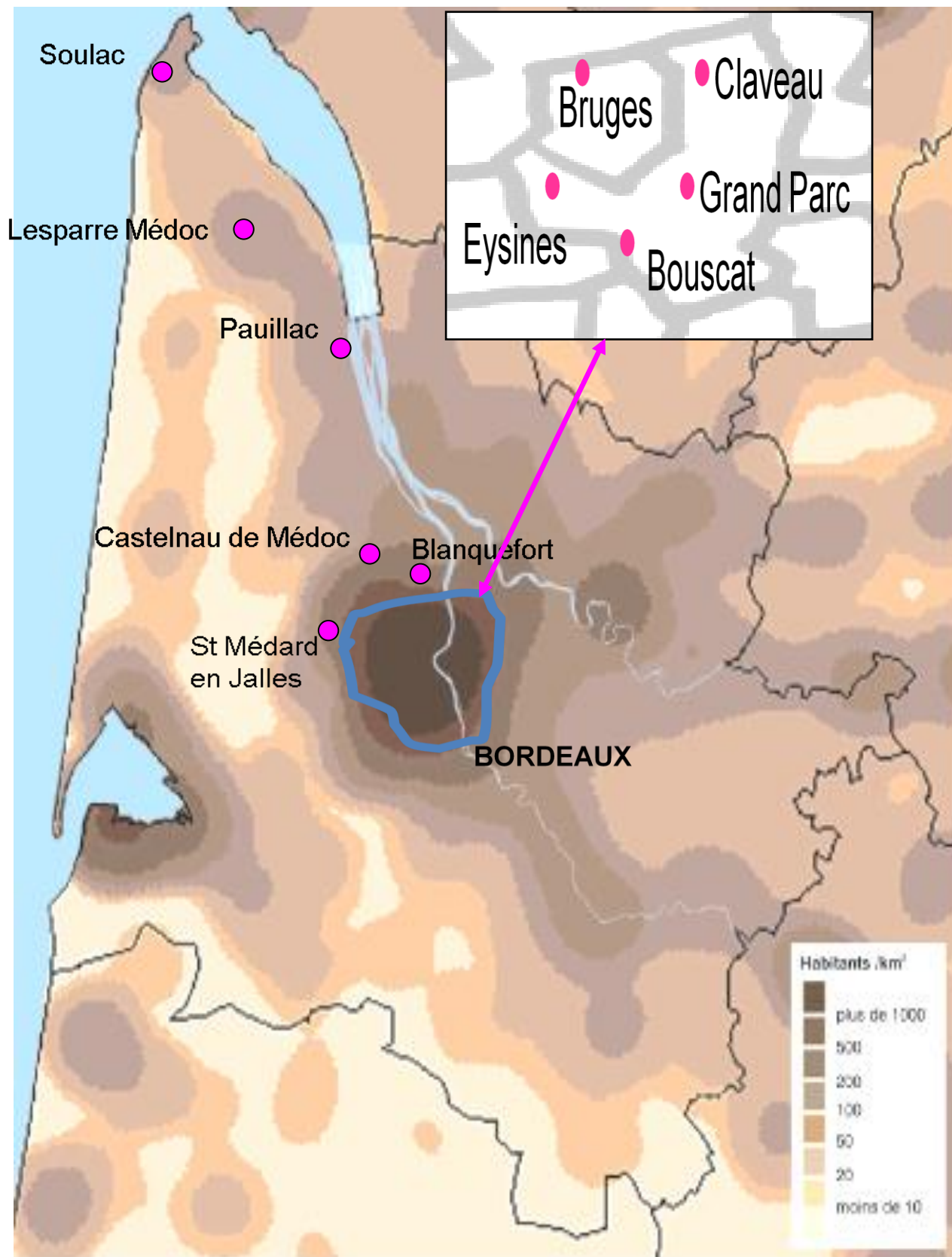
(6) : calcul 0-14 ( POP T3) + 15-17 (FORT1)

Sources : INSEE / Population / Le recensement de la population / Les résultats des recensements de la population

