

*le patient, l'hôpital
et son quartier*



Rapport final **CNSA**

Rapport final de bilan
et de recommandations



Sommaire

Page 4	1. Avant propos
	4 <i>Note de synthèse</i>
	6 <i>Présentation de la démarche</i>
Page 8	2. Les grandes étapes du projet
	9 a. L'immersion
	10 L'enquête
	16 Les enseignements
	18 b. Les ateliers
	18 Ateliers professionnels
	26 Ateliers de préfiguration
	27 c. Les projets
	27 La pépinière
	29 Le couloir culturel
	33 Le médiateur culturel et ses outils professionnels
	36 Les partenariats culturels
	37 Le petit guide sur la psy
	40 Cartes des ressources du XXe
	44 d. Etude de cas : évaluation de la pépinière

Page 70	3. Bilan de la démarche
	71 a. Des modalités de projet propres au design
	Transformer les "expédients" en "arts de faire"
	Créer des espaces de participation et d'action
	73 b. Un format d'équipe fertile
	Le croisement entre les approches du design, du paysage, et du développement culturel
	Deux équipes design partenaires
	76 c. L'approche de "conception centrée usager" à l'épreuve des services de psychiatrie
	La difficulté à aborder les usagers
	Réparer le quotidien / préparer l'avenir
	78 d. La mise en œuvre des projets révélatrice des freins institutionnels profonds
	Les limites d'actions du COPIL
	Une crise institutionnelle au cours du projet
	Le droit d'expérimenter
	Les résistances culturelles... et l'art du temps long ?
	82 e. Un déploiement à suivre de près
	Déploiement, de quoi parle-t-on ?
	Quelles conditions de déploiement des projets ?
	84 f. La double expérimentation de l'appel à projets
	Le format appel à projet
	Freins administratifs

Page 86	4. Conclusion
----------------	----------------------

Note de synthèse

Le présent rapport rend compte du projet mené dans les services de psychiatrie du XXe arrondissement de Paris, rattachés au GHU Paris psychiatrie et neurosciences, dans le cadre de l'appel à projet de la CNSA "Handicap et perte d'autonomie : innovation sociale par le design".

Le projet s'est ouvert sur la question suivante : "Comment favoriser des liens vertueux entre la ville et l'hôpital ?" En effet, dans la psychiatrie de secteur, le quartier doit être la première ressource au service de la réinsertion des patients-habitants. Cependant, on observe que les ressources des quartiers environnant les structures de soins sont souvent insuffisamment explorées, et ne constituent pas un réel appui au processus de réhabilitation des patients. Partant d'une étude de terrain qui a éclairé ce constat, le projet a cherché à développer de nouvelles formes de partenariats entre les unités d'hospitalisation, les services ambulatoires et leurs quartiers.

Les temps d'immersion ont permis d'aller à la rencontre des professionnels des trois secteurs régissant l'organisation des soins dans l'arrondissement, à travers le site intra-hospitalier et les structures ambulatoires ; Ils ont permis de sillonner le quartier à la rencontre des acteurs de la vie quotidienne, tels que les commerçants mais aussi et surtout des potentiels partenaires publics ou associatifs du secteur socio-culturel local ; les interactions avec les patients se sont avérées plus complexes à mener, du fait des difficultés à les approcher et de l'impact des affections et des traitements sur la capacité de concentration des personnes.

Le projet a connu un virage au début du dernier semestre 2019. En effet, il avait légèrement dévié de sa trajectoire initiale pour se reporter sur la résolution de quelques-uns des problèmes endémiques des services de psychiatrie dans l'arrondissement : la vétusté et le défaut d'activation des espaces collectifs, la sur-focalisation sur les problématiques propres à l'intra-hospitalier, le clivage entre les

structures et le mal-être généralisé des professionnels. Cet élan de sauvetage décalé par rapport aux enjeux de l'appel à projets est aussi la conséquence d'une crise institutionnelle qui a émaillé la rentrée 2019 et temporairement figé le déroulement du projet. Le projet a connu un virage au début du dernier semestre 2019. En effet, il avait légèrement dévié de sa trajectoire initiale pour se reporter sur la résolution de quelques-uns des problèmes endémiques des services de psychiatrie dans l'arrondissement : la vétusté et le défaut d'activation des espaces collectifs, la sur-focalisation sur les problématiques propres à l'intra-hospitalier, le clivage entre les structures et le mal-être généralisé des professionnels. Cet élan de sauvetage décalé par rapport aux enjeux de l'appel à projets est aussi la conséquence d'une crise institutionnelle qui a émaillé la rentrée 2019 et temporairement figé le déroulement du projet.

Une fois dépassé, cet épisode a néanmoins permis de toucher du doigt les enjeux intrinsèques de la psychiatrie contemporaine dans la ville : le décalage entre l'ambition portée par la communauté médicale d'un processus de rétablissement synonyme d'autonomisation et de prise en compte des cheminements propres à chaque personne, et les blocages tenaces de l'institution à offrir les conditions de sa réalisation ; le repli des structures de soins dans la ville qui, à trop vouloir se rendre discrètes et centrées sur le soin, participent de leur propre stigmatisation auprès des acteurs du quartier qui ignorent leur existence ; la peur tenace des mouvements de violence des patients qui contribue à carcéraliser et/ou aseptiser les espaces, et freine les tentatives de ramener des formes de vie au sein des services.

Ces enjeux se sont tous présentés à un moment comme un obstacle au déroulement du projet, révélant par là un terreau fertile de recherche pendant et au delà de la démarche. Les quatre initiatives finales, qui forment le fruit du projet CNSA, constituent autant de tentatives de déconstruire - et non contourner - ces obstacles. Les pépinières, le couloir culturel, le médiateur socio-culturel et ses outils, ainsi que les partenariats initiés invitent à l'ouverture progressive des structures sur l'extérieur, en offrant des outils et des supports aux initiatives des professionnels et des patients.

Une attention particulière a été portée à la notion "d'activation" de ces initiatives : il ne suffit pas d'installer un artefact dans l'environnement - objet, affiche, mobilier ou autre - pour que celui-ci soit opérant. Pour commencer, des outils supports dédiés aux professionnels (guides, fiches, etc.) ont systématiquement été produits pour accompagner l'installation des artefacts. Mais surtout, la conception ad-hoc d'un poste dédié à la médiation, au montage et au suivi de partenariats entre l'hôpital et la ville est là pour rappeler qu'une coordination professionnelle et centralisée est la clé de voûte d'une inscription dans la durée de ce type d'initiatives.

Le projet se poursuivra à l'issue de la démarche impulsée par la CNSA. L'appel à projets a permis à l'acteur relais de la démarche au GHU, le lab-ah, de se saisir d'une problématique complexe qui nécessite une continuité d'actions, une évaluation dans la durée et le maintien d'une posture interne/externe à l'institution, garante de la qualité du dialogue avec les acteurs extérieurs au milieu sanitaire.

Présentation de la démarche

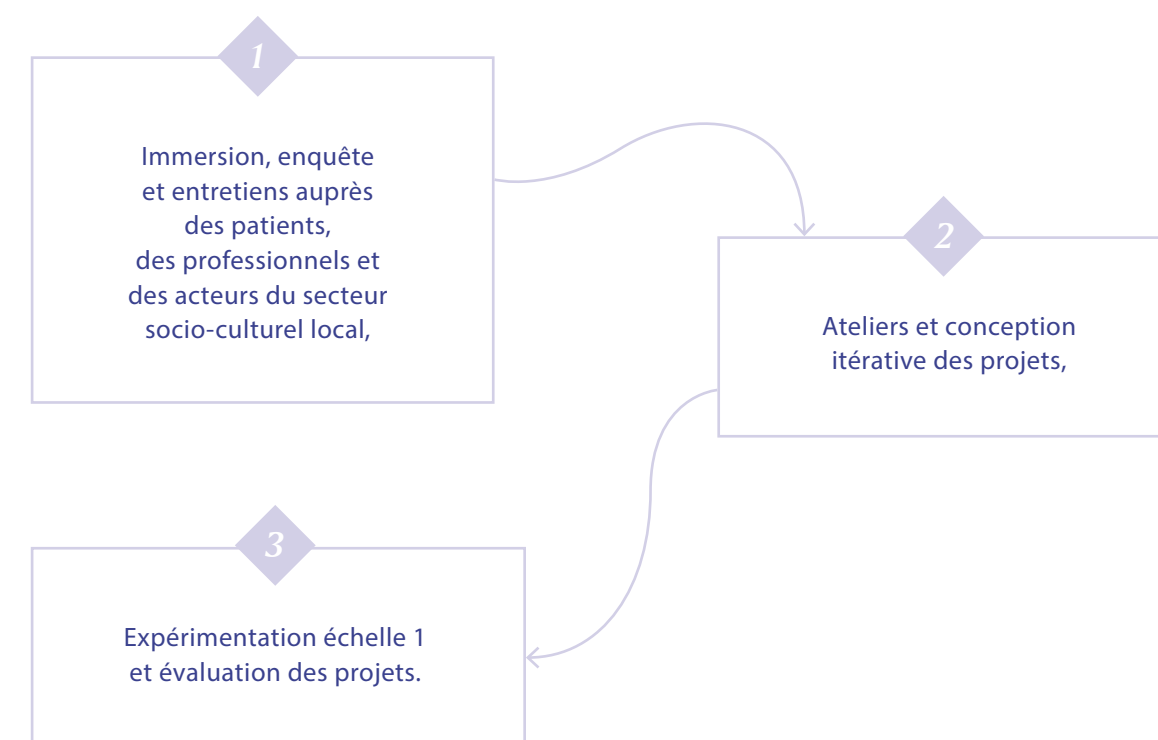
À travers ce projet mené dans les services de psychiatrie du XXe arrondissement de Paris, il s'agissait d'accompagner les trois secteurs dans la construction d'actions et de moments communs en dressant des ponts entre l'intra et l'extra-hospitalier, les services et leur quartier.



Pour mémoire, le projet s'appuyait sur un double constat de départ porté par les professionnels : d'une part, en s'ouvrant davantage à la ville, au-delà du parcours de soin, l'hôpital favorise d'autant mieux la résilience des patients, d'autre part sa propre dé-stigmatisation rejaillit sur celle de ses usagers. Les structures de prise en charge du XXe arrondissement de Paris, situées dans un territoire dense et cosmopolite, offraient un terrain idéal pour entreprendre une expérimentation à l'échelle du quartier et de l'écosystème de soins et d'accompagnement local.

L'équipe projet était constituée de trois pôles de compétences : le design social, le paysagisme et l'ingénierie de projets culturels. En effet, le lab-ah, équipe design et culture intégrée à l'hôpital et acteur relai de la démarche CNSA en interne, avait identifié lors d'une étude préalable le caractère pluriel des problématiques adressées dans le contexte de la psychiatrie du XXe et donc la nécessité de proposer des approches croisées, susceptibles d'apporter une nouvelle sensibilité et des outils originaux dans les propositions formulées.

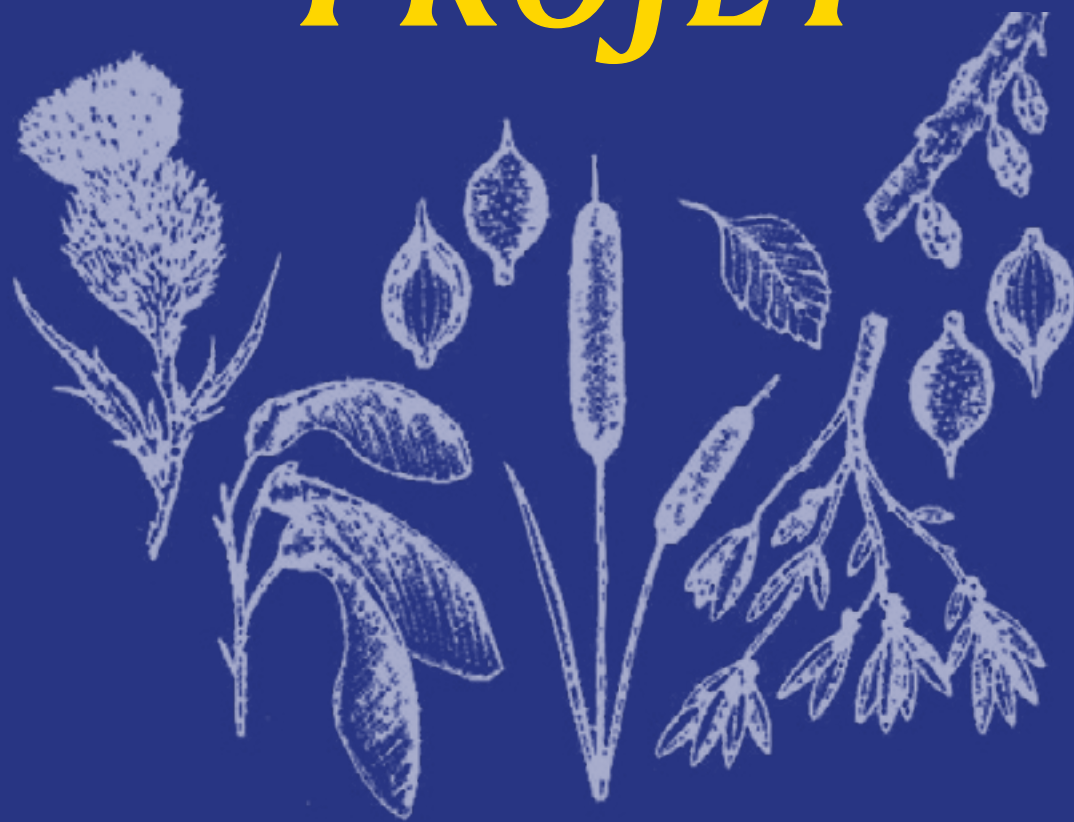
Expérimentation échelle 1 et évaluation des projet



Aussi, la démarche de design social mise en œuvre dans ce projet se distinguait par une approche résolument pragmatique, cherchant à dresser rapidement des ponts entre l'immersion et son analyse et des pistes de projets concrets. C'était le principe "d'enquête par la maquette" énoncé dans la candidature. L'analyse du déroulement du projet permettra d'expliquer pourquoi ce passage rapide par la maquette s'est avéré difficile à mener dans le contexte des services de psychiatrie et a forcé à envisager un passage direct à une expérimentation robuste.

Le contexte de la crise du Covid-19 n'a pas permis de mener à bien l'ensemble des expérimentations, ainsi que les évaluations subséquentes. En conséquence, le présent rapport sera complété d'un appendice spécifique à l'expérimentation et aux premiers retours d'évaluation de trois des quatre projets inachevés à la fin de l'année 2020.

LES GRANDES ÉTAPES DU PROJET



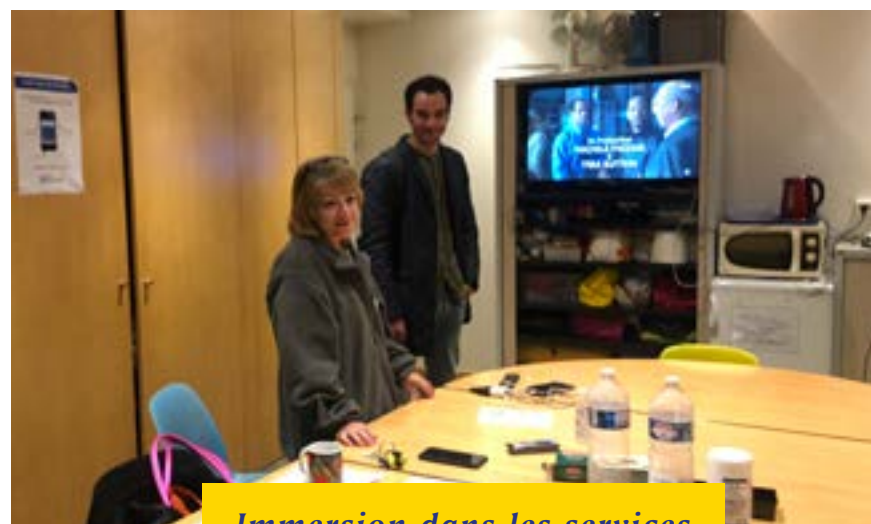
L'immersion



La phase d'immersion s'est ouverte sur des plages de présence et d'observation et a permis de poser un diagnostic net des principaux freins au développement de projets d'amélioration de la vie quotidienne :

- Les locaux du site intra-hospitalier sont inappropriés au regard de l'exigence d'hospitalité : peu d'espace de convivialité, des bâtiments construits pour d'autres usages.
- Il n'y a pas de projet commun et mutualisé entre les 3 secteurs aux politiques médicales différentes et il en résulte des difficultés de gestion des projets communs (projets culturels par exemple et des espaces partagés (patio, coursives, espace d'accueil, etc.).
- Le contexte extérieur est marqué par le trafic de stupéfiants et la stigmatisation d'un quartier pauvre qui impacte directement sur la vie des services.

L'enquête



Immersion dans les services

La phase d'immersion a débuté en mai 2019 avec des journées et quelques nuits passées sur le site d'Avron. L'équipe a poursuivi dans les services ambulatoires et auprès des acteurs de la ville quelques semaines plus tard, avant de conclure le 27 juin avec le **premier atelier "libre-service"**, qui restituait les premiers résultats de l'étude aux soignants. L'enjeu de cette phase d'immersion était d'engager un premier contact avec les équipes de l'hôpital, de prendre le temps d'en comprendre le fonctionnement, l'organisation, d'en décrypter les rouages, de se saisir des enjeux et modalités du soin psychiatrique, et enfin d'identifier des moyens de fluidifier les parcours de soin des patients, et de créer des connexions avec le quartier.

L'enquête de terrain, comme dans toute approche qualitative, n'avait pas vocation à rendre un état des lieux exhaustif. Cependant, lors de l'immersion, le temps d'enquête a été particulièrement soutenu. Cette nécessité d'une immersion "renforcée" s'explique à travers plusieurs facteurs :

- Une équipe projet relativement "novice" sur le sujet de la psychiatrie, d'où la nécessité de "prendre le temps" de s'en saisir,
- Un terrain d'enquête large, et la complexité de la "machine" hospitalière, avec différents secteurs, l'intra et l'extra, les différentes professions soignantes, administratives, etc.
- Un contexte hospitalier tendu, et l'importance d'aborder le terrain avec finesse et "délicatesse"
- Des points de vue divergents entre les secteurs de l'hôpital, et la nécessité de "voir le plus de monde possible".