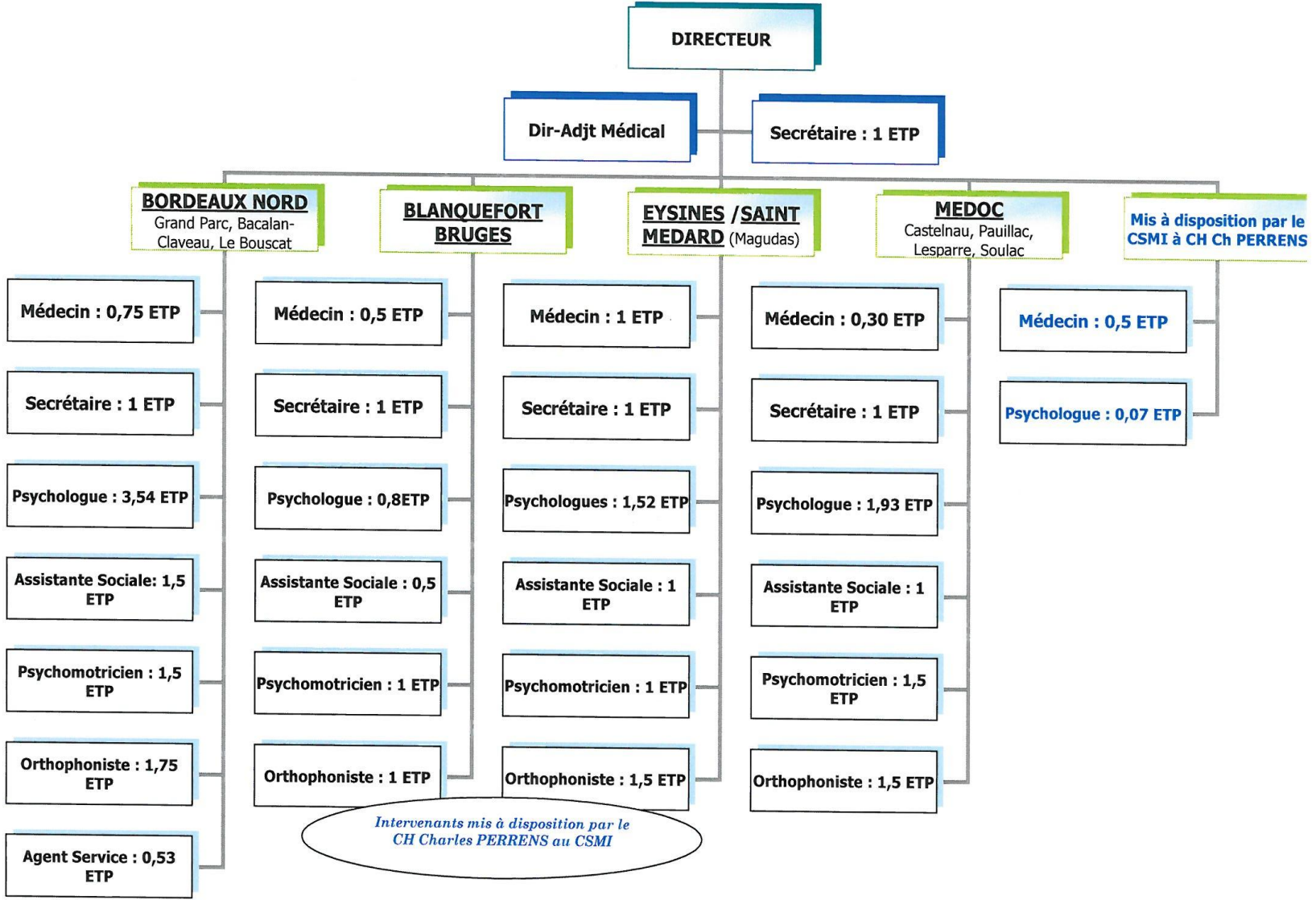
**Populations légales ou résultats statistiques**

[Résultats du recensement de la population - 2006](#)

## Annexe 7 : Répartition démographique suivant nos antennes de consultations







**Annexe 9 : Extrait de la Convention entre le CH Charles PERRENS et l'Association RENOVATION, sur l'échange de personnels**

**ANNEXE I**

**1 Personnel médical mis à disposition par le CHCP:**

Médecins psychiatres séniors : ¾ temps  
Internes : 2 temps pleins

**2 Personnel médical et non médical mis à disposition par Rénovation**

Médecin psychiatre sénior : ½ temps  
Psychologue : ¼ temps  
Vacataires : 1/10<sup>e</sup> temps

**Organigramme du CSMI**

<b>Fonctions</b>	<b>Temps Budgété</b>
Chef de service administratif :	1
Secrétariat Direction	1
Secrétaires	3
Total	6
Agents, services généraux	1,25
Assistantes sociales	4
Psychomotriciens(nes)	4,5
Orthophonistes	5,75
Psychologues	5,42
Psychiatres	4
<b>TOTAL</b>	<b>30,92</b>

Le Directeur du Centre Hospitalier  
Charles Perrens

  
**A. DE RICCARDIS**

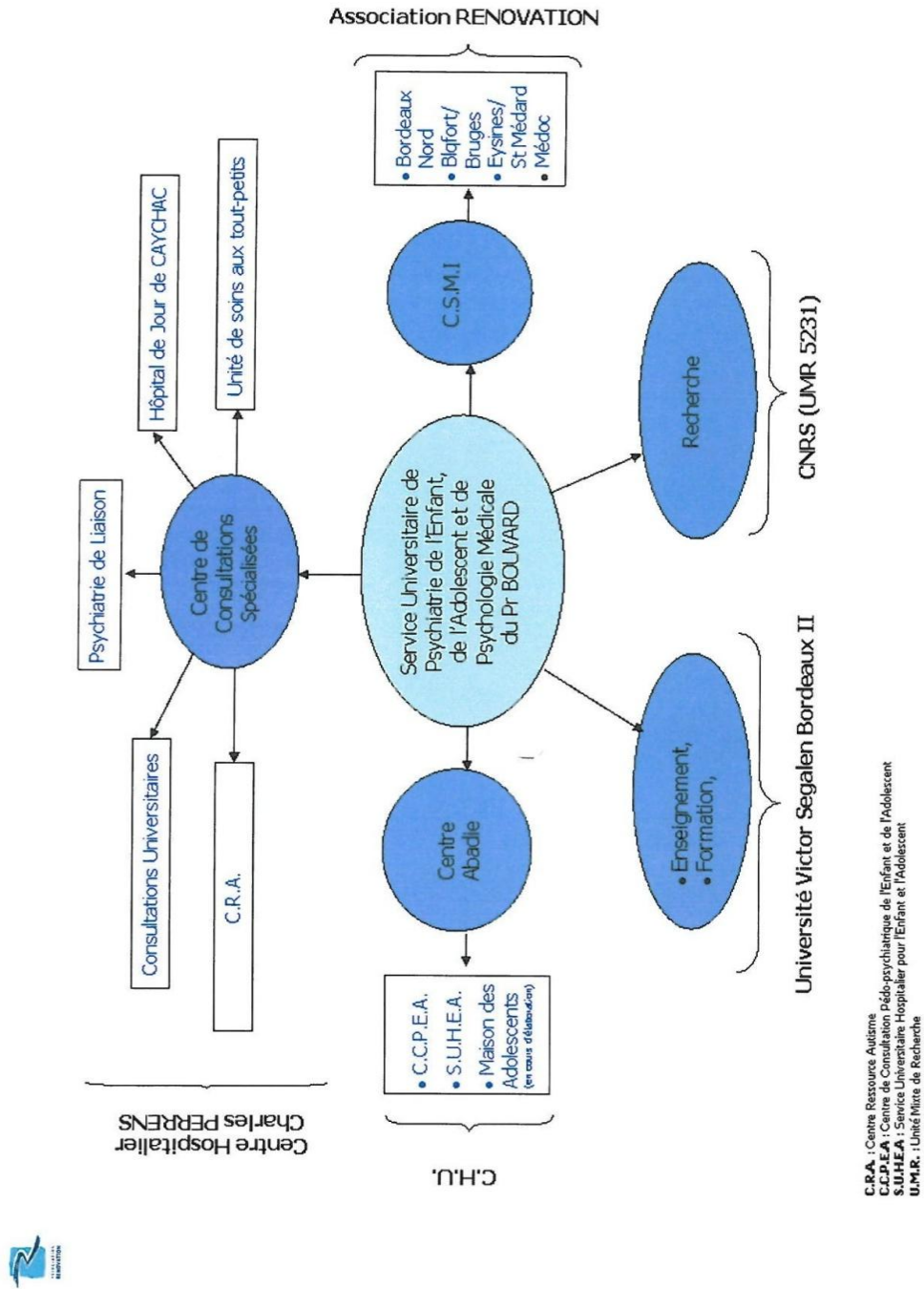
Le Président  
de l'Association Rénovation

  
**J.P. MENDIBOURE**

**Annexe 10 : Tableau d'activité du CMP 2008/2009/2010**

<b>ELEMENTS DE L'ACTIVITE</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
<b>1 – Les Actes :</b>	28 918	29 667	<b>30 372</b>
- Activité de « secteur »	9 695	9 723	10 303
- Activité de Consultations et de Soins :	19 223	19 944	20 069
Actes de bilan	4 346	4 774	4 769
Actes de traitement	14 877	15 170	15 300
<b>2 – La file Active (nb de dossiers/enfants) :</b>	1 717	1 745	<b>1 756</b>
Dossiers ouverts pour la 1 <sup>ère</sup> fois	633	640	598
Dossiers d'enfants repris	312	330	307
Enfants ayant eu un traitement	772	773	847
Nb d'enfants en traitement au 31 décembre	489	5 70	<b>615</b>
<b>3 –Absentéisme autour de l'Activité de bilan (%)</b>	10,28	7,12	<b>5,47</b>
<b>4 –Absentéisme autour de l'Activité de Traitement(%)</b>	14,35	11,70	<b>16,70</b>
<b>5 – Les Placements (préconisés) :</b>	137	154	<b>206</b>
Réalisés	45	65	59
Non réalisés	92	89	144

Annexe 11 : Place du CMP dans l'inter-Secteur 33 I 01



**Schéma :** Place du CSMI au sein du secteur Universitaire

Association RENOVATION / Centre de Santé Mentale Infantile / Projet d'établissement 2007-2011