Cette phase d'enquête a mobilisé l'ensemble de l'équipe projet lors de quatre sessions d'immersion d'environ deux jours chacune. Ces temps de terrain ont permis d'aller à la rencontre des équipes suivantes :

- Les trois unités des trois secteurs psychiatriques du 20ème arrondissement de Paris
- Les équipes responsables de la nuit
- Les trois centres médico-psychologiques du 20ème arrondissement de Paris
- Le foyer post-cure de la Métairie
- Une partie du personnel administratif
- Une partie du personnel d'accueil.

Les différents services de l'hôpital ont été informés en amont de la démarche et de la venue de l'équipe projet, par des affiches et flyers diffusés largement dans l'hôpital, avec le concours du Lab-Ah.

Cette immersion riche a permis de se saisir des différents lieux de l'hôpital, des points de vue des différentes parties prenantes, mais aussi des différents rythmes et ambiances de l'hôpital, entre tâches quotidiennes, moments de tension, et ambiance feutrée des services la nuit.

Les rencontres se sont déroulées à travers des entretiens collectifs et individuels à l'aide d'une grille d'entretien semi-directif. À travers les échanges, il s'agissait de collecter des informations clés sur les conditions de soin, les parcours des patients, les outils à disposition, les difficultés rencontrées par les professionnels et les opportunités de projets passés et à venir.



Les différents services de l'hôpital ont été informés en amont de la démarche et de la venue de l'équipe projet, par des affiches et flyers diffusés largement dans l'hôpital, avec le concours du Lab-Ah.

Cette immersion riche a permis de se saisir des différents lieux de l'hôpital, des **points de vue des différentes parties prenantes**, mais aussi des différents rythmes et ambiances de l'hôpital, entre tâches quotidiennes, moments de tension, et ambiance feutrée des services la nuit. Les rencontres se sont déroulées à travers des entretiens collectifs et individuels à l'aide d'une grille d'entretien semi-directif.

À travers les échanges, il s'agissait de collecter des informations clés sur les conditions de soin, les parcours des patients, les outils à disposition, les difficultés rencontrées par les professionnels et les opportunités de projets passés et à venir.

Pour aborder ce dernier point, l'équipe a conçu des **"cartes à réactions"** illustrant des propositions de projet issues de précédentes démarches, pour faire le lien avec les projets passés, et pour engager des échanges sur des solutions concrètes.

L'ensemble des entretiens menés auprès des professionnels ont été orientés de manière à **dépasser les constats** sur les conditions de travail et permettre de se **projeter** dans de nouvelles pistes de collaboration entre l'hôpital et la ville.



Questions extraites de la grille d'entretien :

- Connaissez-vous le quartier autour de l'hôpital ? Quels lieux fréquentez-vous ?
- Et si l'on imaginait deux projets prioritaires pour améliorer l'accueil à l'hôpital, ce serait quoi et ça ressemblerait à quoi ?
- Vous même, avez-vous des savoir-faire qui pourraient être mobilisés (pratique sportive, artistique, créative, soins beauté...) ?

Immersion dans les services

En parallèle de ces rencontres avec les professionnels des structures, une partie de l'équipe (pôle programmation culturelle) a sollicité un panel d'acteurs culturels et associatifs du quartier.

Des contacts ont ainsi été établis avec des **acteurs associatifs** :

- L'association **Extramuros**, menuiserie solidaire, écologique et sociale dont l'activité s'articule autour du le réemploi de matériaux, et notamment du bois,
- L'association **Veni Verdi**, promotrice de l'agriculture de proximité, qui crée des jardins en milieu urbain
- L'**espace culturel du carré Baudouin**, équipement de la ville d'accès libre et gratuit, qui accueille notamment l'université populaire de Paris Culture 20 et un mur dédié aux arts pour agir concrètement sur l'environnement, la société et l'économie
- **Menilmusique**, une école de musique qui explore les pédagogies alternatives pour favoriser une approche libre et décomplexée de la musique
- **Paris culture 20**, une association de culture populaire qui porte chaque année le festival "ET 20 L'ÉTÉ" et programme la médiation au sein de l'espace d'exposition du Pavillon Carré Baudouin



Ainsi que des équipements culturels publics et privés :

- **La Maison des Pratiques Amateurs Saint Blaise**, équipement de la ville de Paris à fort impact local, et dont les activités se concentrent sur le théâtre, les arts du récit et les différentes formes d'écritures, urbains
- Le **Théâtre National de la Colline**, équipement culturel d'envergure nationale dédié à la création théâtrale contemporaine.

En parallèle des rencontres, des phases d'observation, plus passives, ont permis de **relever des éléments précieux** sur les habitudes de vie et de travail au sein de l'hôpital et sur les usages des différentes structures ambulatoires. Ce mode d'enquête, proche de **"l'observation participante"** dans les sciences sociales, nous a par exemple permis de découvrir :

- En intra hospitalier : l'**usage "informel" de l'espace extérieur** d'arrivée des ambulances en tant que salle de pause et espace fumeurs pour les soignants de l'hôpital (et donc principal espace de rencontre entre les différents secteurs, du moins pour les professionnels fumeurs)
- En extra hospitalier : les **temps d'attente en extérieur**, à proximité des CMP plutôt qu'en salle d'attente, par des patients ne désirant pas être "mêlé aux autres patients".

Immersion dans le quartier



Pour rappel, le projet avait pour objectif de travailler à l'échelle du quartier sans se limiter aux structures intra et extra hospitalières. Le pôle programmation culturelle a donc fait appel au démarrage du projet à une artiste performeuse pour ouvrir symboliquement la démarche sur le quartier. L'artiste **Fanny Decoust** a ainsi proposé un dispositif sonore lors d'une **performance** réalisée le 25 avril dernier. Équipée d'un micro-cravate et d'un téléphone mobile, l'artiste a proposé à l'équipe projet et l'équipe du lab-ah **"d'écouter le quartier"**.



Sur le principe des listes à la Prévert ou des descriptions de lieux à la Perec, Fanny Decoust a arpenté le quartier en décrivant, de la manière la plus exhaustive possible les lieux traversés, les ambiances rencontrées ou les passants croisés. À quelques kilomètres de là, l'équipe projet et l'équipe du Lab-ah étaient invités à prendre en note ou en dessin ce que l'artiste décrivait.

"Pêche à vue" des caractéristiques du quartier, tentative d'épuisement d'une portion de territoire, cette première intervention artistique a permis d'ouvrir la phase d'enquête en proposant une **lecture sensible du territoire**. Le dispositif a été pensé et outillé pour permettre un rebond sur cette première production, dans le cadre d'une exposition ultérieure.

Loin de s'arrêter à ces premiers points d'entrée, la phase d'enquête s'est trouvée alimentée tout au long du projet, notamment pendant les étapes d'**ateliers** et de **tests**, qui permettent souvent de **"mettre en tension"** les déclarations des interlocuteurs, en les exposant à des situations de choix, d'arbitrages.

Les enseignements

Pour décrire les enseignements issus de l'immersion, nous avons fait le choix de formuler des analyses "projectables", c'est à dire des enseignements à mettre directement au service de la conception des futurs projets. Cette approche, propre à la démarche d'enquête du design, permet de transformer rapidement les enseignements issus du terrain en opportunités/points de vigilance, qui feront le ciment des pistes de projets.

Un territoire de soin

souffrant de multiples fractures

Ces fractures, qui avaient déjà été en partie identifiées avant le démarrage du projet, ont révélé leur amplitude et leur impact sur la vie quotidienne des sites du XX^e pendant son déroulement. On a ainsi distingué trois types de fractures :

- 1 La fracture historique entre les 3 secteurs d'hospitalisation, qui régissent la répartition et l'organisation des soins dans l'arrondissement.** L'investissement des trois secteurs devait permettre de garantir la mobilisation des équipes malgré la charge de travail, ainsi que de la pérennisation des différents projets issus de la démarche. Cependant, les politiques de soin différentes dans les trois secteurs, le turnover important des équipes, la crise institutionnelle qui a frappé le 29e secteur ainsi que les difficultés ressenties depuis la fusion des hôpitaux ont constitué un réel frein à l'engagement des professionnels.
- 2 La fracture entre les structures intra et extra hospitalières et entre les structures ambulatoires elles-mêmes** car l'éclatement des structures sur le territoire, au cœur même de la politique de sectorisation des soins, creuse les disparités et freine la connaissance et la coopération entre professionnels. Ce cloisonnement entre l'intra et l'extra hospitalier donne à voir un décalage entre les discours valorisant le « parcours de soin des patients » laissant penser à un continuum entre l'hôpital et la cité et la réalité de terrain.
- 3 La difficile cohabitation entre l'hôpital et la ville** le quartier étant presque toujours mentionné comme pathogène et délétère dans le rétablissement des patients. En effet, nous n'avons pas tardé à constater que les équipes médico-soignantes de l'intra comme de l'extra hospitalier méconnaissent les ressources du quartier pourtant susceptibles d'appuyer la réhabilitation psychosociale des patients. Parallèlement, les échanges avec les acteurs des milieux associatifs, publics et les commerçants du quartier ont permis de constater sans surprise la difficulté à situer les différents établissements partenaires de la chaîne de soins en psychiatrie dans l'arrondissement.



La psychiatrie invisible

et "invisibilisée" dans la ville

De manière plus étonnante, l'hôpital d'Avron est un véritable «invisible» de la rue d'Avron, alors même qu'il est la structure d'hospitalisation centrale de l'arrondissement. Les voisins et commerçants situent aisément la clinique de la Croix Saint-Simon à proximité mais pas l'hôpital psychiatrique qui le jouxte. Ce dernier point est à relier à une question de fond qui agite la psychiatrie : faut-il désigner les structures pour ce qu'elles sont - des équipements de soins en psychiatrie et santé mentale - ou les effacer dans l'espace public à travers des façades discrètes ou ornées d'acronymes indéchiffrables, y compris parfois pour les patients eux-mêmes ?

Nombre de professionnels plaident encore pour une banalisation des lieux de consultation et de prise en charge avec le souci de ne pas stigmatiser les usagers qui les fréquentent. En réalité cela révèle l'intériorisation par les professionnels eux-mêmes de la stigmatisation, non seulement de la maladie mentale mais aussi de leur métier.

Car supposer qu'il soit stigmatisant d'être vu entrant ou sortant d'un centre médico-psychologique, c'est avoir entériné le fait que la psychiatrie elle-même est stigmatisée. Or, elle se bat aujourd'hui pour faire valoir qu'elle est : un équipement ressource dans la cité, comme n'importe quel hôpital ou dispensaire, qui offre un service de soin précieux aux habitants.

Cette question est au cœur de la démarche de design engagée dans le XX^e. En effet, l'une des valeurs du design réside dans sa capacité à donner sens, valeur et désir aux formes. Dans le contexte de la psychiatrie, l'enjeu est donc de participer de la déstigmatisation des lieux, des personnes et de la discipline elle-même.

Les ateliers



Ateliers professionnels

L'atelier avec les professionnels a été organisé dans la cour arrière de l'hôpital d'Avron, durant une journée de juin 2019. Cet atelier était ouvert à l'ensemble des professionnels de l'hôpital (personnels médico-soignants, administratifs, agents de sécurité...) mais aussi aux acteurs extérieurs rencontrés durant l'immersion.

Pour faciliter la participation de chacun, cet atelier a été organisé selon un principe de **"libre-service"**: les participants pouvaient se présenter à l'horaire et pour la durée qu'ils voulaient. Cette modalité est rapidement apparue comme la condition sine qua non de la mobilisation des professionnels.

En effet, l'activité sanitaire veut que les professionnels ne sont jamais complètement maîtres de leur agenda de la journée, et qu'un simple appel du téléphone que tous arborent dans la poche avant de leur blouse les conduit sans préavis à quitter la réunion ou l'activité en cours.



Les objectifs de l'atelier étaient double :

- **Donner à voir et à compléter** les résultats de la phase d'immersion afin de poser les bases d'un diagnostic partagé, qui conditionne les orientations des futurs projets
- **Faire réagir** les participants à des premières pistes de projets pour pouvoir procéder à un premier "tri", suivant la méthodologie de projet "en entonnoir".

L'atelier était organisé sous la forme de stands thématiques avec des contenus à lire et un médiateur de l'équipe pour répondre aux questions :



- Un stand exposant le **parcours du patient** tel que perçu et compris par l'équipe
- Un stand autour du **plan intérieur l'hôpital**, pour recenser et localiser des lieux relais (lieux présentant un intérêt pour les patients ou l'hôpital, partenaires potentiels...) dans le quartier, ainsi qu'un plan intérieur pour pointer les aménagements à effectuer selon eux (fontaines à eau, problèmes de chambre d'isolement, circulations délicates, etc.)
- Un stand autour des **grands axes d'analyse** issus de la phase d'immersion.

Ce dernier stand exposait de manière synthétique 9 axes possibles de travail. Chacun de ces axes était incarné par une série de propositions d'idées et de projets, afin que les participants puissent réagir et apporter des compléments sur l'intérêt de l'idée, sa faisabilité, les freins possibles à son développement, etc.

Adapter l'architecture au soin psychiatrique

1

L'architecture des bâtiments revient souvent comme la contrainte importante dans le quotidien de l'hôpital et des CMP. En effet, les locaux ont été construits initialement pour être des immeubles HLM. Depuis 2004 l'unité d'hospitalisation tente tant bien que mal de s'y adapter non sans difficultés.

Bouger des murs ? Casser des cloisons ? Sortir du "un espace / une fonction" ? Inventer de nouvelles formes de mutualisation d'espaces ? Comment dépasser la contrainte de l'architecture "résidentielle" du bâtiment pour l'adapter au soin ? Comment composer avec l'existant ? Comment s'en saisir autrement pour créer des espaces conviviaux, hospitaliers et rassurants ?

Extraits de témoignages :

“Notre salle de pause est trop petite et pas du tout agréable. Du coup, quand on a besoin de se parler, on va dans le réfectoire mais il y a parfois des patients. Si on doit parler d’eux, on est obligé de leur demander de sortir. Du coup, on s’est improvisé cet espace dans la cour arrière...”

“Moi ça me fait déprimer ce lieu, c’est plus lugubre qu’autre chose.”

“ Notre salle de soin fait 6 m2, elle est aveugle. On se relaie en journée pour ne pas rester trop longtemps dedans.”

Améliorer l'accueil des familles et des visiteurs

2

Si la diversité des publics (patients, visiteurs, familles ou même soignants) ne permet pas de parler d'une seule manière d'accueillir à l'hôpital, une bonne partie des personnes rencontrées partage le même sentiment : l'espace est "lugubre" voir "angoissant". Les différentes unités n'ont pas forcément d'équipements permettant de recevoir dignement des visiteurs ou des familles et une partie des CMP partage cette difficulté à recevoir et à accueillir, le mobilier et les espaces d'attente étant parfois vétustes et peu adaptés à un contexte de soin. **Dès lors comment repenser ces espaces pour accueillir et rassurer, et ce quelle que soit la personne poussant la porte ?**

Extraits de témoignages :

“Il n’y a pas d’espace où le patient peut accueillir ses proches, se poser pour discuter...”

“On attend dehors car la salle d’attente est trop angoissante” (au CMP).”

“Ça me ferait froid dans le dos d’avoir mon gamin ici.”

Investir les espaces communs

3

Le rez-de-chaussée constitue le cœur du site d'Avron : c'est le lieu où tout le monde passe, où l'on circule et où l'on se croise. Le patio, le coin des machines à café, les espaces communs, les couloirs, sont les seuls espaces communs aux trois secteurs de l'hôpital. Ils sont en quelque sorte "l'espace public" de l'hôpital. Malgré des problèmes de conception, ou d'inadaptation, ces lieux possèdent un vrai potentiel : espace, lumière par endroits, lieux de calme, espace extérieur... Mais l'absence de gestion, de vision commune, de projet pour ces lieux les transforment en "problèmes" : usages non souhaités, consommation de produits toxiques, harcèlement, dégradations... Au point qu'on en arrive à dissuader les patients les plus vulnérables de s'y rendre.

Pour sortir de cette impasse, il faut pouvoir trouver des solutions durables et réinscrire les temps de vie partagés dans ces espaces au cœur du projet thérapeutique. **Quelle nouvelle gouvernance imaginer pour le patio et les espaces communs ? Quelle organisation quotidienne, quels aménagements ?**

Extraits de témoignages :

“L’hôpital, ça devrait être un lieu d’échange d’idées et c’est devenu un lieu d’échange de stup”.

“Il y a une cafétéria ? On est dans un hôpital, non ?”

“Le patio, personne ne s’en occupe réellement, sauf quand il y a un problème.”

Re-dynamiser les liens aux acteurs du territoire

4

L'univers de la psychiatrie génère des sentiments allant de la simple gêne à la peur viscérale ou au rejet. L'hôpital et ses structures ambulatoires sont peu connus et mal identifiés. Les usagers de la psychiatrie souffrent de discrimination, d'isolement et rencontrent des difficultés pour accéder à leurs droits dans la dignité. Les partenaires associatifs potentiels ont conscience d'entretenir des idées reçues mais ils expriment aussi une grande ouverture et l'envie de travailler ensemble. Par ailleurs, le XXème arrondissement dispose d'un tissu associatif particulièrement dynamique et d'institutions culturelles d'exception. Ces acteurs sont pourtant mal identifiés et peuvent paraître inaccessibles. **Comment faciliter la mise en lien de ces différents structures ? Comment faire tomber les idées reçues et construire des collaborations pérennes ?**

Extraits de témoignages :

“Personne ne veut de ces personnes. On se retrouve à ramer pour “vendre” xces patients aux bailleurs, aux EPHAD, etc.

“On pourrait accueillir des patients d’Avron... Je n’ai aucune idée de ce que cela signifie concrètement... de ce à quoi on s’expose.... Ça serait bien de rencontrer des soignants avant !”



“Je ne savais pas qu’il y avait un CMP juste en face de la bibliothèque où je travaille...”

Améliorer le parcours de soin du patient

5

Et si l’on prenait un temps de recul sur le parcours du patient ? Cet axe de travail propose de considérer le passage à l’hôpital au sein d’un parcours de vie, de travailler sur l’articulation avec les CMP, de considérer les “boucles”, c’est à dire le fait que beaucoup de patients alternent des phases “à l’intérieur” et “à l’extérieur” de l’hôpital... **Comment mieux prendre en compte les parcours de soin et de vie pour améliorer la prise en charge à chacune des étapes ?**

Extraits de témoignages :

“Les dossiers patients, moi je les trouve illisibles !”