## **Annexe 12 : Extrait du projet médical 2007-2011 du CMP**

*« L'accueil est généralement réalisé sur les antennes de consultation par l'assistante sociale spécialisée mais il arrive qu'il soit effectué par le médecin ou une psychologue de l'équipe. Ce premier entretien a plusieurs objectifs qui conditionneront la suite de l'intervention du CMP (Ouverture du dossier patient avec le ou les détenteurs de l'autorité parentale, information des patients, explications sur les missions et du Cadre juridique, Repérage des situations d'urgence. Le diagnostic (Les bilans et les comptes-rendus des résultats). A l'issue de la première consultation médicale, un bilan est programmé en fonction des besoins de la démarche diagnostic. Il comprend en moyenne trois ou quatre actes planifiés et réalisés par différents professionnels médecins et para médicaux. Le compte-rendu établi au cours de la synthèse en fin de bilan est donné oralement par le médecin responsable à la famille et à l'enfant. Un compte-rendu écrit est établi et adressé selon les besoins aux différents médecins concernés, avec l'accord signé des parents. (Examen clinique psychiatrique ; bilan psychologique, évaluation psychométrique et tests projectifs ; bilan orthophonique ; bilan psychomoteur ; les régulations). Le soin : Les soins sont variés et adaptés en fonction de l'âge, de la pathologie et de l'évolution de l'enfant, et des spécificités socioculturelles (les traitements individuels ; les groupes, psychodrame, conte, écriture, psychomotricité langage). La prévention, la coopération, le réseau : principalement de 2 types, réunion « avis technique », et réunions de maintien de scolarité. La prévention, la coopération, le réseau évoluent au gré de l'environnement ».*



Etat E1  
CSMI  
330057340

COMPTÉ FINANCIER 2008

GESTION PATRIMONIALE ET FINANCIERE

BILAN

ACTIF	EXERCICE N			EXERCICE N-1	
	Brut	Amortissement & dépréciations	Net	Net	
A C T I F  I M M O B I L I S E	IMMOBILISATIONS INCORPORELLES	0,00	0,00	0,00	0,00
	Frais d'établissement			0,00	0,00
	Frais d'études et de recherche et développement			0,00	0,00
	Concessions et droits similaires, brevets, licences, marques et procédés, droits et valeurs similaires			0,00	0,00
	Autres immobilisations incorporelles			0,00	0,00
	Immobilisations incorporelles en cours			0,00	0,00
	IMMOBILISATIONS CORPORELLES	352 898,43	197 802,50	155 095,93	101 785,97
	Terminés			0,00	0,00
	Constructions			0,00	0,00
	Installations techniques, matériel et outillage industriel	352 898,43	197 802,50	155 095,93	68 815,42
	Autres immobilisations corporelles			0,00	0,00
	Immobilisations corporelles en cours			0,00	32 970,55
	Immobilisations reçues en affectation			0,00	0,00
Immobilisations affectées ou mises à disposition			0,00	0,00	
IMMOBILISATIONS FINANCIERES	11 143,45	0,00	11 143,45	12 105,86	
Participations et créances rattachées à des participations			0,00	0,00	
Autres titres immobilisés	11 143,45		11 143,45	12 105,86	
Prêts			0,00	0,00	
Autres			0,00	0,00	
COMPTE DE LIAISON INVESTISSEMENT			0,00	0,00	
TOTAL I	364 041,88	197 802,50	166 239,38	113 891,83	
A C T I F  C I R C U L A N T	STOCKS ET EN COURS	0,00	0,00	0,00	0,00
	Matières premières			0,00	0,00
	Autres approvisionnements			0,00	0,00
	En cours de production de biens			0,00	0,00
	Produits			0,00	0,00
	Marchandises			0,00	0,00
	Autres stocks			0,00	0,00
	CREANCES D'EXPLOITATION	222,43	0,00	222,43	222,43
	Hospitalités et consultants			0,00	222,43
	Caisse pivot	222,43		222,43	0,00
	Autres tiers-payants			0,00	0,00
	Autres			0,00	0,00
	CREANCES DIVERSES	14 578,62		14 578,62	12 482,08
COMPTE DE LIAISON FONCTIONNEMENT	26 769,07		26 769,07	6 130,60	
VALEURS MOBILIERES DE PLACEMENT DISPONIBILITES	798 174,63		798 174,63	769 242,75	
CHARGES CONSTATEES D'AVANCE	370,50		370,50	213,16	
COMPTE DE LIAISON TRESORERIE			0,00	0,00	
TOTAL II	840 115,25	0,00	840 115,25	788 291,02	
C O M P T E S D E R E G U L A R I S A T I O N	Charges à répartir sur plusieurs exercices		0,00	0,00	
	Primes de remboursement des obligations		0,00	0,00	
	Dépenses à classer ou à régulariser		0,00	0,00	
	Détailles attendues	89 241,80		89 241,80	88 105,20
	Ecart de conversion actif			0,00	0,00
TOTAL III	89 241,80	0,00	89 241,80	88 105,20	
TOTAL GENERAL	1 293 398,93	197 802,50	1 095 596,43	990 288,05	

PASSIF	EXERCICE N	EXERCICE N-1	
	APPORTS et FONDS ASSOCIATIFS	99 403,41	99 403,41
RESERVES			
C A P I T A L U X	Excédent affecté à l'investissement	135 528,31	86 135,61
	Réserve de trésorerie	87 281,03	87 281,03
	Réserve de compensation		0,00
	Autres réserves		0,00
REPORT A NOUVEAU			
R A P P O R T	Report à nouveau excédentaire		0,00
	Report à nouveau déficitaire		0,00
RESULTAT DE L'EXERCICE (excédent ou déficit)	22 861,73	49 392,70	
SUBVENTIONS D'INVESTISSEMENT	595,90	0,00	
PROVISIONS REGLEMENTEES	19 178,53	19 178,53	
DROIT DE L'AFFECTANT		0,00	
COMPTE DE LIAISON INVESTISSEMENT		0,00	
FONDS DEBIES	36 607,00	0,00	
TOTAL I	401 455,91	341 391,28	
PROVISION POUR RISQUES ET CHARGES			
PROVISIONS POUR RISQUES	198 552,36	225 096,00	
PROVISIONS POUR CHARGES		0,00	
TOTAL II	198 552,36	225 096,00	
DETTES FINANCIERES			
D E T T E S	Emprunts obligataires		0,00
	Emprunts auprès des établissements de crédit		0,00
	Emprunts et dettes financières divers		0,00
Crédits et lignes de trésorerie		0,00	
DETTES D'EXPLOITATION			
A V A N C E S	Avances reçues		0,00
	Dettes fournisseurs et comptes rattachés	20 159,16	33 875,18
	Dettes fiscales et sociales	292 792,44	253 902,84
DETTES DIVERSES			
D E T T E S	Dettes sur immobilisations et comptes rattachés	8 241,25	40 947,58
	Fonds déposés par les hospitalisés et hébergés		0,00
	Autres	112,56	0,00
Produits constatés d'avance		0,00	
COMPTE DE LIAISON FONCTIONNEMENT	174 282,75	95 075,17	
COMPTE DE LIAISON TRESORERIE		0,00	
TOTAL III	495 588,16	423 800,77	
RECETTES à classer ou à régulariser -crédit		0,00	
Ecart de conversion passif		0,00	
TOTAL IV	0,00	0,00	
TOTAL GENERAL	1 095 596,43	990 288,05	

## Annexe 14 : Organisation des Pôles du CMP de l'Association RENOVATION

L'activité est répartie sur l'ensemble du Secteur, dans **12** sites de consultations et de soins (CMP) regroupés en 4 pôles :

	<b>Pôle Bordeaux Nord Direction du CMP</b>	<b>Pôle Blanquefort Bruges</b>	<b>Pôle Esynies Saint Médard en Jalles</b>	<b>Pôle Médoc</b>
Antenne Principale	- Grand parc	- Blanquefort	- Eysines	- Pauillac
Antennes Secondaires	- Le Bouscat - Claveau	- Bruges	- Saint Médard en Jalles	- Castelnau de Médoc - Lesparre Médoc - Soulac sur Mer
	Réalisé	Réalisé	<u>En 2013</u>	Réalisé

## Annexe 15 : Amplitude horaire d'ouverture du CMP de l'Association RENOVATION



### BRUGES / BLANQUEFORT

<i>Lundi</i>	<i>8 h 00 12 h 30</i>	<i>13 h 00 19 h 00</i>
<i>Mardi</i>	<i>8 h 00 12 h 30</i>	<i>13 h 00 18 h 00</i>
<i>Mercredi</i>	<i>8 h 00 12 h 30</i>	<i>13 h 00 19 h 00</i>
<i>Jeudi</i>	<i>8 h 00 12 h 30</i>	<i>13 h 00 20 h 15</i>
<i>Vendredi</i>	<i>8 h 00 13 h 00</i>	<i>13 h 30 16 h 00</i>
<i>Samedi</i>	<i>10 h 00 10 h 30</i>	

### MEDOC

<i>Lundi</i>	<i>8 h 00 13 h 00</i>	<i>13 h 30 18 h 00</i>
<i>Mardi</i>	<i>8 h 00 13 h 00</i>	<i>13 h 30 18 h 00</i>
<i>Mercredi</i>	<i>8 h 00 12 h 30</i>	<i>13 h 00 17 h 45</i>
<i>Jeudi</i>	<i>8 h 00 12 h 30</i>	<i>13 h 00 18 h 00</i>
<i>Vendredi</i>	<i>8 h 00 12 h 30</i>	<i>13 h 00 17 h 30</i>

### EYSINES / SAINT MEDARD EN JALLES

<i>Lundi</i>	<i>8 h 00 13 h 00</i>	<i>13 h 30 20 h 00</i>
<i>Mardi</i>	<i>8 h 00 12 h 30</i>	<i>13 h 30 19 h 00</i>
<i>Mercredi</i>	<i>8 h 30 12 h 30</i>	<i>13 h 00 18 h 45</i>
<i>Jeudi</i>	<i>8 h 00 12 h 30</i>	<i>13 h 00 19 h 30</i>
<i>Vendredi</i>	<i>8 h 00 12 h 30</i>	<i>13 h 00 18 h 15</i>