“Vous voyez sur le dossier de ce patient, on voit les entrées et les sorties. Enfin, on voit surtout une succession d’entrées et de sorties !”

“C’est vrai qu’on ne sait pas toujours bien comment ça se passe dans les CMP...”

“On galère vraiment à trouver des solutions d’hébergement lorsque le patient sort.”

Prendre soin des soignants

6

Les équipes soignantes recherchent une meilleure qualité de vie au travail et une plus grande reconnaissance institutionnelle qui donneraient davantage de sens à leur fonction. Par ailleurs, l’absence d’espace et de temps pour communiquer au quotidien est perçu comme un facteur de souffrance important. Face à ces problèmes, certains impulsent déjà des micros initiatives pour améliorer le quotidien ou inventer des solutions pour répondre aux problèmes structurels. **Qu’est-ce que cela transformerait si les idées des soignants étaient davantage valorisées et facilitées, si leurs besoins étaient mieux pris en compte ? Pourrait-on restaurer l’attractivité de ces métiers en améliorant le quotidien des soignants ?**

Extraits de témoignages :

« La nuit est propice à l’échange entre patients et soignants. On avait mis des choses en place qui fonctionnaient bien et c’est retombé. Quand ce que tu fais n’est ni porté ni valorisé, tu finis par baisser les bras ! »

« La plupart de nos espace de pauses sont accessibles pour les patients donc en réalité, on n’a jamais une vraie coupure. »

« On calque souvent des normes du somatique sur le psychiatrique sans tenir compte des spécificités. Par exemple ici ça n’a aucun sens de se balader de chambre en chambre avec un chariot rempli de médicaments. »

Adapter la prise en charge à la diversité et à l'évolution de la patientèle

7

Les troubles psychiques - chroniques ou ponctuels - touchent toutes les populations, sans distinction de sexe ou d'âge. Aujourd'hui, les équipes font face à une prise en charge de plus en plus complexe, avec une évolution inquiétante de la patientèle (âges, symptômes aggravés...). Cet axe de travail propose d'interroger la faisabilité d'une prise en compte, à l'hôpital, des singularités et des évolutions des patients et de leurs troubles. **Dans une société en pleine mutation et marquée par les difficultés socio-économiques, comment s'adapter à l'évolution des profils de patients accueillis ?**

Extraits de témoignages :

“On accueille des mineurs comme des personnes âgées. On ne peut plus les accueillir de la même façon !”

“Nos patients sont plus “abîmés” qu'avant. En plus de nos soins, on doit changer des pansements, désinfecter des plaies... On peut facilement passer 1h30 à 2h avec un patient compliqué.”

“Dans notre arrondissement, on a une population assez limitée dans sa capacité à comprendre sa pathologie.”

“Une fois que la phase aiguë est passée, ils sortent. On n'est pas adapté au post-trauma”.

Mieux vivre à l'hôpital

8

La nécessité de considérer la présence du patient à l'hôpital comme un simple passant conduit parfois à ne pas suffisamment penser cette tranche de vie à l'hôpital. Bien souvent, le patient passe plusieurs semaines à l'hôpital, et y revient à plusieurs reprises. Dès lors, comment imaginer les manières qu'il aura d'habiter ce lieu ? **Comment réussir, au sein d'un espace de soin, à le maintenir dans une dynamique qui le rapproche du quotidien de l'extérieur : s'occuper, nouer des liens, réaliser des tâches quotidiennes comme cuisiner ou choisir son repas, ranger, faire des achats... ?**

Extraits de témoignages :

“Les autres hôpitaux ont des activités, ici c'est le seul où il n'y en a pas...”

“Ce patient, il veut manger son kebab de temps en temps. Il tape dans une porte, puis dans l'autre, sort, achète son kebab et revient.”

“À une époque, les patients participaient aux tâches domestiques de l'hôpital...”

“Pour certains achats comme les cigarettes, il arrive que les soignants sortent les leur acheter. On est complètement hors du cadre légal. Il faudrait que le buraliste vienne à l'intérieur !”

Développer l'inter-sectoriel pour améliorer le fonctionnement de l'hôpital

9

L'hôpital d'Avron est marqué par la cohabitation - au sein d'un même bâtiment - de trois secteurs géographiques et des urgences, situées au rez-de-chaussée. Dans un quotidien happé par la gestion quotidienne, l'animation de l'intersectorialité, ou encore de la coordination territoriale, n'est pas au cœur des préoccupations. Cependant, ce manque de collaboration peut s'avérer préjudiciable au bon fonctionnement de l'hôpital, à la gestion des espaces et à la prise en charge des patients.

Comment faire de cette difficulté une force ? Cet axe de travail propose une réflexion sur le développement d'une dynamique inter-sectorielle qui permettrait d'améliorer le fonctionnement de l'hôpital, et de faciliter le quotidien des professionnels et des patients.

Extraits de témoignages :

“ On croise rarement le 28ème secteur, ils sont organisés en 12 heures.”

“ Ça arrive que l'on se voie en dehors entre collègues, plutôt entre 27ème et 29ème mais c'est rare. C'est surtout quand E. organise des apéros...”

“Aujourd'hui, le patio est une zone de non droit parce qu'on n'a pas réussi à s'entendre sur qui devait surveiller cet espace commun”.

Cet atelier a su générer une réelle **dynamique d'échanges** et de nombreux acteurs de l'hôpital et du quartier y ont pris part. Les contributions ont été de différents ordres, de la **discussion collective** sur une thématique donnée, à la **co-conception** très opérationnelle sur les projets. L'atelier a aussi été l'occasion de tisser de premiers liens entre les professionnels et les acteurs culturels présents.



Ateliers de préfiguration

Cet atelier dédié aux patients de l'intra-hospitalier a eu lieu dans le patio en octobre 2019. Il avait pour but de **préfigurer les grandes lignes du projet de réaménagement du patio**. L'objectif était de faire réagir les patients et d'échanger sur de nouvelles configurations possibles de cet espace extérieur, comme point d'entrée sur d'autres projets.

Ce dispositif s'est avéré peu adapté au contexte de l'hôpital, car la discussion de groupe était compliquée à instaurer. Aussi, la plupart des patients rencontrés avaient du mal à visualiser et à se projeter dans les propositions de projet, sans doute matérialisées de manière trop abstraite.

Sans surprise, les échanges les plus féconds ont eu lieu avec des patients qui semblaient arriver au terme de leur séjour à l'hôpital, s'apprêtaient à le quitter, et étaient en mesure de prendre du recul et de nous parler de la manière dont les qualités spatiales des espaces influaient sur leur sentiment de bien-être ou de mal-être pendant leur hospitalisation.

Dans ce contexte, **il apparaissait plus pertinent de mener des ateliers de co-conception avec des patients déjà sortis de l'hôpital**, plus à même de livrer a posteriori leurs perceptions des espaces et services de l'hôpital et leurs avis sur les propositions de projets.

Les projets

Note : du fait de la crise du COVID-19, un seul projet à ce jour a été prototypé et est en cours d'expérimentation : la pépinière.

La pépinière

Pour ce projet, l'idée était d'**inviter les usagers des sites à réinvestir le dehors**, l'extérieur, dans sa fonction d'espace social, support d'un « **vivre ensemble** ». Deux espaces ont été identifiés : **le patio du site d'hospitalisation d'Avron** et **l'arrière-cour du foyer post-cure de La Métairie**.

La proposition consistait à créer un **dispositif de micro-pépinière à l'hôpital**, en installant une **serre mobile** conçue sur mesure pour animer des ateliers dédiés. Cet outil devait permettre aux patients d'accéder à un **espace de culture et de multiplication de végétaux**, activité participant à l'éveil des sens, au ressourcement et à l'apprentissage mais aussi de valoriser les semis, boutures et plants cultivés par les patients en les diffusant au sein de l'hôpital et/ou des structures ambulatoires, aux familles, dans le quartier. En complément des 2 micro-pépinières, un **guide de bouturage** et une **formation courte** ont permis de sensibiliser soignants et patients lors de l'installation, à la reproduction de plantes. Ce guide, comme une partie des plantes produites, a vocation à rayonner hors des établissements accueillants la pépinière.

Il était important que le dispositif se décline en **deux installations**, l'une au sein de l'hôpital, et l'autre au sein du foyer de la Métairie, afin de créer une continuité dans le parcours du patient. Les deux contextes sont en effet assez différents : au sein de l'hôpital, le projet est porté par l'équipe d'ergothérapie qui s'est saisie du projet avec enthousiasme, en continuité avec l'activité de **jardinage thérapeutique** qu'elle avait impulsé dans le patio. La situation au foyer de la Métairie est plus complexe : bien que plusieurs membres de l'équipe soignante ont manifesté leur intérêt pour la démarche, l'activité de la pépinière ne repose pas encore



de manière solide sur des soignants référents. Cependant, l'idée de proposer aux patients de la Métairie d'assurer la gestion de la pépinière était un beau pari, et méritait d'être testé. L'interlocuteur référent est d'ailleurs aujourd'hui un patient accueilli au sein du foyer postcure. Il faut encore œuvrer à inventer une co-gestion avec un professionnel pour assurer le suivi sur le temps long, et garantir ainsi la pérennité de l'activité.



Retour sur la conception de la pépinière

La pépinière introduit un **mode de réappropriation de l'espace par le faire**, par l'intervention manuelle que nécessite la culture des plants, engageant la **responsabilité de chacun face à leur fragilité et à leur devenir incertain**. Effet de déplacement contenu par la modalité de pépinière, car la pratique du jardinage décale les usages en cours dans le patio. En outre, la pratique même de la pépinière relève d'une **poétique de l'existence** et du **prendre soin** dont témoigne le nom qui lui a été donnée « **Graine de folie** ». Or, « **donner son espace poétique à un objet, c'est lui donner plus d'espace qu'il n'en a objectivement, ou pour mieux dire, c'est suivre l'expansion de son espace intime** ». Aussi, la qualité poétique de la proposition change symboliquement la nature des contours de l'espace.

Au delà de l'espace et de l'usage, cette ambition poétique est aussi poussée dans la conception même des modules installés à Avron et à la Métairie. Au delà de ses aspects fonctionnels, elle a été dessinée avec soin en intégrant des éléments ornementaux. Les rosaces, jeux de transparences et façades rythmées viennent répondre aux éléments architecturaux déjà présents dans le patio et introduire le décors ornemental dans un univers majoritairement fonctionnaliste.

Les micro-pépinières ont enfin été conçues comme des **propositions, ouvertes et adaptables**. Sur roulettes, disposant de plateaux ajustables, intégrant un module d'activité mobile et adapté aux circulations dans l'hôpital (passage de porte, couloir, ascenseur...) elles sont un équipement dont les soignants et les patients peuvent se saisir pour pousser les activités au delà de celles prévues, voir s'adapter à de nouvelles activités. **Les micro-pépinières et le module d'activité sont pensés pour être détournés** et il n'est pas impossible que la serre accueille à terme des poteries en séchage ou les plantes offertes par les visiteurs et interdites en chambre.



Le couloir culturel

Le couloir culturel se présente comme un **trait d'union entre l'hôpital et le quartier**, entre la pépinière et la carte des ressources du quartier. Cette proposition est issue d'une réflexion partagée avec le **CATTP** (centre d'activité à temps partiel) "**Le Bouffadou**".

L'équipe du Bouffadou anime depuis plusieurs années un **atelier de photographie avec les patients**. La thématique du dernier travail photographique portait justement sur le quartier. Les patients ont été amenés à arpenter leur quartier et à saisir ce qui en fait pour eux l'essence, les qualités, l'identité propre et intime. Outre ce format photographique, le Bouffadou produit de multiples expositions et petites formes théâtrales dans l'année, et peine à les faire connaître auprès des autres structures du XX^e.

L'idée est alors apparue d'**exposer dans les murs de l'hôpital les photographies des patients sur leur quartier**. En effet, ce regard sur le quartier des usagers de la psychiatrie constitue déjà en soi une liaison entre le soin et la ville et elle est amplifiée par le choix du périmètre imparti : le couloir d'accès au site depuis la rue. Ce couloir relie structurellement le quartier et le patio tout en les séparant. Il les sépare d'abord en ce qu'il constitue un sas entre deux fermetures, celle côté rue et celle côté hôpital. Aussi, son esthétique et ses attributs architecturaux relèvent du **vocabulaire de l'enfermement** : un long couloir haut de plafond, des portes grillagées, un éclairage glauque et insuffisant. Le seul élément d'atténuation de cette atmosphère anxiogène est la semi-transparence qui permet d'un côté le regard vers le patio à travers des plaques colorées. Malheureusement, les patients que l'on aperçoit, souvent vêtus d'un pyjama, fument compulsivement en tournant en rond. Cette vision cruelle vient accroître la ressemblance avec un lieu d'enfermement.

lien avec les patients et les responsables des ateliers, ainsi que leur mise en place effective (gestion des calendriers, communication et régie) nécessite une animation et une gestion de projet active et déterminée. Il a donc été convenu d'attendre l'arrivée de la nouvelle médiatrice culturelle et animatrice des réseaux du XXe pour repositionner le projet et lui permettre de l'investir pleinement.

Le médiateur culturel et ses outils professionnels

En complément de la conception des pépinières et du couloir d'exposition, l'équipe projet a désiré investir la conception d'un **poste hybride de médiateur socio-culturel** pour le territoire du XXe arrondissement. Ce professionnel aurait pour vocation d'**animer les différents projets issus de la démarche** mais aussi et surtout de **créer de nouvelles dynamiques en impliquant les patients, les soignants et les acteurs du quartier**.

La fiche de poste élaborée collectivement par le comité de pilotage, la DRH, le lab-ah et l'équipe projet CNSA définit son objet de la manière suivante : « **Le médiateur culturel et animateur des réseaux territoriaux du XXème arrondissement est un poste pilote à la croisée de la médiation culturelle et du développement territorial dans un contexte sanitaire, expérimenté par le GHU Paris pour une durée d'une année reconductible suivant les résultats présentés.** » Le cœur même de la vocation du poste se situe donc à l'interface de l'hôpital et du territoire activée par la médiation culturelle. Il est ici présenté comme un poste pilote de coordination territoriale qui donnera lieu à une évaluation au terme d'une première année.

Le médiateur, comme son intitulé l'indique, a pour mission de **traduire et faire dialoguer les langages des milieux sanitaires et culturels**. Il doit pouvoir faire coïncider l'esprit du projet d'établissement avec la vocation de démocratisation des équipements culturels et adapter le rapport au temps et les modes de faire d'une culture professionnelle à l'autre.

Concrètement, son travail quotidien consistera à :

- **Organiser et produire des expositions** à destination du grand public sur les différentes dimensions de l'hôpital
- **Participer aux manifestations culturelles** et festives de la collectivité
- **Coopérer avec des structures** artistiques et culturelles bénéficiant d'un fort investissement de la part des habitants

Ces missions sont autant d'initiatives susceptibles d'assurer un continuum entre le monde ordinaire et l'hôpital, de dédramatiser et désacraliser le lieu hospitalier tout en ouvrant les espaces culturels à des publics qui trop souvent les méconnaissent ou s'en interdisent l'accès.

L'équipe a conçu une **série d'outils pour faciliter la prise de poste de ce médiateur**. Ceux-ci sont majoritairement présentés sous la forme de différentes fiches pratiques : démarcher des partenaires, encadrer un partenariat, monter une exposition, cartographier les ressources locales, etc.

Ces outils constituent une **base accessible** pour permettre à la personne recrutée d'aborder sa nouvelle fonction et s'adapteront en fonction de ses besoins. Ils comprennent les volets suivants :

- Guide de mise en place d'un **partenariat entre l'hôpital et les structures culturelle extérieures** : c'est l'outil phare du médiateur,
- Guide de mise en place d'un partenariat culturel à destination des équipes médico-soignantes souhaitant se lancer dans la démarche,
- Cartographies des ressources de l'arrondissement à destination des patients.

En complément de ces ressources, l'équipe s'est appuyée sur le travail réalisé en phase de diagnostic pour proposer un état des lieux des ressources techniques et humaines mobilisables à l'échelle de l'établissement mais aussi et surtout à l'échelle du quartier. L'équipe est ainsi allée à la rencontre de l'élue à la culture de la mairie du 20ème, Nathalie Maquois, pour récolter l'ensemble des contacts possibles pour envisager des partenariats durables. Le/la futur-e médiateur-ice pourra en partie s'appuyer sur l'expertise de la MPAA et de son service relations publiques pour consolider le dynamiques engagés et en créer de nouvelles.

Retour sur le recrutement du/de la médiateur.ice

Le recrutement du/de la médiateur.ice de territoire, prévu au premier semestre 2020, a été ralenti par la crise sanitaire. Soutenu par la direction générale du GHU depuis ces débuts, celui-ci a repris son cours en septembre 2020, avec la diffusion de la fiche de poste fin septembre/début octobre 2020.

Publication de la fiche de poste

Six candidatures ont été reçues dans les temps, et une légèrement hors délais. Le lab-ah a d'abord étudié de son côté les candidatures et fait une pré-sélection sur étude de lettre de motivation et du CV. Cinq candidats ont finalement été retenus :

- Trois d'entre eux par la sélection des profils les plus adaptés à la fiche de poste et de ses attendus,
- Deux en repêchage : un professionnel du GHU chaudement recommandé par des collègues de l'arrondissement, et la candidature hors-délais (en accord avec le jury) au vu de la qualité de son dossier et du faible nombre de candidatures reçues.

Ce faible nombre de candidatures reçues nous a beaucoup interrogé, bien que nous ayons fait le choix de ne pas publier très largement l'offre dans le champ de la culture, afin de ne pas déborder de sollicitations. Pour autant, nous avons ciblé des réseaux très concernés (Art et santé, La Manufacture ou IntersTices). Le contexte sanitaire a peut-être également fragilisé la circulation de l'information.