### BORDEAUX NORD (Grand Parc/Aubiers)

<i>Lundi</i>	<i>8 h 00 12 h 30</i>	<i>13 h 00 18 h 30</i>
<i>Mardi</i>	<i>8 h 00 12 h 30</i>	<i>13 h 00 18 h 30</i>
<i>Mercredi</i>	<i>8 h 00 12 h 30</i>	<i>13 h 00 19 h 00</i>
<i>Jeudi</i>	<i>8 h 00 12 h 30</i>	<i>13 h 00 17 h 30</i>
<i>Vendredi</i>	<i>8 h 00 12 h 30</i>	<i>13 h 00 16 h 45</i>

### DIRECTION ADMINISTRATIVE

<i>Lundi</i>	<i>7 h 30 12 h 30</i>	<i>13 h 00 18 h 00</i>
<i>Mardi</i>	<i>7 h 30 12 h 30</i>	<i>13 h 00 18 h 00</i>
<i>Mercredi</i>	<i>7 h 30 12 h 30</i>	<i>13 h 00 18 h 00</i>
<i>Jeudi</i>	<i>7 h 30 12 h 30</i>	<i>13 h 00 18 h 00</i>
<i>Vendredi</i>	<i>7 h 30 12 h 30</i>	<i>13 h 00 18 h 00</i>

## Annexe 16 : Extrait de la Convention entre le CH Charles PERRENS et le CMP de l'Association RENOVATION, sur l'évaluation de la convention

- d'un référent technique spécifique si nécessaire, désigné par chaque partie signataire pour certaines conventions particulières ;

Le comité se réunit une fois par an sur un ordre du jour arrêté en commun.

Le secrétariat est assuré en alternance par les parties signataires.

Le comité peut installer tout groupe de travail à sa convenance et pourra s'adjoindre, en fonction de l'ordre du jour de ses réunions, toute personne compétente ;

Le comité émet des observations et recommandations transmises aux représentants légaux de chaque partie signataire.

### Article 4 : Relations financières entre les établissements signataires

Les dispositions financières sont fixées par chacune des conventions particulières

### Article 5 : Evaluation de la convention-cadre

Afin que chaque partie signataire puisse évaluer les contributions respectives et les contraintes d'organisation, il est prévu une évaluation annuelle, réalisée conjointement dans le cadre du comité de coordination visé à l'article 3.

### Article 6 : Durée de la convention-cadre

La présente convention-cadre prend effet à sa date de signature.

Elle est conclue pour une durée indéterminée, sauf dénonciation par l'une des parties signataires avec un préavis d'un an.

Fait à Bordeaux, le 20 octobre 2003

Le Directeur du Centre Hospitalier  
Charles Perrens

A. DE RICCARDIS

Le Président  
de l'Association Rénovation

J.P. MENDIBOURE

Convention cadre CHCP / Association Rénovation

3/3

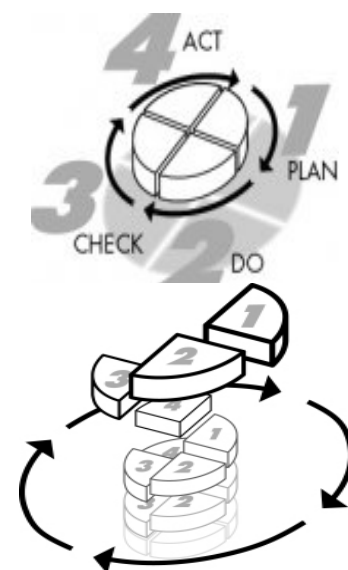
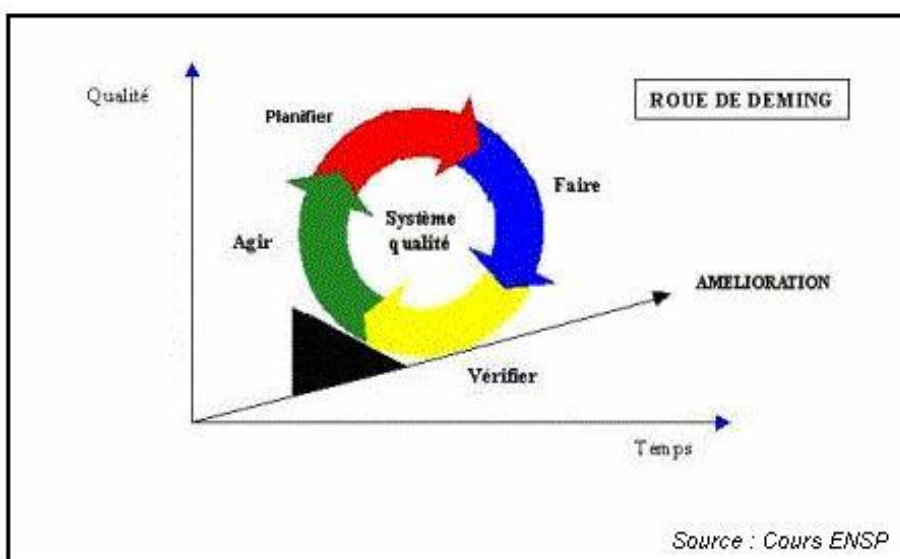
## Annexe 17 : Planning de mise en œuvre de la redynamisation des espaces d'échanges du CMP