Les profils reçus se décomposent comme suit :

- Deux parcours avec une riche expérience dans des structures aux ambitions assez proches du médiateur culturel, avec une grande connaissance à la fois dans le champ de la santé mentale et de gestion de projets culturels (1 présélectionné + 1 repêché)
- Un profil issu du domaine de la culture, avec de l'expérience en art-thérapie en psychiatrie mais sans expérience dans la gestion de projets culturels à grande échelle (présélectionné)
- Un professionnel socio-éducatif du GHU cherchant à gagner en compétence vers la gestion de projets culturels (repêché)
- Trois jeunes diplômées en gestion de projets culturels en contexte urbain, sans connaissance du milieu de la psychiatrie (1 présélectionnée)

Entretiens de recrutement

Des entretiens de 20 minutes ont été réalisés par visio-conférence, avec les membres du jury : le lab-ah, la directrice référente du 20e, la direction des soins, la direction de la communication et le pôle socio-éducatif.

Les personnes auditionnées étaient chargées de se présenter en 10 minutes, puis de répondre au jury et de poser leurs propres questions.

Les questions du jury ont porté sur les sujets suivants :

- L'expérience professionnelle,
- Des précisions à apporter par rapport à leurs lettres de motivation,
- Ce qu'ils imagineraient déployer en premier lieu à leur arrivée, leur connaissance de la politique culturelle menée par le GHU Paris.

Deux des candidats s'étaient manifestement d'avantage renseignés sur le lab-ah que sur le GHU en lui-même, attirés par son approche et ses projets et donc légèrement en décalage par rapport aux attentes du poste. Après chaque entretien, le jury a débattu de ses impressions à chaud.

A l'issue de ces entretiens, deux profils ont été unanimement éliminés, car ils étaient trop éloignés des attendus du poste. Deux autres ont été plébiscités, dans leur différence : l'une en démarrage de carrière, fraîchement diplômée ; l'autre avec une grande expérience riche et singulière. Une dernière enfin, au parcours en cohérence avec le profil recherché, mais qui n'apparaissait pas avoir l'assurance requise pour aller démarcher les partenaires internes et externes au GHU.

Les deux profils sélectionnés ont été présentés à l'ensemble de l'encadrement du 20e arrondissement, et 2 délégués (Dr Boiteux, 28e secteur et E. Denuault, 29e secteur) les ont reçus en entretien. C'est finalement la candidate la plus novice qui a été retenue.

Contexte et processus d'accueil de la future médiatrice

Suite à la nomination de la candidate retenue, le comité de pilotage chargé d'assurer l'orientation et le suivi de sa mission s'est réuni pour convenir des modalités et enjeux de son accueil :

- A son arrivée, il sera déterminant d'accompagner la médiatrice dans un tour des services intra et extra hospitaliers en prenant le temps de bien situer le contexte de création de ce poste expérimental. En effet, le turn-over dans les équipes implique de renouveler sans cesse la pédagogie autour des suites du projet CNSA, que beaucoup de professionnels n'ont pas connu.
- Dans un deuxième temps, il conviendra d'organiser un moment collégial avec les professionnels de l'intra et de l'extra hospitalier intéressés par l'accompagnement et les outils proposés la médiatrice. De la même manière que pour les cartes, nous demanderons à nommer un référent culture dans chaque équipe. Ce moment collégial vise à construire ensemble le programme et le plan d'actions de la médiatrice à partir des attentes des professionnels.

Les temps incertains liés aux confinements succesifs et à la mise à l'arrêt de la vie culturelle ne sont évidemment pas propices à la production de projets et au montage d'événements. En revanche, cette période plus calme pour les acteurs associatifs et culturels se prête à un travail de de recherche, d'identification et de rencontre des futurs partenaires de l'arrondissement afin d'être prêts à présenter des pistes de projet à la rentrée de septembre 2021.

Les partenariats culturels

Deux partenariats culturels avaient préalablement été initiés par le lab-ah et ensuite consolidés par l'équipe projet : le premier avec le musée **Eugène Delacroix** dans le cadre d'une convention cadre avec le Louvre et le second avec le **théâtre de la Colline**. Cependant, ces partenariats ne peuvent se développer de manière dynamique sans un professionnel dédié pour les concevoir, les mettre en œuvre, les suivre, les évaluer, et chercher des financements complémentaires pour les animer.

Le médiateur culturel est donc le maillon essentiel de l'animation continue de ces partenariats entre l'hôpital et la ville.

En outre, des contacts prometteurs ont été engagés avec la MPAA Saint Blaise (Maison des pratiques artistiques amateurs) et des associations locales telles que Paris Culture 20 (qui porte le festival de rue Et 20 l'été) et l'association Extra Muros (menuiserie solidaire). **Une expérimentation était prévue en avril/mai et a été reportée au dernier trimestre 2020. Celle-ci était découpée en deux phases :**

1 Une demi-journée de sensibilisation à la psychiatrie

Sur le site de l'hôpital d'Avron, la médecin cheffe de pôle Catherine Boiteux accueillait des salariés de La Colline (relations aux publics, communication, billetterie et mécénat) ainsi que de la MPAA (la directrice et 3 chargés d'accueil et médiation), et un membre des associations suivantes : Festival Et 20 l'été, Carré Beaudoin et Extramuros. En appui du « Petit guide de la Psy », il s'agissait permettre aux équipes partenaires de comprendre les enjeux du handicap psychique : la découverte du champ de la psychiatrie et de la santé mentale, l'organisation des soins, les situations inter-personnelles qui peuvent se présenter.

2 Un atelier d'intelligence collective sur "dessiner collectivement les partenariats" à la Colline

Cet atelier de co-découverte et d'intelligence collective, mené dans la salle de répétition de la Colline, permettait d'accueillir un représentant de chaque structure de soins psychiatrique du XXe autour du panel d'acteurs culturels déjà accueillis à Avron : La Colline, la MPAA, le Festival Et 20 l'été, le Carré Beaudoin et la menuiserie Extramuros. A travers cet atelier, il s'agissait de permettre aux professionnels des différentes structures de se présenter, d'échanger sur les formes de partenariats rêvés et possibles et de faire un retour critique sur "le guide du partenariat", avant d'assister en deuxième partie de journée à un spectacle produit par le théâtre, en lien avec le thème de l'exclusion.

Le petit guide sur la psy

Dans le cadre de l'axe de projets "**Psy Friendly**" abordant les aspects de **sensibilisation et de vulgarisation de la psychiatrie**, a émergé l'idée d'un "**Petit Guide sur la Psy**". L'idée était alors très simple : synthétiser en quelques pages et dans un format accessible les grands enjeux de la psychiatrie, présenter les différentes formes des pathologies et leurs conséquences sur les personnes et apporter quelques conseils sur les attitudes à adopter au contact des patients. Ce petit guide avait vocation à être **distribué largement aux partenaires de l'hôpital, acteurs du quartier, commerçants,**



La psychiatrie c'est quoi ?

La psychiatrie est une spécialité médicale dont l'objectif est d'étudier et de traiter les maladies mentales.

*À la différence du psychologue, qui exerce en ville et s'intéresse au fonctionnement de l'esprit, le psychiatre s'intéresse aux **maladies de l'esprit.***

Les principales maladies sont la **schizophrénie**, les **troubles bipolaires**, l'**addiction**, et la **dépression**. Les traitements dépendent des types de maladie, et de leur intensité. Par exemple, une dépression légère ne nécessitera pas forcément de prise de médicament, alors que ce pourra être le cas pour une dépression sévère, qui pourra également conduire à une hospitalisation.

D'une manière générale, **l'hospitalisation en psychiatrie est temporaire**, le temps d'aider le patient à sortir d'une phase de crise.

Retour sur la présentation du Petit Guide sur la psy

Qu'est-ce qui différencie un psychiatre d'un psychologue ? C'est quoi, un hôpital psychiatrique ? Qu'est-ce que ça veut dire, la/les maladies mentales ? Ça concerne qui ?

C'est en faisant le constat de la méconnaissance de la grande majorité de la population à ce sujet, que l'équipe a proposé de réaliser ce qui semblait intuitivement être une idée simple et bonne : un « petit guide », synthétique, clair, avenant, destiné dans un premier temps à informer les partenaires culturels qui seraient approchés par le/la médiateur.ice culturel.le de territoire, mais en imaginant pourquoi pas l'élargir à tous. L'objectif étant de mieux connaître, et donc de moins craindre ce qui a trait aux lieux de soin psychiatriques (spécificités des maladies et des modalités de soins).

Un livret expérimental est alors constitué, reprenant des éléments d'une présentation qui avait été conduite par une psychiatre dans le cadre d'une formation introductive à destination de partenaires culturels (le musée du Louvre). Y sont ajoutés une sélection de données glanées sur plusieurs plateformes, notamment sur le site du PSYCOM, l'association de référence en matière d'information, de ressources et de formation pour la destigmatisation de la santé mentale.

Approuvé en première lecture par la psychiatre, il a été donné à lire au PSYCOM, dont le retour précieux nous a mis en garde : malgré une intention louable, et des qualités esthétiques indéniables (reconnues comme parties intégrante d'un passage efficace d'information), le support réalisé est, en l'état actuel, potentiellement plus néfaste qu'aidant.

En effet, il apparait que le mélange des langages et des points de vue (vocabulaire professionnel de psychiatre mêlé à des données vulgarisées pour le grand public), qui faisait partie intégrante du projet, brouille le message. En effet, il n'y a pas en tant que tel de consensus entre le point de vue des personnes diagnostiquées avec des troubles psychiques et les professionnels médico-soignants. De plus, la vocation « grand public – tout public » du guide, voulu comme un outil d'amorce pour aller à la rencontre des novices, mêle un trop grand nombre d'informations différentes. En somme, en cherchant à simplifier pour destigmatiser, l'outil produit devenait lui-même vecteur de stigmatisation. Cette question infiniment complexe, qui explique l'existence d'une association entièrement dédiée à la destigmatisation de la santé mentale (le Psycom) ne sera pas résolue à ce stade du projet.

Le lab-ah a donc proposé de reprendre la conception du petit guide à l'occasion de l'arrivée de la médiatrice socio-culturelle afin d'adapter le guide à ses besoins précis, identifiés et consolidés sur le terrain.

Quelques balises

Éléments chiffrés pour mettre les choses en perspective, relativiser et surtout dédramatiser les troubles mentaux

Les médicaments et les thérapies mais aussi l'entraide et l'environnement social peuvent aider les personnes à aller mieux.	Les maladies mentales sont la 1 ^{ère} cause d'invalidité et d'arrêt maladie de longue durée
1 français sur 5 souffre de trouble mental	80 % des personnes suivies en psychiatrie ne sont jamais hospitalisées, mais soignées à domicile ou en ville
1,4 million de personnes est suivi annuellement en France par les professionnels de la psychiatrie	Pour 1000 habitants, on dénombre 7,5 consommateurs problématiques de drogues.
2 % du budget de la recherche est consacré à la psychiatrie en France	L'espérance de vie de personnes atteintes de troubles mentaux est de 10 à 25 ans inférieure à la moyenne nationale.

Cartes des ressources du XXe

Depuis les premiers ateliers du projet CNSA, la **cartographie des ressources de l'arrondissement et la représentation du territoire sont au cœur** des outils d'élaboration du projet et d'échanges avec les usagers. Souhaitant valoriser la grande quantité de données recueillies, l'équipe a cherché les formes pouvant permettre d'en faire un réel outil à destination des professionnels et des usagers des structures de soin. Après avoir d'abord pensé à **une grande carte illustrée** à afficher dans les espaces d'accueil ou d'attente (CF projet mené sur le site Eugène Million par le lab-ah), nous avons finalement cherché à rendre le plus accessible ces données dans leur diversité de thématiques, faisant le constat d'un nombre trop important de « pastilles », rendant illisibles les cartes, si toutes étaient rassemblées sur un même plan.

Ce sont finalement 4 cartes thématiques qui ont été mises en forme, et 1 carte vierge complémentaire, à remplir. Les thématiques ont été réparties de la manière suivante :

- **Vie de quartier** : Groupes d'entraide mutuelle (GEM), centres socio-culturels, centres d'activités ou d'animation, conservatoire, MPAA, association musicales, services et réemploi,
- **Culture** : salles de spectacles, théâtres et cinémas, expositions et galeries, bibliothèques et médiathèques,
- **Espaces verts** : agriculture urbaine, jardins partagés, jardins publics
- **Sport** : sport dans les parcs et jardins, piscines.

L'ensemble des lieux et ressources indiquées ont en commun les caractéristiques suivantes :

- **Être ouverts à tous,**
- **Être accessibles** sans nécessité de rendez-vous préalable.

6 porteurs de projets « complices » volontaires, issus des 3 secteurs et répartis entre structure hospitalière et extra-hospitalières ont été identifiés par leur encadrement pour aider à affiner la mise en forme de celles-ci dans une mise en test à compter de fin janvier 2021. A travers l'expérimentation des cartes in situ, il s'agira de comprendre comment les professionnels se l'approprient au contact des activités qu'ils déploient avec les patients, afin de continuer à les faire évoluer de la manière la plus adaptée.

25.01.2021

Rapport de dépôt des cartes auprès de personnes relais en intra et en extra hospitalier

Détail des prototypes proposés :

- **4 cartes thématiques imprimées en 1 exemplaire sur chaque site**, format A3, plastifié. Ces cartes sont destinées à être un support d'échange entre soignants et patients lors des entretiens ou des ateliers.

- **1 carte vierge, à remplir**, comme un bloc note. Cette carte vierge est destinée à l'usage personnel du patient, pour noter des lieux d'intérêts.

Ce projet de cartes avait été présentée à l'encadrement de pôles (toutes les cheffes de secteur et tous les cadres supérieure-s de santé du XXe ainsi que la directrice référente) en novembre 2020. Lors de cette présentation, les cartes à expérimenter ont été envoyées à l'encadrement des secteurs et leur a été demandé d'identifier des personnes volontaires au sein de leurs secteurs pour porter cette expérimentation (1 en intra, 1 en extra pour chaque, soit 6 personnes minimum au total).

La liste de ces personnes a été finalisée mi-janvier et un message leur a été envoyé afin d'organiser la prise de rendez-vous avec eux :

- 27 intra : deux ergothérapeutes
- 28 intra : le psychomotricien et l'ergothérapeute
- 29 intra : l'ergothérapeute
- 27 extra : une infirmière
- 28 extra : une infirmière
- 29 extra : Le cadre infirmier

A ce jour, la moitié des personnes volontaires a répondu ont pu être rencontrés, à travers 2 rendez-vous. Les autres interlocuteurs n'ont pas encore donné suite, malgré des relances. Les deux premières livraisons de cartes en test révèlent une perception par les porteurs de projets très contrastée, détaillée dans les comptes-rendus d'entretiens qui suivent.



22.01.2021

RDV 1, site d'Avron

Personnes présentes

- GM, ergothérapeute, 27 intra
- TF, psychomotricien, 28 intra
- AN, ergothérapeute, 28 intra

Entretien mené par Coline Fontaine

Le projet est bien accueilli par les porteur-se-s volontaires. Ceux-ci avaient déjà pu voir des ébauches de cartes lors de l'atelier à la MPAA en octobre, où ils étaient tous présents. Au 28e secteur, de premières impressions de cartes ont déjà été utilisées lors d'ateliers avec les patients, dans le cadre de préparation d'itinéraires de balades. Les premiers retours des patients indiquent :

- Que les lieux du GHU ont tout de suite été repérés comme tels, servant de support à l'échange : « Ah tu ne connais pas le Bouffadou ? Moi j'y suis déjà allé... »
- Que les jardins mériteraient d'être mieux nommés (pas seulement les jardins partagés). Il y a eu par exemple une confusion au premier atelier entre le Jardin du Père Lachaise et le Cimetière du Père Lachaise.

Les professionnels pensent qu'il pourrait-être intéressant de faire une carte thématique « transports » : indiquer les lignes de métro, bus, tram, sur le territoire, pour préparer les promenades de quartier. Aussi, ceux-ci s'interrogent sur la quantité d'informations sur les cartes, et le choix de ne pas indiquer les horaires. Les listes indiquent en effet seulement les informations pérennes (nom des structures, la description de leur activité, leur localisation et le moyen de les contacter). De manière générale, tous apprécient de voir représenter les secteurs sur le territoire, car ils en avaient une représentation abstraite. Par la suite, ils aimeraient accrocher les grandes cartes sur la fenêtre vers le patio lorsqu'elles ne sont pas utilisées en atelier, pour qu'elles puissent être toujours visibles et constituer un support d'échange entre les patients et leurs visiteurs. Il a été convenu et rappelé que les cartes étaient destinées à être librement augmentées par les soignants selon l'activité dans laquelle ils l'intègrent (ajout de gommettes pour indiquer l'entrée d'un parc, ajout au feutre indélébile d'un autre lieu, etc.).

23.01.2021

RDV 2, CATTP Le Bouffadou, 27e

Personnes présentes :

- La cadre supérieure de santé du 27e,
- Le cadre du CATTP Bouffadou,
- 5 infirmier.e.s
- La psychologue,
- Le kinésithérapeute

Entretien mené par Coline Fontaine

Le projet est accueilli avec beaucoup de méfiance et d'incompréhension de la part de l'équipe. Les professionnels du Bouffadou n'avaient pas pu se rendre à l'atelier MPAA et déplorent de manière générale un manque de contact. Dans cette équipe, les professionnels travaillent exclusivement « en présentiel », téléphonent le cas échéant à leurs patients et ont un usage marginal de leur boîte mail, ce qui a pénalisé leur intégration au projet. Les cartes des ressources, bien qu'expérimentales et présentées comme tel, apparaissent à leurs yeux comme un objet fini, à la conception duquel ni l'équipe ni les patients n'ont été associés. Enfin, l'infirmière désignée comme référente par son encadrement pour cette expérimentation assure n'en avoir pas été informée. Encore une fois, les difficultés de communication entre l'équipe extra hospitalière et son encadrement, positionné en intra, pénalisent l'accueil réservé au projet. En effet, les professionnels, peu habitués à utiliser des prototypes, sont gênés par le statut des cartes, qui « semblent finies » et conçues sans eux, alors même qu'elles constituent la première itération d'une expérimentation suivie. Ce principe, qui avait été présenté aux cadres, n'a pas été transmis aux équipes de terrain.

La suite de l'échange a mis en lumière le fait que les cartes sont, en l'état, peu adaptées à l'usage du CATTP. En effet, le travail qui y est fait avec les patients est de développer la recherche autonome d'information. Le fait d'avoir toutes ces références à disposition est donc pour eux un non-sens dans leur pratique soignante. De plus, ils évoquent une crainte que ce support puisse avoir pour objet de remplacer le travail soignant, ou de se passer du lien soignant patient, à force d'encourager l'autonomie des patients.

Nous nous apercevons également que le bloc note de cartes détachables fait l'objet d'un malentendu. Il apparaît comme un support devant être remis au lab-ah à l'issue du test et est vu comme un support de traçage des personnes, maladroit et problématique. Nous expliquons qu'il s'agit bien d'un support destiné au patient pour pouvoir noter des adresses qui l'intéressent.

Enfin, l'équipe s'étonne que les professionnels de l'intra-hospitalier puissent utiliser avec les patients de tels outils tournés vers la ville. La cadre supérieure du secteur explique que d'autres outils cartographiques sont déjà utilisés en intra par les infirmiers, les ergothérapeutes et les assistantes sociales. L'équipe du CATTP en conclut (encore une fois) qu'il lui semble essentiel de rencontrer les professionnels de l'intra et de travailler en lien. Ils se proposent d'ailleurs de faire le lien pour aider à mettre à jour les informations sur les lieux désignés sur les cartes, amenés à évoluer.

Cet entretien révèle que les professionnels du CATTP ont intériorisé une forme d'exclusivité dans les soins de réhabilitation dans la cité. Pour eux, les soins en intra-hospitalier ne devraient pas initier d'actions en ce sens, au risque de diluer la mission de l'extra-hospitalier, en particulier du CATTP. Encore une fois, le continuum de soins apparaît bien morcelé et les démarches transversales initiées dans le cadre du projet CNSA révèlent ces résistances de la part des professionnels.

Protocole d'évaluation

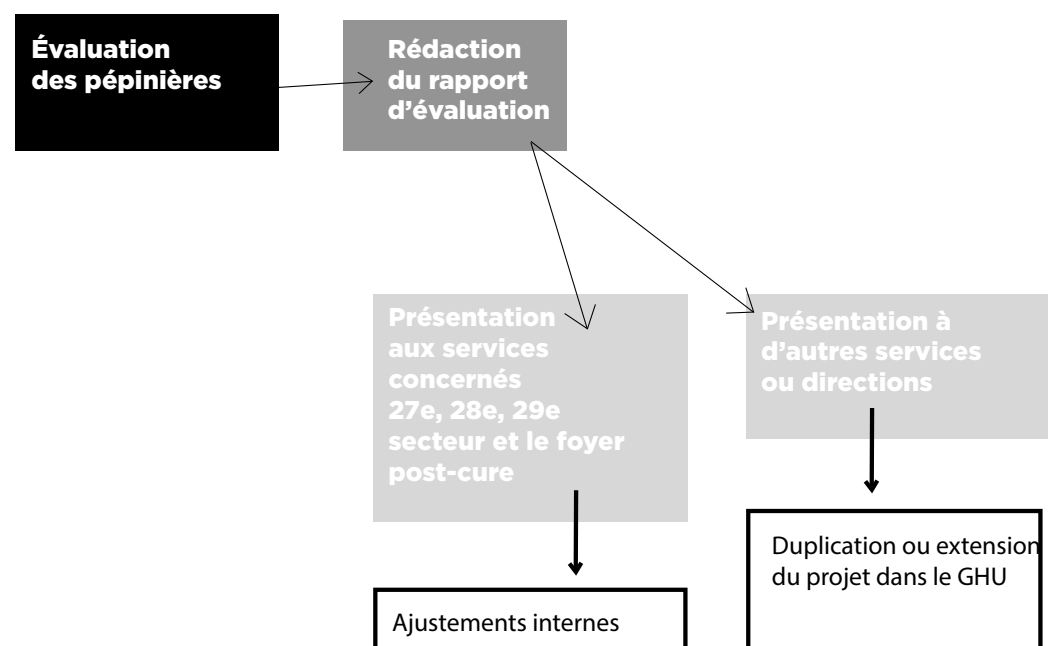
LES PÉPINIÈRES : PREMIÈRE APPROCHE

CADRE DE L'ÉVALUATION

Les dispositifs mis en place ont-ils un impact sur l'expérience de séjour d'hospitalisation pour les patients et leurs proches, et sur la qualité de vie au travail et la pratique des professionnels ? Quelle est la nature de cet impact et comment l'apprécier ?

FINALITÉS DE L'ÉVALUATION

- **Opérationnelle** : La pépinière est-elle adaptée aux envies, besoins et usages des patients et des professionnels ?
- **Stratégique** : Quels sont les effets de la pépinière sur l'atmosphère et les relations entre patients et professionnels dans le patio ?
- **Institutionnelle** : Comment diffuser l'expérience de la pépinière aux trois secteurs et aux autres structures de l'hôpital ?



L'hôpital d'Avron

En quoi la pépinière peut-elle participer à une meilleure médiation soignant/ soigné et favoriser la rencontre, l'échange et l'entente dans le patio de l'hôpital d'Avron ?

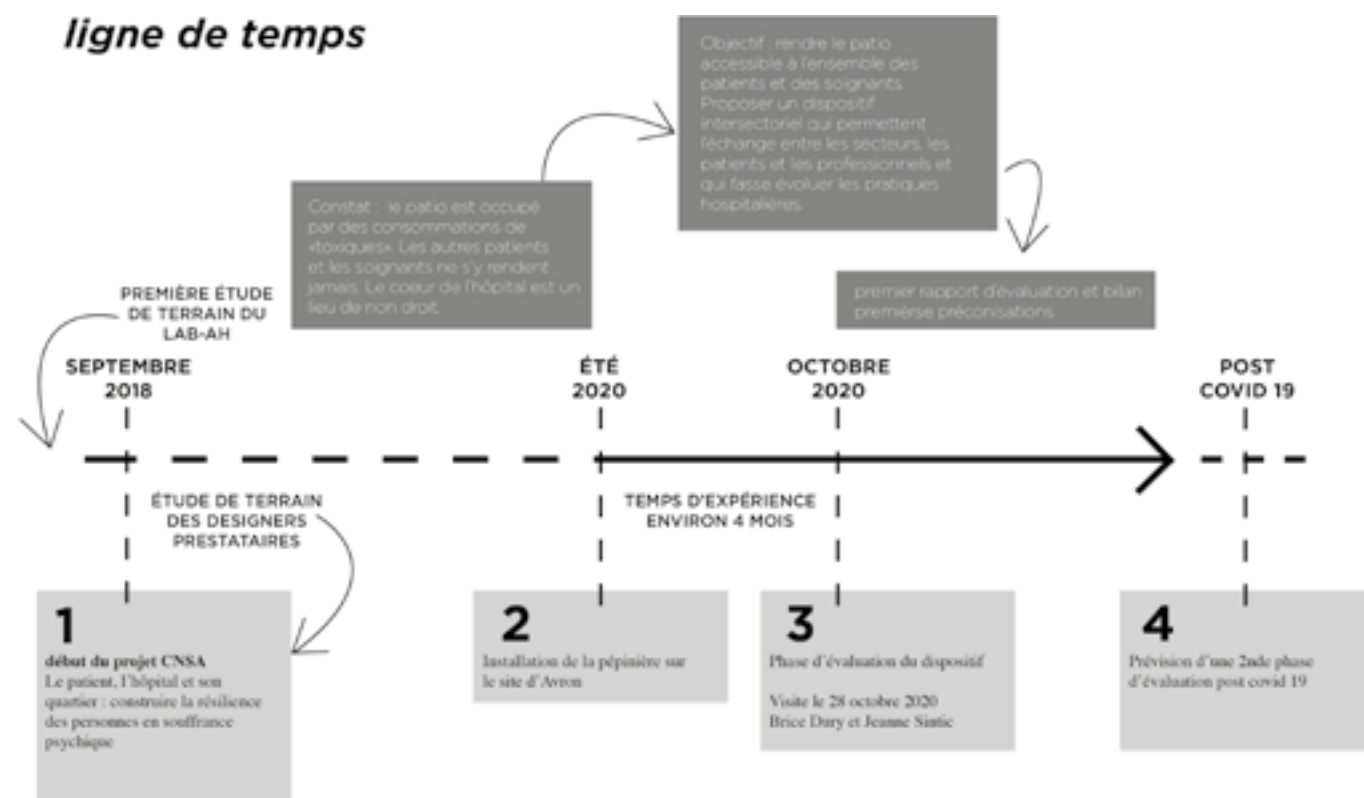


Le foyer post-cure la Métairie

En quoi la pépinière peut-elle participer à une meilleure médiation soignant/ soigné et favoriser la rencontre, l'échange et l'entente au sein du foyer post-cure de la Métairie ?

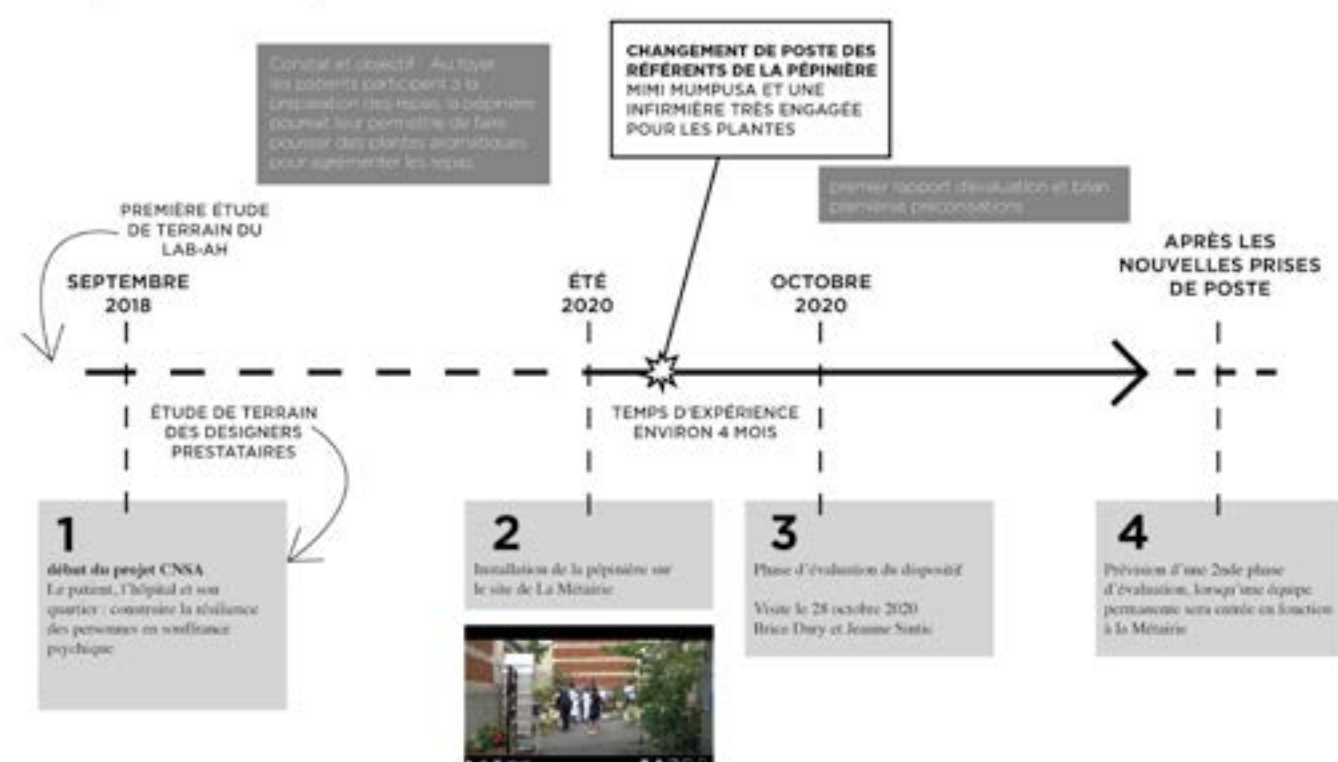
HÔPITAL D'AVRON

ligne de temps



FOYER POST-CURE LA MÉTAIRIE

ligne de temps



ÉVALUATEURS

Deux intervenants se sont relayés sur cette première évaluation des pépinières :

- Brice Dury, designer de l'équipe projet
- Jeanne Sintic, stagiaire au lab-ah

PERSONNES RENCONTRÉES

Hôpital d'Avron

Les ergothérapeutes des trois secteurs d'Avron

Huit patients des trois unités

Les agents d'accueil

Foyer post-cure La Métairie

La personne «en charge» à la Métairie

L'éducatrice spécialisée

Deux patients

liste «à la Pérec» à un instant T pour capter l'atmosphère des lieux

dessins d'observation

carnet d'entretiens

livre d'expression à l'usage des patients

CIBLE DE L'ÉVALUATION

L'évaluation réalisée est destinée à être présentée au comité de pilotage du projet CNSA et aux cadres de pôles des trois secteurs d'Avron

OUTILS DE L'ÉVALUATION

Deux types d'outils ont été testés afin de caoter des retours d'évaluation à la fois objectifs/factuels et sensibles/intuitifs.

Qualitatifs

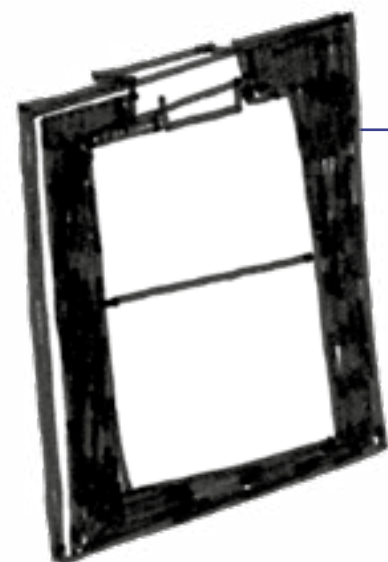
Quantitatifs et objectifs

carnet d'entretiens

questionnaires

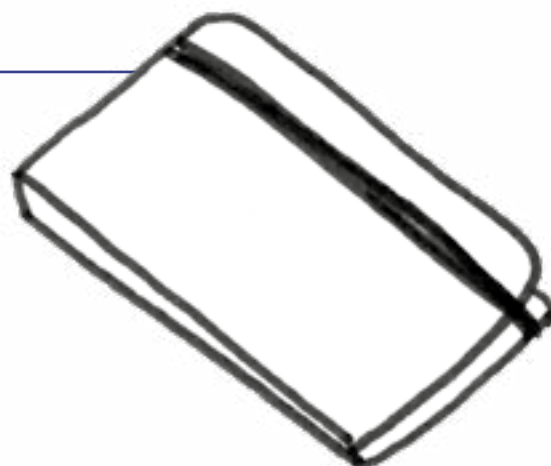
enregistrements

LES OUTILS DE RÉCOLTE POUR L'ÉVALUATION DES PÉPINIÈRES DU 20^E



support de note et feuilles A4 et A5

carnet de note A5

téléphone portable pour des
photographies discrètesphotographies des
pépinières

badge pour être identifié

LE QUESTIONNAIRE

1. Avez-vous entendu parler de cette serre/pépinière ?

2. Savez-vous ce que c'est ?

OUI > L'avez-vous remarquée ? Utilisée ? Qu'en pensez-vous ?

NON > C'est une serre, destinée à faire pousser des plantes. Des ateliers de jardinage sont organisés. L'idée est de pouvoir jardiner, et distribuer des plantes dans les étages, aux associations du quartier, et aux patients quand ils rentrent chez eux"

Qu'en pensez-vous ?

Le dispositif apporte-t-il quelque chose dans le patio ?

Sa présence vous est-elle désagréable / agréable / indifférente ?

ERGOTHÉRAPEUTES

Les usages de la Pépinière

1 - Les usages : comment la Pépinière est-elle utilisée ? Par qui ? A quelle fréquence ?

Pour quels usages ?

2. Comment présentez-vous ce dispositif ?

3. Quels sont les usagers, combien sont-ils en tout ? Comment l'appellent-ils ?

4. Que leur apporte la pépinière ? Quel est leur rapport aux plantes, au jardinage ?

5. Quels retours de la part des autres patients ?

6. Du côté des soignants, qui participe, de près ou de loin, à l'utilisation de la pépinière ?

7. Comment la Pépinière est-elle perçue par les autres soignants ou agents de l'hôpital ?

Aspects pratiques

8. L'objet pépinière : ça fonctionne ? C'est pratique ? Des améliorations ?

9. Avez-vous modifié la pépinière, fait évoluer son usage ?

10. L'emplacement est-il adapté ?

11. Les plantes se portent-elles bien ? Certaines variétés mieux que d'autres ?

12. Combien de plantes avez-vous dans la pépinière ?

13. Certaines plantes ont-elles été données/distribuées ? A qui ?

Le guide du bouturage

14. L'utilisez-vous ? Si oui, comment ?

15. Besoin d'autres informations ? La formation est suffisante ?

La suite

16. Comment imaginez-vous la suite pour la pépinière ?

LES OBSERVATIONS

Pour cette première évaluation, une fiche d'observation avec un cartouche à remplir a été mise en place.

Observateur		Sujet d'étude
Date	Heure	Situation
Lieu		

NATURE DES INFORMATIONS RÉCOLTÉES



Des notes d'entretiens



Des observations dessinées



Des observations écrites



Des photographies

OUTILS DE PRISE DE NOTE SUR LE VIF



Des observations dessinées

Environ une observation toutes les 10 minutes. Ces observations au format A4 rendent l'observateur visible, il est moins facile de fermer le carnet ou d'être en observation discrète.



Des observations écrites

Les notes peuvent être aussi prises sur le téléphone. Toutefois, le téléphone extrait l'observateur de la situation présente, ce qui peut être désagréable pour la personne en face, cette situation est moins forte avec le carnet semble-t-il.

Des observations écrites

Le carnet permet de prendre des notes au fil de l'eau, d'être discret et de pouvoir masquer les notes rapidement si jamais cela est nécessaire.



OUTILS DE CLASSIFICATION A POSTERIORI



Des notes d'entretiens

Les notes d'entretien rapide avec un patient croisé sont difficilement transcriposables directement sur les supports prévus à cet effet car il y aurait une préparation trop longue avant l'entretien, qui romprait la spontanéité du moment. Toutefois, ces supports sont très utiles pour la retranscription et l'organisation des données recueillies et elles permettent de rassembler toutes les mots d'une même personne.

OBSERVATION À LA PÉREC

Observation n°5
La pépinière de l'hôpital d'Avron est observée par Jeanne Sintic, le 28 octobre 2020.