- Mai 2010 : Présentation de l'organisation aux managers de proximité.
- Juillet 2010 : Présentation aux équipes.
- Septembre 2010 : Construction du plan de formation en fonction des besoins identifiés pour la redynamisation (tenue de réunion, animation d'équipes, informatique sur des logiciels bureautique).
- Octobre 2010 : Transmission des modèles de documents de l'association concernant la tenue des réunions (ordre du jour, compte rendu, feuille de présence)
- Octobre 2010 : Programmation d'une réunion avec les secrétariats de chaque pôle pour l'utilisation et la gestion documentaire (informatique sur l'hébergeur extérieur de l'Association).
- Novembre 2010 : Elaboration, en lien avec les médecins de pôles, des emplois du temps 2011 qui tiennent compte des réunions institutionnelles.

## Annexe 18 : Roue de DEMING

Sa mise en place doit permettre d'améliorer sans cesse la qualité d'un produit, d'une œuvre, d'un service...

1. **Plan** : Préparer, Planifier (ce que l'on va réaliser)
2. **Do** : Développer, réaliser, mettre en œuvre (le plus souvent, on expérimente)
3. **Check** : Contrôler, vérifier
4. **Act** (ou **Adjust**): Agir, ajuster, réagir (si on a testé à l'étape "Do", on déploie la phase "Act").





<b>PROJET 2010 SI-CMP / dossier patient / dossier médical / RIM P</b>
---

	locaux / Nb de pièces			NB poste informatiq		type de matériel à acheter						Matériel accessoires			Connection Informatique coût mensuel						Réseau				
	Total	Equipés	A équiper	Actuel	Envisagé	CL		PC		Portable		vidéo		Photocopieur		Connex @ actuelle		Connex @ future		clé 3G		Existant	Futur		
						Qt	480	Qt	670	Qt	830	Qt	825	Qt	5023	connex°	tarif	connex°	tarif	Qt	tarif				
Bx Partie accueil	6	2	4	3	4	4	1920																		
Bx Partie bureau	9	3	4	4	4	4	1920																		
Claveau	3	0	2	0	2	2	960	0	0			0	0	1	5023										
Le bouscat	1	0	1	0	1	0	0			1	830														
<b>Pôle Bx Nord</b>	<b>19</b>	<b>5</b>	<b>11</b>	<b>7</b>	<b>11</b>	<b>10</b>	<b>4800</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>830</b>			<b>1</b>	<b>5023</b>			<b>193</b>		<b>343</b>	<b>2</b>	<b>60</b>			
Blanquefort	5	2	3	2	3	3	1440																		
Bruges	4	0	2	0	1					1	830			1	5023	ADSL 1m	53	ADSL 8m	84				non	cbl/wifi	
<b>Pôle Blanquefort</b>	<b>9</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>1440</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>830</b>				<b>5023</b>			<b>53</b>		<b>84</b>	<b>1</b>	<b>30</b>			
Eysines	5	1	4	1	4	4	1920																		
Saint médard	5	1	4	1	5	4	1920	0	0	1	830	0	0	1	5023	modem USB	35	ADSL 8m	84					non	wifi
<b>Pôle Eysine/St M</b>	<b>10</b>	<b>2</b>	<b>8</b>	<b>2</b>	<b>9</b>	<b>8</b>	<b>3840</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>830</b>				<b>10046</b>			<b>70</b>		<b>168</b>	<b>1</b>	<b>30</b>			
Pauillac	9	2	7	3	5	5	2400																		
Castelnaud	2	0	2	0	2	2	960				0														
Lesparre	4	0	4	0	2	2	960	0	0					1	5023	ADSL 1m	53	ADSL 1m	53					cable	cable
Soulac	1	0	1	0	1	0	0			1	830														
<b>Pôle Médoc</b>	<b>16</b>	<b>2</b>	<b>14</b>	<b>3</b>	<b>10</b>	<b>9</b>	<b>4320</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>830</b>				<b>5023</b>					<b>0</b>	<b>1</b>	<b>30</b>			
<b>Total</b>	<b>54</b>	<b>11</b>	<b>38</b>	<b>14</b>	<b>34</b>	<b>30</b>	<b>14400</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>3320</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>25115</b>			<b>369</b>		<b>785</b>	<b>5</b>	<b>240</b>			
						<b>NB poste 48</b>	<b>Nb de poste : 34</b>		<b>17 720.00 €</b>		<b>25 115.00 €</b>		<b>4 428.00 €</b>		<b>9 420.00 €</b>		<b>2 880.00 €</b>								
						<b>Nb lic Osiris : 44</b>																			
						<b>Nb lic Obsius : 1</b>																			