11h34
dans le patio une soignante autour mais pas intéressée par la pépinière, 1 pigeon, 3 robes de chambres rouge bordeaux, 1 capuche, 1 casquette, 7 masques baissés sur la bouche, 1 chaise renversée au dessus de nous

Espèces d'espaces, «La rue», 3, Travaux pratiques p.100 à 106, ed Galilée, 2000

Faut-il transcrire l'observation, l'illustrer ?
Comment rendre compte de l'atmosphère ?



par le dessin ?
ou le montage photographique ?

UTILISATION DES OUTILS PRÉPARÉS



L'hôpital d'Avron

- Les outils ont pu être amplement utilisés lors de la visite dans l'hôpital d'Avron.
- Observation de l'atelier pépinière durant une heure,
 - Entretien avec les ergothérapeutes du 28e secteur,
 - Entretiens avec les agents d'accueil, les patients du 28e secteur et du 27e secteur,
 - Visites dans le service du 29e et du 27e secteur.



Le foyer post-cure la Métairie

Leur utilisation a été plus difficile lors de la visite à la Métairie. L'entretien prévu avec un patient a été annulé à la dernière minute.
L'observation de la pépinière a été très rapide (environ 20 minutes) et guidée par le cadre du service, ce qui n'a pas permis de dessiner des situations.



UN TEMPS D'ANIMATIONS INSTITUÉ

par Marion et Audrey, les ergothérapeutes du 28e secteur



Un temps d'animation se tient chaque jour entre 11h et 12h. En moyenne 3 à 4 patients participent activement.



L'ouverture de la pépinière suscite un temps de discussion entre les patients et les ergothérapeutes et l'éducatrice spécialisée.



Les ergothérapeutes du 28ème secteur organisent chaque jour une permanence d'une heure dans le patio. La pépinière est ouverte, une table de ping-pong est mise à disposition, des animations s'organisent (badminton, danse...). Les 2 ergothérapeutes restent dans le patio pendant une heure, et mettent de la musique à la demande des patients. Pendant l'été, les ergothérapeutes ont organisé des goûters dans le patio. Maintenant c'est "the place to be".

Ce créneau est un choix, et également une conséquence des règles liées au contexte covid, qui a imposé des temps d'accès au patio pour chaque secteur. Les secteurs ne se croisent donc plus, et seul un secteur peut être présent dans le patio à la fois. Les ergothérapeutes expliquent que la participation des patients dépend selon les jours, la météo, etc. Globalement, à chaque créneau d'animation, entre 1 et 10 patient viennent à la pépinière. Lors de notre passage, nous comptons au moins une dizaine de patients qui viennent participer, échanger, choisir la musique, etc. Un seul patient est capable d'ouvrir le récipient d'arrosage, alors Audrey (ergothérapeute) lui demande son aide chaque matin. Les ergothérapeutes expliquent aussi que des soignants viennent :

"On voit passer des soignants, non seulement du 28e secteur mais aussi parfois des autres, alors qu'avant ils ne sortaient JAMAIS dans le patio"

"Certains soignants viennent pour leur compte personnel."

"Pour les soignants, c'est le bouche à oreille : des patients qui disent aux soignants qui descendent."

"Ceux qui vraiment s'occupent des plantes, c'est les patients."

Cette organisation, avec un "créneau d'animation", présente des avantages certains :

- La régularité des ateliers facilite la venue des personnes,
- Le monde attire le monde,
- L'atelier est ouvert : chacun passe juste regarder, discuter, ou jardiner librement. En ce sens, l'organisation est "inclusive", au sens où elle facilite grandement l'implication en permettant différents niveaux d'implication.

Un patient : "J'aime bien m'occuper des plantes.

- Vous en avez une à vous ?
- Non, je m'occupe de tous."



Ce dispositif représente un ré-investissement du patio

- Le fait d'avoir des soignants présents, de manière instituée, change l'image et l'ambiance du lieu "La consommation de toxiques a fortement diminué dans le patio. C'est aussi lié au contexte covid, mais la présence de soignants change quand même les choses".
- Les soignants comme les agents de sécurité s'accordent pour dire que le patio s'est apaisé "Cela fait plusieurs fois que je suis à l'hôpital. Avec la pépinière l'ambiance a changé" (C, patiente)
- Moins de formations de "groupes" dans le patio
- Le changement s'opère non pas par la contrainte ou par des règles, mais par la proposition d'animations, et la simple présence de soignants dans cet espace
- Un affichage du planning des activités sur les portes du patio.

*« On a pensé un atelier très libre de 11h à 12h, simple et beaucoup plus libre que lorsqu'on se fixe des objectifs thérapeutiques. On occupe la cour le matin maintenant qu'on est là, il n'y a plus de toxiques. Les patients n'ont plus peur de descendre. Il y a un changement d'ambiance. »
(ergo 28e)*

*« Avant, il n'y avait rien dans la cour. Il y a une énorme différence dans la manière dont les gens s'assoient. Ils forment des petits groupes de discussion. Ce sont des choses qu'on ne voyait pas avant. »
(ergothérapeutes 28e)*



Repiquage d'une bouture



Un dispositif dépendant des personnes

Il est important de noter malgré la belle dynamique créée par les 2 ergos, que tout comme un certain nombre d'initiatives découvertes lors des phases d'immersion, la Pépinière est fortement dépendante des personnes. En témoigne le faible investissement des autres secteurs. Mais on peut aussi se poser la question de la pérennisation dans le temps, de ce qui se passera lorsque l'organisation par créneaux liée au covid cessera, etc. Il est donc important de se poser dès aujourd'hui la question des moyens à mettre en oeuvre pour pérenniser ce dispositif.

- Les soignants comme les agents de sécurité s'accordent pour dire que le patio s'est apaisé "Cela fait plusieurs fois que je suis à l'hôpital. Avec la pépinière l'ambiance a changé" (C, patiente)
- Moins de formations de "groupes" dans le patio
- Le changement s'opère non pas par la contrainte ou par des règles, mais par la proposition d'animations, et la simple présence de soignants dans cet espace
- Un affichage du planning des activités sur les portes du patio. « Pour le montage de la pépinière, il y avait beaucoup de monde et on a fait un affichage pour ça et pour le premier atelier. » (ergothérapeutes)
- "Aucune plainte sur l'installation de la pépinière. Il y a des personnes indifférentes."

Il faut néanmoins noter que le changement d'ambiance du patio résulte également du fonctionnement covid :

- Moins de patients simultanément dans le patio, pas de mélange entre les secteurs
- Moins de drogue présente dans l'hôpital, les patients ne pouvant plus sortir pour s'approvisionner et les visiteurs ne pouvant plus entrer.

Agent de sécurité à la loge : « Il y a des temps d'accès au patio, secteur par secteur et ils ne se mélangent pas. Ce sont les mesures covid. C'est mieux dans le patio, il y a moins de drogues, moins d'embrouilles mais pour la drogue il n'y a plus de visites donc forcément ça diminue. Depuis, il n'y a eu que 2 cas d'embrouille."

*"On va dans le coin des gens qui fument d'habitude."
(ergothérapeutes)*

"Aucune plainte sur l'installation de la pépinière. Il y a des personnes indifférentes."



Arrosage des plants



L'hôpital d'Avron

«La consommation de toxiques a fortement diminué dans le patio. C'est aussi lié au contexte covid, mais la présence de soignants change quand même les choses.»
(ergothérapeutes 28e)

«Cela fait plusieurs fois que je suis à l'hôpital. Avec la pépinière l'ambiance a changé.»
(C, patiente)

A chacun sa petite histoire de plante

Le choix d'une pépinière en lieu et place d'un jardin d'agrément «statique» trouve un écho particulier parmi les patients, soignants et agents : quasiment tout le monde a une petite histoire à raconter sur les plantes !

«C'est mon père qui a planté les arbres de la cour du patio. Il travaillait aux espaces verts de Maison Blanche.»
(agent de sécurité)

«Moi j'aime bien les plantes, je m'occupe des plantes dans mon jardin chez moi. Ici, je ne fais qu'observer»
(patient)

«Moi je suis passée dans l'émission Silence ça pousse à 5 ans ! Et je suis allée dans le jardin de Monet, à Giverny. Magnifique. Et il y a plein d'oeuvres de Monet, à Orsay.»
(patiente)

«A partir du moment où tu aimes les plantes, c'est de l'observation. Tu les observes et tu les aimes et elles poussent.»
(patient)



L'hôpital d'Avron

«Les plantes j'adore ça. Mon père a une jardinerie. Moi mon métier c'est de vendre du cannabis : je le fais pousser et je vends. J'ai 6 livreurs dans tout Paris.»

«Je voulais être fleuriste... Ici, j'arrose les plantes»
(patiente)



un objet qui fermé
«ne s'identifie pas de lui-même»

«C'est méditatif. Le jardinage c'est un truc méditatif super !»
(patient)



«Moi je veux envoyer des graines d'arbre à mon père au Sénégal. Une variété d'ici. Mais il faut que je trouve une variété qui pourra pousser là-bas.»
(patient)



la pépinière fermée, symbole des défaillances de l'inter-services ?

Lors de la journée d'observation/évaluation, l'écart entre le temps d'animation du matin et notre passage l'après-midi est important. Le matin, le patio vit, la pépinière est ouverte, il y a du monde et de la musique, etc. L'après-midi, la pépinière est fermée. Plusieurs patients ne comprennent pas de quoi il s'agit.

Ce dispositif, qui avait pour but d'être intersectoriel, n'est employé que par le secteur 28. Un ergothérapeute du 29e secteur avait commencé à s'en emparer aussi mais il aurait abandonné. Nous passons un long moment avec un autre patient, passionné de plantes, par son père qui avait une jardinerie, et son "métier" de "cultivateur et vendeur de cannabis (voir témoignages plus loin). Pour lui, cette pépinière fermée est un problème :

*"J'ai l'impression de voir des plantes en prison.
Ici on est déjà un peu en prison... Pourquoi mettre des plantes sous clef ?
C'est comme tout ici."*

Il comprend cependant que la pépinière ne peut pas rester ouverte en permanence, mais suggère plusieurs améliorations : des parois plus transparentes, un panneau qui raconte cette pépinière, des plantes en pot qui seraient installées à côté pour améliorer l'effet visuel quand la pépinière est fermée... Lorsque nous lui montrons les photos de la pépinière ouverte, il se montre enthousiaste :

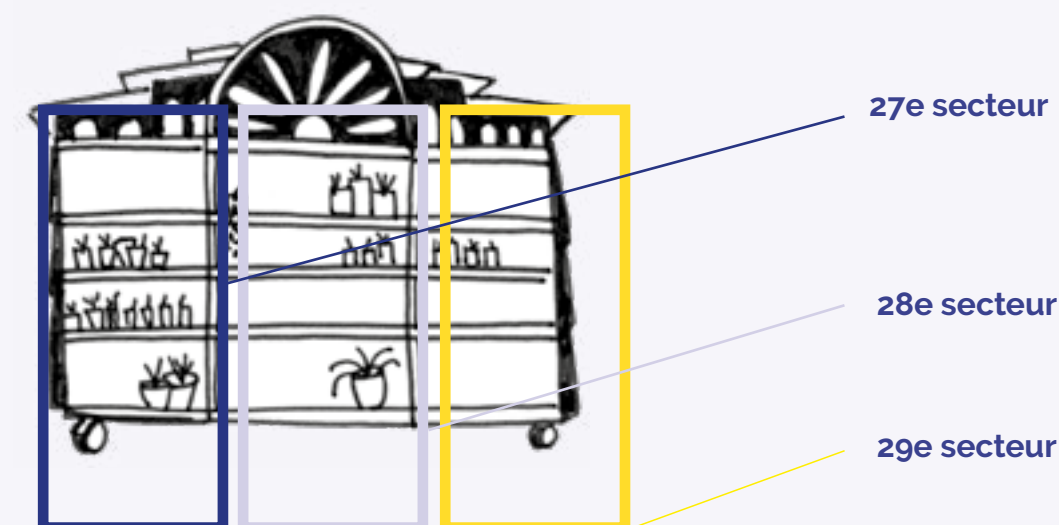
"Voilà, quand c'est ouvert ça claque !"

Il y a une sorte de "double-peine" pour ces patients : non seulement ils n'ont pas l'occasion de voir la pépinière en fonctionnement, mais en plus ils ont face à eux, dans le patio, un objet fermé, qu'ils ne comprennent pas. Interrogée dans les étages, une infirmière du 27ème secteur nous dit :

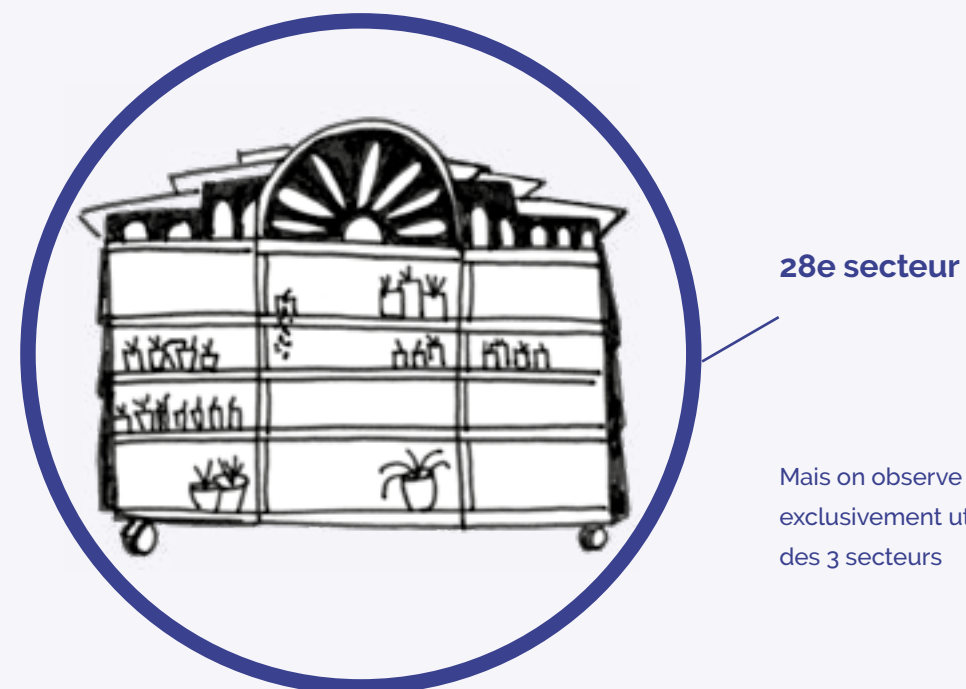
*"Moi je pensais que c'était pour le 28ème secteur."
(infirmière du 27e secteur)*

En ce sens, on voit bien que les usages de la pépinière reflètent les travers d'Avron bien connus : peu de connexions entre les services, et toujours le même secteur "bon élève" qui prend toutes les initiatives. Pour les patients, cela se traduit par une "inéquité" qui devient visible avec la pépinière.

*« Moi, je connais parce que c'est un autre patient qui m'a expliqué, et c'est pareil pour l'ergothérapie. Il faudrait mettre des affiches pour informer ou donner un papier lorsque le patient arrive ici. On a un formulaire de sortie de satisfaction mais on a pas eu de papier à l'entrée.
(patient du 27e)*



Objectif intersectoriel du dispositif



Mais on observe qu'il est presque exclusivement utilisé par un seul des 3 secteurs



LE PARCOURS DES PLANTES

Entre 12 et 15 patients sont
déjà repartis avec leur plante

DANS UN CADRE PERSONNEL

La plante est **offerte à un
proche extérieur** à l'hôpital

La plante est **offerte à un ou
plusieurs professionnels** de
santé (ex : infirmier préféré)

La plante est **laissée à la bonne
garde des ergothérapeutes**

DANS LE CADRE DES ACTIVITÉS (À VENIR) PROPOSÉES PAR LES ERGOTHÉRAPEUTES

La plante est offerte à un café
associatif ou une association
qui a donné de son temps pour
des activités avec les patients

Les plantes sont échangées
avec celles un jardin partagé
de l'arrondissement



Les plantes colorées sont les plus choisies par les patients, car elles se distinguent. Certaines plantes proposées par les paysagistes n'ont survécu. Les variétés actuelles des plantes dans la pépinière sont : bégonia, fittonia, misère, céropegia.

Il est important pour les ergothérapeutes de pouvoir nommer la plante et de noter le nom de la personne à qui elle appartient. C'est une problématique non résolue.

La circulation des plantes après leur plantation dans la pépinière a commencé :

- 12 à 15 patients sortis de l'hôpital, sont partis avec "leur" plante : soit une plante dont ils s'étaient occupés en particulier, soit une plante choisie dans la pépinière.

" Les soignants et les patients prennent celles dont ils se sont bien occupés." (Ergo 28e)

- Les ergothérapeutes font remarquer que les patients, qui bien souvent oublient de récupérer leurs travaux d'ergothérapie, s'organisent très bien pour passer chercher leur plante (environ 9 sur 10 y pensent)

- L'un des patients a souhaité prendre une plante pour sa compagne. Un autre a offert sa plante à l'équipe du 3ème étage.

"Les plantes (pas des plantes venant de la pépinière) dans les bureaux, on en a déjà eu offertes par les patients. Mais ici, il y a pas de lumière naturelle. Ça pourrait être dans les coursives mais les



patients vont les dégrader." (soignante du 27e)

- Parfois, les patients veulent les garder pour le moment de la sortie, d'autres refusent, par peur de les faire mourir et préfèrent qu'elles restent à l'hôpital. Des patients les prennent pour les offrir, chez eux, à un ami, un voisin.

“Certains disent : Je la laisse ici parce qu'elle va être mieux soignée, laisser quelque chose ici (dans l'hôpital) de vivant pour qu'il soit bien pris en soin. D'autres : “J'aimerais bien revenir pour voir l'évolution des plantes.”

*“Ils aiment la continuité.”
(Marion, ergo 28e)*

- Pour l'instant, pas de “cadeau” de plantes à des partenaires :

“On aimerait bien emmener des plantes quand on va voir les acteurs : bar, bar à jeux... On ne l'a pas encore fait, notamment à cause du covid, mais ça viendra. Cela permettrait de leur renvoyer la balle, car souvent c'est eux qui nous donnent du temps”. “Avec un jardin partagé dans lequel on va, on pourrait faire des échanges de plantes.”

Les ergothérapeutes font remarquer que certains patients arrivent à l'hôpital avec leur plante, pour éviter qu'elle ne meure chez eux. Ils ne peuvent garder leur plante dans leur chambre, elles sont donc souvent confiées aux soignants.

*“Maintenant, si ça arrive, on la mettra dans la pépinière comme en garde.”
(Marion ergo 28e)*

Le guide du bouturage



Sous forme de livret, le guide du bouturage n'est pas beaucoup utilisé. Toutefois, il apparaît qu'il pourrait être utile sous la forme de petites fiches explicatives avec lesquelles les patients pourraient repartir chez eux.



Ces fiches pourraient faire partie d'un kit de départ pour les patients avec leur plante dans un pot plastique, et un sac en papier à fond plat pour la transporter.



LES PRÉCONISATIONS

Préconisations opérationnelles

Actions possibles à court terme :

1- Fournir un stock de pots rigides (matière à déterminer), plus résistants dans le temps

2- Proposer des pots en terre / cache-pots, pour la distribution des plantes (dans les services, aux patients qui partent, aux partenaires...)

3- Fournir une version couleur et plastifiée du guide

4 -Imprimer un stock de fiches modes d'emploi d'avance

5- Kit plante : sac à fond plat, pot en terre ou en plastique (parce que les patients n'ont pas toujours ce qu'il faut chez eux) et petit mode d'emploi

6- Fournir des fiches modes d'emplois pour chaque plante, pour que les ergos puissent donner un “kit plante + mode d'emploi” aux patients qui partent. Dans ce mode d'emploi : un recto avec 4-5 conseils généralistes simples, et au verso les infos sur la variété de plante qu'ils emmènent.

Préconisations stratégiques

PÉRENNISER, DÉVELOPPER, DÉPLOYER LE DISPOSITIF

“Institutionnaliser” le dispositif : pour que le dispositif s'installe dans le temps, il est déterminant qu'il fasse partie du fonctionnement de l'hôpital, qu'il soit intégré comme, un service proposé.

7- Communiquer plus largement au sein de l'hôpital pour que les soignants et agents aient connaissance du dispositif, de ses objectifs et de son fonctionnement. Affichage ? Tournée dans les étages ? Distribution de plantes avec supports de communication...?

8- Soutenir régulièrement les ergothérapeutes qui animent le dispositif : leur donner l'occasion de parler du dispositif, interroger leurs besoins, leur rendre visite lors des ateliers. Pour valoriser leur implication, les accompagner, les aider si besoin.

9- Valoriser le dispositif au sein du GHU : article ? Communication interne ? Impliquer des acteurs extérieurs à Avron (espaces verts...)

10- Amorcer des connexions avec les services d'autres arrondissements .



LES PRÉCONISATIONS

Préconisations stratégiques

11- Impliquer les 27ème et 29ème secteurs: Communiquer auprès des autres secteurs, comprendre comment les ergothérapeutes des autres secteurs peuvent s'impliquer, et comment.

12- Anticiper la sortie du contexte spécifique au covid :

- Quel mode d'organisation lorsque les patients seront de nouveau en libre circulation dans l'hôpital ?
- Comment fluidifier l'accompagnement des ergothérapeutes, qui ne sont dédiés qu'à un seul secteur ? Comment maintenir les créneaux "ouverts", plutôt que de retourner vers des ateliers très cadrés qui limiteront la participation des patients ?

13- Impliquer l'animatrice du patio d'Avron et la médiatrice culturelle



Les péripéties de l'évaluation

A la Métairie, l'appropriation de la pépinière est compliquée. Nous peinons dans un premier temps à trouver un interlocuteur. Il y a eu des changements de postes. Nous sommes reçus par M. Rocamora (cadre de santé), qui ne connaît pas le projet. Il assure l'intérim depuis peu, et pour une durée limitée. Il trouve dans ses dossiers un nom de référent, M. Bictoly (infirmier). Celui-ci déclare pourtant ne pas avoir la main verte : **"Je touche une plante, elle meure."**

Il renvoie vers Laurence Chevan (éducatrice spécialisée), qui s'occupe un peu de la pépinière, mais n'est pas présente ce jour là. À défaut, les soignants font appel au seul patient participant réellement à la Pépinière, Messaoud Djellouah.

Messaoud est de bonne volonté, il nous accompagne à la pépinière. On se rend compte à travers les échanges que, s'il est volontaire pour s'en occuper, le sentiment de responsabilité et le fait d'être la seule personne à s'en occuper lui pèsent.

Il nous indique qu'il a pu parfois laisser les plantes trop longtemps sans entretien, et que cet été certaines ont séché. Nous invitons les soignants présents et de passage à lancer un appel auprès des autres patients. Néanmoins, malgré ces difficultés, la pépinière fonctionne : on y trouve des plantes et des boutures.

Un dispositif qui n'a pas de temps dédié

La pépinière ne fait pas l'objet d'ateliers réguliers ou programmés, elle n'est donc pas identifiée par les patients ou les soignants comme un dispositif en accès libre. Dans son fonctionnement, la pépinière est toujours utilisée en présence d'un soignant. C'est à la demande des patients, et les clefs sont à leur disposition dans le bureau infirmier. Elle est là, mais parfois certains patients ne le savent même pas :

*« Bouturage, planter et on les arrose.
Puis on laisse les choses se faire. »
M.Djelouah*

*« Je déserte parfois mon poste.
Là, ça fait une semaine. »
M.Djelouah*

*« Laurence est rarement là. »
M.Djelouah*



Beaucoup de référents mais peu d'acteurs

Le bon fonctionnement de la pépinière dépend de la disponibilité des personnels présents. Ici l'information a mal circulé donc personne n'a repris la suite et Laurence et Messaoud restent les seuls garants du fonctionnement de la pépinière.

La pépinière n'est pas trop investie par d'autres patients. Quelques résidents s'en occupent. La pépinière n'est pas évoquée automatiquement lors d'une entrée d'un patient dans le foyer. "On ne connaît pas le fonctionnement de la pépinière d'Avron." C. Bistoly On observe que toutes les plantes de la terrasse de la Métairie ont souffert du départ de l'infirmière qui les entretenait. Elles sont désormais un peu à l'abandon.



Plantes et boutures à l'intérieur de la pépinière



Seuls M. Djelouah et Mme.Chevan prennent soin des plantes de la pépinière. C'est le dysfonctionnement majeur de la pépinière de la Métairie. Cette responsabilité pèse au patient.



LES PRÉCONISATIONS

Préconisations opérationnelles

Actions possibles à court terme :

- 1- Reprendre contact avec l'éducatrice Laurence Chevan.
- 2- Faire un rapport d'évaluation à M.Rocamora pour qu'il puisse le transmettre à ses successeurs.
- 3- Régler le problème lié à la pente en installant une plateforme en bois sous la pépinière.



Préconisations stratégiques

Repositionnement de la pépinière, comment faire entrer le dispositif dans l'organisation du foyer ?

4 - Tenter de créer une dynamique partagée au sein de l'équipe et/ou avec les patients. Il faudrait comprendre ce qui peut les intéresser dans la pépinière, peut-être initier un échange entre les ergothérapeutes d'Avron et quelques soignants de la Métairie.

5- Relancer des plantations d'herbes aromatiques, comme c'était le cas auparavant ? Ces aromatiques étaient utilisées sur place pour la cuisine.

6- Envisager des plantations de tomates / tomates cerises ou de lentilles qui sont très faciles à faire pousser.

7- Comme pour la Pépinière d'Avron, celle de la Métairie n'est pas signalée dès l'entrée dans le foyer.

8- Concevoir un document de référence pour l'utilisation de la pépinière, des conseils, des idées d'ateliers et de prise en main des boutures faciles. Lier un projet de cuisine à la pépinière ?

BILAN DE LA DÉMARCHE



Des modalités de projet propres au design



Sur le plan méthodologique, le projet a cherché à comprendre en quoi les caractéristiques propres à la démarche du design rencontraient les enjeux de l'hôpital : son organisation, ses services, ses espaces, ses tensions.

Transformer les "expédients"

en "arts de faire"

L'hôpital compte de nombreux **expédients** - contournements du protocole ou encore "pratiques dégradées" - **sans lesquels il ne pourrait pas fonctionner**. En effet, si les professionnels respectent strictement le protocole, l'hôpital est paralysé. Il s'agit de compenser la dégradation des moyens, soutiens, espaces, qui finissent par peser sur les professionnels. A l'inverse, on distingue les **"arts de faire"** : des interprétations, des appropriations, des déplacements, des mises en action créatives à l'intérieur de structures imposées. **Comment interpréter la règle, transcender le contournement ?** Le design a la capacité de soutenir les professionnels pour que leurs expédients soient plus dignes ET les transformer en modalité reconnue pour pallier l'épuisement.

Les expédients sont repérés par les outils d'enquête du design qui y portent attention. Il s'agit par exemple de l'occupation de la cour arrière (accès des urgences) par les professionnels en manque de salle de pause ; de la collecte de vêtements auprès des soignants et de leur distribution auprès des patients qui n'en ont pas (non protocolaire) ; des apports de nourriture tolérés mais non permis

par les familles à leur proche ; d'une manucure discrète le week-end d'une aide-soignante à une patiente... Les arts de faire sont en germe dans les expédients et s'expriment dans l'enquête à travers les idées énoncées par les usagers mais ont besoin souvent d'être appuyés pour trouver des formes de pratique plus dignes. Le design serait en conséquence une conduite créative opérant la formalisation des expédients en arts de faire par la modalisation.

Créer des espaces

de participation et d'action

Les projets issus des immersions et des diagnostics partagés ont toujours été présentés, avant qu'une sélection soit opérée, à toutes les parties-prenantes. Cette stratégie en « entonnoir » active leur part de décision, les instituant en sujets actifs et contributifs du monde et des choses parmi lesquels ils vivent. Et c'est là une véritable posture révolutionnaire du design : ne plus accepter que nous vivions passivement dans un monde dessiné et choisi par d'autres, experts et politiques.

En conséquence, malgré les risques de décevoir les attentes en recentrant la réalisation effective des projets, la puissance de cette approche par tamis, dès lors qu'elle inclut réellement les parties prenantes, réside dans la liberté de choix et le fait de créer des espaces de controverse collectifs pour y parvenir.

Un format d'équipe fertile



Suivant la composition et le croisement de compétences qui s'opère déjà au lab-ah du GHU, nous avons souhaité une équipe projet pluri-disciplinaire avec un pilotage par le design. Trois métiers étaient donc ici à l'oeuvre : le design, le développement culturel et le paysagisme.

Le croisement

entre les approches du design, du paysage et du développement culturel

Le dialogue entre les trois disciplines au travail dans le projet avait vocation à **diversifier et croiser les approches pour aborder le contexte complexe posé par les services de psychiatrie du XXe**, toucher et mobiliser des sensibilités plurielles. Schématiquement, les missions se sont réparties comme suit :

- **Les designers** ont apporté leur expertise des outils d'enquête, d'animation et de visualisation des idées en cours d'élaboration, avec un souci de mise en musique et de qualité esthétique générale des dispositifs produits
- **Les paysagistes** ont mis à profit leurs savoir-faire en terme d'organisation spatiale, de poétique du vivant et d'utilisation de celui-ci à des fins d'apprentissage, de convivialité et de qualité des lieux
- L'expertise en **ingénierie culturelle** a facilité l'inscription des projets dans un maillage d'acteurs, et la création d'une communauté autour des projets.

Le tissage de ces approches a permis de faire un projet commun en touchant à l'échelle du **"territoire de projet"**, c'est à dire à la redéfinition du territoire (ici les services intra et extra hospitalier dans leurs quartiers) et des relations qui s'y jouent à travers les projets mis en œuvre. Les projets sont donc des outils pour aider à déplacer ou modifier les relations sociales qui définissent le territoire dans ses mouvements et périmètres. Cette perspective d'action à l'échelle systémique est l'une des conditions à l'appropriation et la pérennisation des projets.

Deux équipes design, partenaires culturels

Le projet CNSA au GHU posait, dès la candidature, une **question relative à la présence d'une équipe design et culture déjà "intégrée" à l'établissement**, et par conséquent la pertinence du recours à une équipe extérieure pour mener le projet.

À de multiples reprises dans le déroulement du projet, **les équipes du lab-ah** et du **projet CNSA** se sont trouvées à composer avec cette donnée de départ, appréciant les bienfaits et les difficultés d'une présence à la fois interne ET externe de la démarche du design dans l'établissement.

Du point de vue de l'équipe prestataire, qui est rompue à l'exercice des projets menés au sein d'institutions publiques comme privées, on peut résumer ainsi la particularité du travail dans ce contexte :

- **Préserver sa liberté de pensée et d'action en tant que prestataire externe à l'institution** : le tiers peut en effet se permettre de "mettre les pieds dans le plat", porter des messages alternatifs à ceux de l'institution, poser des questions "naïves" pour mettre en relief les paradoxes de l'organisation.
- **Accélérer l'intégration de la démarche auprès des parties-prenantes et de l'institution grâce à l'équipe intégrée** : l'équipe prestataire a pu s'appuyer sur la connaissance fine du terrain et des acteurs du lab-ah, limiter les quiproquos liés aux différences de langages et de culture du projet (tant avec les équipes médico-soignantes qu'avec les services techniques de l'hôpital), décrypter les situations de tension et enfin convoquer rapidement les arbitrages de la direction quand ils étaient nécessaires.

Évidemment, le relais entre les équipes internes et externes n'a pas été fluide à toutes les étapes du projet, et **les difficultés rencontrées nous permettent aujourd'hui de dégager les questions suivantes** :

- La connaissance fine du contexte ne freine-t-elle pas le passage à l'expérimentation, dans son désir d'intégrer l'ensemble des contraintes ?

- Le respect des étapes du protocole institutionnel, notamment dans les phases de validation des projets, n'aurait-il pas gagné à être quelque peu "court-circuité" par l'équipe extérieure, à travers par exemple des présentations en direct en comité de direction ?

Par ailleurs, on a pu constater à de multiples reprises le **sentiment de confusion des équipes de soin face aux professionnels du lab-ah et de l'équipe externe**, aux mêmes métiers mais aux enjeux différents. Évidemment, comme la discipline est nouvelle et exogène dans le milieu sanitaire, **ce décalage est naturel**. Cependant, il a été souvent nécessaire de renouveler l'information sur le périmètre d'action du projet (celui-ci ne concerne pas stricto sensu des questions liées à l'aménagement et aux travaux), de celui de l'équipe externe (dédiée au projet CNSA) et enfin de celui du lab-ah (intégrée et disponible pour les sujets à plus long terme).

L'approche de "conception centrée usager" à l'épreuve des services de psychiatrie

La difficulté à aborder les usagers

La **difficulté d'accès aux patients** avait déjà été pointée dans le rapport intermédiaire et est à l'origine d'un **décalage** qui demeure dans l'intégration des professionnels et des patients à la démarche. Point faible du projet, **la mobilisation des patients s'est avérée compliquée à mettre en œuvre en intra comme en extra hospitalier**.

Dans l'enceinte de l'hôpital, l'équipe a fait face au **filtrage des professionnels**, soucieux de préserver la quiétude des patients et l'équilibre du groupe. Si cette précaution s'explique pour les personnes les plus fragiles, elle révèle aussi le **paternalisme tenace de certains professionnels**, qui désignent d'ailleurs les personnes comme "leurs patients". Parallèlement, les quelques moments de face à face libre avec les patients, notamment lors de l'atelier dans le patio, ont révélé à l'équipe projet la difficulté à mener des entretiens qualitatifs avec des personnes sédattées, fatiguées et parfois délirantes. On peut regretter de part et d'autre la préparation insuffisamment soutenue de ces moments d'échange délicats, qui auraient nécessité un encadrement et des outils ad hoc, par exemple à travers des ateliers guidés par un ergothérapeute. En effet, les seuls outils du design, même adaptatifs et inclusifs, se sont vite trouvés dépassés par les difficultés d'échanges avec les patients.

Les services ambulatoires offraient davantage d'opportunités de mobilisation de personnes sorties de la crise aiguë et inscrites dans un parcours de rétablissement. Les principales interactions ont eu lieu au foyer post-cure de La Métairie et ont permis de mobiliser un patient dans l'animation de la pépinière. Avec du recul, ces services ambulatoires auraient pu devenir des espaces relais pour aller à la rencontre des patients sans impacter le secret médical. Les patients rencontrés en salle d'attente auraient ainsi pu être "recrutés" pour des entretiens longs. Si l'équipe n'a pas su saisir cette opportunité, cela s'explique notamment par le manque de temps disponible pour recruter, organiser et mener des entretiens longs au domicile des patients, dans les délais impartis par la mission.

Réparer le quotidien / préparer l'avenir

La **difficulté d'accès aux patients** avait déjà été pointée dans le rapport intermédiaire et est à l'origine d'un **décalage** qui demeure dans l'intégration des professionnels et des patients à la démarche. Point faible du projet, **la mobilisation des patients s'est avérée compliquée à mettre en œuvre en intra comme en extra hospitalier**.

Dans l'enceinte de l'hôpital, l'équipe a fait face au **filtrage des professionnels**, soucieux de préserver la quiétude des patients et l'équilibre du groupe. Si cette précaution s'explique pour les personnes les plus fragiles, elle révèle aussi le **paternalisme tenace de certains professionnels**, qui désignent d'ailleurs les personnes comme "leurs patients". Parallèlement, les quelques moments de face à face libre avec les patients, notamment lors de l'atelier dans le patio, ont révélé à l'équipe projet la difficulté à mener des entretiens qualitatifs avec des personnes sédattées, fatiguées et parfois délirantes. On peut regretter de part et d'autre la préparation insuffisamment soutenue de ces moments d'échange délicats, qui auraient nécessité un encadrement et des outils ad hoc, par exemple à travers des ateliers guidés par un ergothérapeute. En effet, les seuls outils du design, même adaptatifs et inclusifs, se sont vite trouvés dépassés par les difficultés d'échanges avec les patients.