**Achat : 68 373.00 €**

*N'est pas comptabilisé le coût réseau (cablage, wifi, clé 3G)*

**Matériel :**

Ordinateur	17 720.00 €
Accessoire	25 115.00 €
total :	42 835.00 €

**Logiciel :**

Osiris	24 713.00 €
Obsius	825.00 €
total :	25 538.00 €

**Fonctionnement (coût annuel) :**

**79 695.60 €**

**Connexion :**

internet fixe	9 420.00 €
internet clé 3G	2 880.00 €
total :	12 300.00 €

**Maintenance Logiciel:**

Osiris	6 812.00 €
Obsius	200.00 €
Cl bernard	9 418.00 €
Total :	16 430.00 €

**Maintenance Alfa :**

Matériel	15 000.00 €
Hébergement	22 291.00 €
Total :	37 291.00 €

**Amortissement**

Matériel	8 567.00 €
Logiciel	5 107.60 €
total :	13 674.60 €

**Annexe 20 : tableau prévisionnel des départs à la retraite au CMP de l'Association  
RENOVATION**

<b>Postes</b>	<b>ETP</b>	<b>Date départ « théorique »</b>	<b>Date départ « officielle »</b>
Orthophoniste	0,75	05/09/10	N C
Psychologue	0,06	20/03/11	N C
Psychomotricienne	0,5	09/07/11	N C
Psychologue	0,06	30/11/11	N C
Orthophoniste	0,5	01/03/12	N C
Psychomotricienne	0,5	15/06/13	N C

## Annexe 21 : Lettre de la HAS pour une démarche de certification commune aux établissements de santé de l'Association RENOVATION

# HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

257  
REÇU 18 JAN. 2010

Monsieur Alain DEWERDT  
Directeur Général  
Association Rénovation  
68 rue des pins francs  
33019 Bordeaux cedex

Saint-Denis, le 11 janvier 2010

Direction de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins  
Service de la Certification des Etablissements de Santé  
Nos réf. : MLS/NSO/FBU/ 6878-6879

Objet : Organisation procédure de certification

Monsieur le Directeur Général,

Je fais suite à l'échange téléphonique que vous avez eu le 4 janvier 2010 avec ma collaboratrice, Madame Sonzogni.

La règle d'organisation des visites de certification veut que les établissements de santé ayant la même entité juridique aient une seule visite.


Après étude de votre dossier, nous vous confirmons que l'ensemble des structures sanitaires rattachées à l'Association Rénovation (y compris les centres médico-psychologiques et l'appartement thérapeutique situé à Pons) passera une seule visite de certification en juin 2012.

Nous vous précisons que les visites de l'Hôpital de jour du Parc et du Centre de réadaptation de Bordeaux prévues en juin 2011 sont bien entendu annulées.

Nous vous rappelons qu'une seule autoévaluation doit être réalisée pour l'ensemble des structures et qu'un seul rapport sera réalisé.

Veuillez croire, Monsieur le Directeur Général, en l'expression de ma considération la meilleure.

Michèle LENOIR-SALFATI

  
Chef du service de la certification des établissements de santé

2 avenue du Stade de France - F 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX - Tél.: +33(0) 1 55 93 70 00 - Fax : +33(0) 1 55 93 74 00  
www.has-sante.fr - N° SIRET : 110 000 445 00012 - code APE : 8411 Z



## Annexe 22 : Missions du CCECQA

Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine (CCECQA)

- Association loi 1901
- Créé en 1996 à l'initiative du GRAHPA
- Groupe de Réflexion et d'Animation des Hôpitaux Publics d'Aquitaine

### Soutien :

Université Victor Segalen Bordeaux 2

Ministère chargé de la santé

### Missions

- Coordonne la réalisation d'évaluations cliniques et de démarches qualité
- Contribue à la sensibilisation et à la formation
- Met en relation les établissements qui travaillent sur le même thème
- Coopère à la politique locale et régionale de la qualité des soins et de la sécurité sanitaire

### Activités

- 4 Axes de travail :
  1. Satisfaction – écoute des usagers
  2. Gestion des risques
  3. Amélioration des pratiques de soins
  4. Elaboration et validation d'indicateurs
- Développement de projets régionaux
- Formations
- Animation d'un réseau
- Bulletin semestriel

Sources : [www.arh-bretagne.fr/actualite/.../PresentationCCECQA.ppt](http://www.arh-bretagne.fr/actualite/.../PresentationCCECQA.ppt)

Annexe 23 : Planification de la démarche de certification V3 des établissements de santé de l'Association RENOVATION