Les services ambulatoires offraient davantage d'opportunités de mobilisation de personnes sorties de la crise aiguë et inscrites dans un parcours de rétablissement. Les principales interactions ont eu lieu au foyer post-cure de La Métairie et ont permis de mobiliser un patient dans l'animation de la pépinière. Avec du recul, ces services ambulatoires auraient pu devenir des espaces relais pour aller à la rencontre des patients sans impacter le secret médical. Les patients rencontrés en salle d'attente auraient ainsi pu être "recrutés" pour des entretiens longs. Si l'équipe n'a pas su saisir cette opportunité, cela s'explique notamment par le manque de temps disponible pour recruter, organiser et mener des entretiens longs au domicile des patients, dans les délais impartis par la mission.

La mise en oeuvre des projets *révélatrice des freins institutionnels*

Les limites d'actions du COPIL

Le **comité de pilotage** du projet a été constitué dans un souci de **représentativité des compétences matricielles de l'hôpital** :

- Les trois médecins psychiatriques cheffes de pôle des trois secteurs d'hospitalisation ainsi que leur cadres supérieurs de santé,
- Une sélection de représentants des directions fonctionnelles de l'hôpital : direction des soins, de la qualité, de la communication, de la DRH (à travers la présence d'un préventeur du pôle santé au travail), la directrice référente de l'arrondissement,
- La représentante de l'UNAFAM, association nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques.

Celui-ci était préparé et piloté par le lab-ah, en présence des membres de l'équipe projet et de Romain Sibille de la CNSA. Si la composition de ce COPIL semble robuste, celle-ci n'a pas garanti le soutien à chaque étape du développement du projet. En effet, on peut reprocher à ce COPIL d'avoir davantage opéré tel un comité technique, apportant aiguillages et conseils pratiques, mais son soutien réel auprès de l'institution s'est avéré décevant. En effet, **le groupe a souffert des rivalités latentes entre les représentant des trois secteurs d'hospitalisation**, d'un défaut de mobilisation de ses membres entre chaque rencontre, ainsi que d'une forme de résignation vis-à-vis des difficultés dans l'arrondissement, ce qui n'a pas toujours permis de prendre la hauteur nécessaire pour soutenir l'ambition des différents projets.

Une crise institutionnelle

au cours du projet

La reprise du projet en septembre 2019 s'est faite en pleine **crise institutionnelle** au 29^{ème} secteur d'hospitalisation. Celui-ci rencontrait une véritable "hémorragie" de personnels médico-soignants, qui l'avait conduit à fermer une vingtaine de lits et à compter sur la solidarité avec les deux autres secteurs pour accueillir des patients en surplus.

Ce type de crise, partiellement paralysante pour la démarche en cours, n'est que le banal reflet du quotidien de la vie institutionnelle. Toutefois, elle a permis de poser des questions de fond vis à vis de la démarche : **comment continuer à travailler sereinement dans une institution au bord de l'asphyxie ? A quel point le sujet du projet CNSA passait-t-il "à côté" des "vrais" problèmes du moment, synonymes de dégradation de la qualité des soins et des conditions de travail ?** Il était nécessaire de faire preuve de recul et de mesure pour appréhender ces questions, afin de ne céder à une panique disproportionnée. En effet, ce sujet revient dans tous les projets au long court, notamment les projets culturels et de design, qui se trouvent alors accusés d'être en complet décalage vis à vis des contextes dans lesquels ils opèrent. Il faut alors savoir graduer : **quel est le niveau de la crise en question ? A quel point paralyse-t-elle l'activité ? A quel point fragilise-t-elle les conditions d'accueil et de travail des personnes ? Quelle balance entre le bénéfice et le risque d'interrompre ou de stopper un projet en cours dans une organisation en souffrance ? Et finalement : comment le projet peut-il participer à relever la situation, en agissant sur ses causes et non ses symptômes ?**

C'est finalement cette dernière voix qui sera privilégiée par l'équipe, considérant que les différents projets participaient d'un élan systémique visant à redonner du sens et du plaisir dans l'activité de soin, et pouvaient donc contribuer à son "attractivité". **Nous ne rencontrerons pas de blocage pour poursuivre la démarche mais son redémarrage effectif se trouvera décalé à la fin de l'année 2019.**

Le droit d'expérimenter

Le concept de **"droit à l'expérimentation"**, initié par l'architecte Patrick Bouchain, a inspiré la première loi instaurant le **permis de faire dans les domaines de la création, l'architecture** et le patrimoine en 2017 (décret n° 2017-1044 du 10 mai 2017 portant sur l'expérimentation en matière de construction). À travers ce décret, il s'agit de permettre à l'État, aux collectivités territoriales ainsi qu'aux organismes HLM de déroger à certaines règles en vigueur en matière de construction dès lors que leur sont substitués des résultats à atteindre similaires aux objectifs sous-jacents auxdites règles pour la réalisation d'équipements publics et de logements sociaux.

Le droit d'expérimenter reste encore à conquérir dans les contextes non moins contraints et normés des établissements sanitaires et médico-sociaux. Dominés par les doctrines hygiénistes, techniques et réglementaires qui les régissent, ces milieux sont étrangers à la culture de l'expérimentation, passant par la maquette et le prototype in situ, tels que pratiqués dans le design.

Le projet CNSA constitue en cela une forme de plaidoyer en faveur du développement de l'expérimentation. L'idée est bien que l'exigence de qualité et de sécurité des soins ne s'oppose pas à l'opportunité de tester de nouvelles modalités de prise en soin sur place avec les parties-prenantes concernées.

Au contraire, les **démarches d'expérimentation participatives** ont fait la preuve de leur capacité à **mobiliser et fédérer les professionnels comme les usagers**, à donner une place à leur expérience et leurs compétences et à permettre l'éclosion en douceur d'idées transformatrices.

Le premier frein sur cette question n'émane étonnant pas la politique médicale ou la direction des soins, mais bien les directions techniques/ et travaux, qui garantissent la conformité des équipements et des installations auprès de la direction de l'établissement. Le niveau de contraintes auquel les directions travaux sont soumises vient souvent faire obstacle à la mise en place de prototypes sur le terrain, quand bien même ceux-ci auraient été conçus dans le respect scrupuleux des normes d'hygiène et de sécurité.

En effet, la culture de l'expérimentation implique la recherche d'alternatives, en faisant appel aux connaissances et à l'inventivité des experts. Cependant, les cultures professionnelles de la création et du design et celle des travaux dans le contexte de l'hôpital dialoguent avec difficulté, et le risque des personnes est souvent saisi comme veto et motif de blocage au développement des projets. **En psychiatrie, la notion de risque est aiguë** : il ne s'agit pas seulement du risque sanitaire (hygiène) mais aussi et surtout du risque de potentielles formes de violence (sécurité). Et en la matière, la prudence verse parfois dans la psychose : pour protéger les patients, beaucoup de services présentent des espaces vides et nus, des mobiliers scellés ou indéplaçables.

A plusieurs reprises, l'équipe projet s'est heurtée à ces blocages et a été amenée à revoir le périmètre de ses interventions, pour tenter de se détacher des responsabilités de la direction des travaux qui, bien qu'elle a été sensibilisée à la démarche du design, n'était pas prête à envisager des alternatives et à moduler ensemble cette notion de risque. Ainsi, la conception du projet de pépinière a dû connaître une évolution majeure : pour "contourner" les difficultés à collaborer avec le service travaux, l'équipe a transformé le projet de **"micro-architecture"**, qui aurait permis de travailler sur la structuration de l'espace du patio, en un projet de "mobilier" déplaçable, qui n'était pas soumis aux mêmes contraintes.

Cette expérience conduit le lab-ah à envisager la mise en place d'un espace de conception d'expérimentations intégré à l'hôpital, sorte de fab lab où pourraient collaborer différentes directions de l'hôpital porteuses d'expérimentations. Le CH de l'hôpital de Bicêtre est pionnier en la matière en Ile de France : le fab lab Hephaïstos, piloté en externe par l'agence de design Humaniteam et en interne

par la direction de la logistique et de la maintenance, est un espace de conception pluridisciplinaire encadré par des règles "mesurées" en matière de sécurité et d'hygiène, qui garantissent la possibilité de concevoir autrement et peut-être d'innover. Outre la qualité des dispositifs produits dans cet espace, celui-ci recrée des zones de négociations et de débat autour de la réglementation afin de l'amener à évoluer.

Les résistances culturelles et l'art du temps long ?

Les résistances rencontrées au cours du projet, courantes et inhérentes à la diffusion de toute approche exogène dans un milieu donné, invitent à la **modestie des résultats obtenus**. Car le projet a rencontré des résistances profondes, qui trouvent leurs sources dans la culture et l'histoire de l'hôpital public et plus spécifiquement ici de la psychiatrie. A titre d'exemple, on peut citer la vive réaction de l'une des médecins cheffes de pôles lors du deuxième comité de pilotage à propos de la pépinière. Celle-ci considérait qu'une association des patients à des activités autour de la plante ramenait l'hôpital à sa tradition asilaire, qui a connu les patients ouvriers dans les champs nourriciers des anciens asiles.

Bien qu'elle apparaisse disproportionnée, **cette réaction est symptomatique des résistances entretenues par certaines équipes médico-soignantes vis à vis de tous les projets relatifs à l'hospitalité**. La logique de cette résistance veut que tout projet en faveur du bien-être et des activités des patients dans les sites intra et extra-hospitaliers freine leur élan à réintégrer la cité, en faisant de l'hôpital un refuge qui lui-même fabrique de la chronicité.

C'est la tension inscrite dans la formule "Il faut que les espaces et services soient bien..mais pas trop, sans quoi les patients vont être tentés de rester." Evidemment, **il faut pouvoir entendre cette remarque paradoxale pour orienter correctement les projets**, et que ceux-ci participent pleinement du rétablissement des patients en aménageant des passerelles vers l'extérieur.

Ce témoignage issu de l'expérience du projet CNSA argumente l'existence du lab-ah en tant qu'équipe intégrée, pour intervenir sur un temps long, avec des projets successifs, plutôt qu'une intervention ponctuelle. En cela, la mission du lab-ah à travers ces projets est bien de parvenir à diluer les frontières et les représentations politiques spatialisées pour recréer du lien social.

Un déploiement à suivre de près

Déploiement, de quoi parle-t-on ?

Le déploiement, le passage à l'échelle ou encore l'implémentation des projets dans un écosystème est la phase critique de toute démarche d'innovation sociale par le design. Pour aborder cette phase, il faut d'abord pouvoir distinguer les actions de "**déployer**" et "**reproduire**", qui s'opéreront différemment suivant les projets. Ensuite, il s'agit de comprendre dans quelle mesure on peut déployer des méthodes ou les projets qui en résultent. Dans les démarches d'innovation sociale, la tentation est forte de considérer le contexte du projet comme unique, rendant caduque la notion de reproduction ex-situ. Cette logique protège le projet des effets délétères d'une reproduction qui n'aurait pas de sens dans un autre contexte, en même temps qu'elle le marginalise en le privant d'une diffusion plus large dans l'écosystème concerné. La demande de la CNSA de participer à une diffusion large des résultats des projets afin de **favoriser le partage de connaissances et peut-être la reproduction des projets dans d'autres structures est au cœur de cette tension**. En effet, si l'on peut repérer des groupes d'établissements par typologie (EHPAD, SSIAD, HDJ, etc.) ou par discipline (handicap sensoriel, handicap moteur, handicap mental, grand âge, etc.), bien d'autres variables sont à prendre en compte : le territoire, sa sociologie, l'histoire de l'établissement, la culture et la vision de l'équipe actuelle, son antériorité vis à vis des projets de design, etc.

Le projet mené au GHU se déploie à travers cinq actions, bien que celles-ci constituent une seule réponse protéiforme à la même commande : **créer lien entre le dedans et le dehors, et le patient et son quartier**. En cela, elles ne sont pas fractionnables en tant que tel et dépendent en partie de l'animation centrale du médiateur socio-culturel, qui va organiser des résidences, des expositions dans le couloir, des actions autour de la pépinière, en s'appuyant sur l'outil cartographique et les supports de médiation autour de la psychiatrie et de la santé mentale. Les différents artefacts ne sont donc pas des objets "inertes" mais dépendent de l'activation par le médiateur, lui-même support de l'action des équipes médico-soignantes. Parallèlement, le projet CNSA a permis à l'institution de prendre conscience que cette nécessité "d'activer" les espaces et des outils à disposition ne

pouvait pas reposer sur la seule bonne volonté des équipes médico-soignantes. Cela a permis de dégager une marge pour le recrutement d'un animateur des espaces partagés du site d'Avron. Ce futur animateur sera, pour ce site, un interlocuteur précieux auprès du médiateur socio-culturel.

En tant que tel, et sur la base d'une évaluation de ses apports directs à la vie de l'établissement, on peut imaginer **déployer le principe du poste de médiateur socio-culturel, en y associant toujours des outils professionnels spécifiques au contexte dans lequel il opère**. A ce titre, le GHU souhaite déposer par la suite les bases de ce poste hybride dans le cadre d'un appel à projet "Innovation" de l'Agence régionale de santé, en lien avec la Ville de Paris. Si les premiers résultats ainsi que le pilotage pluri-disciplinaire de ce poste hybride s'avèrent robustes, nous espérons pouvoir dessiner les contours d'un nouveau métier à l'hôpital, inscrit au cœur du sujet stratégique de la coordination territoriale ville/hôpital pour l'accompagnement des affections chroniques.

Quelles conditions de déploiement des projets ?

La mise en place des expérimentations, qui n'a pu avoir lieu en juin 2020 qu'autour du projet de la pépinière en raison du contexte sanitaire, est une première étape vers le déploiement. En effet, l'ensemble des expérimentations impliquent un temps d'appropriation par les équipes et un partage avec les acteurs extérieurs.

Dans le cas de la **pépinière** par exemple, nous ne sommes pas à proprement parler sur une expérimentation "figée", mais plutôt **un projet qui va se déployer progressivement**. Pour s'assurer d'une bonne appropriation et d'un déploiement effectif du dispositif, il a été suggéré par exemple de **tisser des liens avec certaines structures** du quartier identifiées pendant les temps d'immersion, notamment l'association Veni Verdi, qui œuvre dans le champ de l'agriculture urbaine, afin d'assurer un suivi et de conseiller les patients et les professionnels. Les patients se rendent déjà durant leurs séjours à l'hôpital dans des jardins du quartier gérés par ce type de structures, et un lien plus fort entre l'intra et l'extra pourrait être créé en les faisant intervenir au sein même de l'hôpital.

Cela nécessite de penser «l'après» projet, et de provisionner un budget permettant de financer ce suivi avec l'aide d'une structure extérieure. Par ailleurs, pour la pépinière, l'accent a pour l'instant été mis sur la production des plants, et moins sur celle de leur «sortie» dans le quartier. Cette ouverture pourra être imaginée, lorsque les serres auront trouvé leur rythme de croisière, en lien avec les futurs animateurs et médiateurs de l'hôpital.

La double expérimentation de l'appel à projet



L'appel à projet de la CNSA constitue une expérimentation inédite d'une nouvelle forme d'action suscitée par la puissance publique dans les établissements et services médicosociaux.

Nous revenons succinctement sur les leviers ainsi que les difficultés identifiées à travers ce format innovant.

Le format appel à projet

Ce format constitue le cadre idéal pour une **recherche-action** menée dans un **contexte institutionnel** et bénéficiant du **précieux crédit de la CNSA**. Même pour un laboratoire déjà intégré à l'hôpital comme le lab-ah du GHU Paris, le soutien de la CNSA a compté dans la promotion du projet auprès de l'institution et pour favoriser la mobilisation des directions fonctionnelles.

Par ailleurs, il apporte une **légitimité et un appui nécessaire au développement de l'expérimentation dans les institutions**. Il oblige les établissements, dans le sens noble du terme, à prendre au sérieux les démarches expérimentales et à s'en saisir. En cela, la CNSA, comme la DITP au niveau des services ministériels, assurent une diffusion par l'expérience des pratiques d'innovation dans la conception et la mise en oeuvre des politiques publiques.

Freins administratifs

Dans la première phase du projet, on a pu observer une dichotomie entre la relation partenariale nouée dans la réponse à l'appel à projets et la distance contractuelle qui s'est établie subséquemment pour permettre au GHU de travailler avec le partenaire, devenu prestataire, dans un cadre légal. Cette bascule a été complexe à opérer auprès de la cellule des marchés, une fois la candidature du GHU retenue par la CNSA. En effet, les acheteurs ont dû rédiger un marché restrictif pour permettre à l'équipe partenaire d'être en position dominante, ce qui n'a pas été sans poser des questions déontologiques au niveau de la cellule.

Au delà de la dimension juridique et administrative, **le passage par un marché a fait évoluer la relation entre le lab-ah et l'équipe partenaire, introduisant un flou entre ce qui relevait d'une recherche-action partagée et le pilotage d'une prestation externe**. Le lab-ah est habitué à piloter des missions externes, cependant la relation avec l'équipe ne s'était pas engagée sur cette base au moment de la réponse commune à l'appel à projets, ce qui a nécessité un repositionnement à différentes étapes du projet. Vers la fin de la démarche, l'équipe du lab-ah s'est réinscrite au centre de la conception et de l'expérimentation des projets, ainsi qu'elle reprendra la main sur leur évaluation, qui s'étalera au delà de la clôture du projet à l'hôpital.

4

CONCLUSION

L'approche méthodologique et philosophique de ce projet a étonnement mis en relief certaines des tensions les plus profondes de la psychiatrie publique, qui constituent parfois un frein à son évolution dans le contexte contemporain.



Ces tensions sont liées à l'histoire de la discipline, en l'occurrence celle des institutions **asilaires**, aux postures parfois exagérément **protectrices** de certains professionnels vis à vis des patients, à la **peur des comportements violents** des patients en crise aiguë, agités comme motif à la sur-sécurisation des environnements et des processus. **La démarche du design social appliqué à cet environnement de soin a agit tel un révélateur de ses paradoxes**, à mesure que l'équipe se trouvait confrontée à des obstacles, malentendus ou barrages institutionnels. Cette **compétence maïeutique** du design social, si elle était induite dans l'énoncé de l'appel à projets de la CNSA, se place au cœur de toute démarche de transformation qui prend le temps de **s'intéresser à la culture et à l'histoire d'une organisation, avant de chercher à la faire évoluer**. Cela explique pourquoi les projets de design social, s'ils ont besoin d'un déclencheur tel que l'appel à projet, ne peuvent se produire et se réaliser - au sens existentiel du terme - que sur le **temps long**. En cela, le projet au GHU aura manqué de temps pour apprécier les bénéfices des expérimentations finales, une fois franchis les multiples obstacles à leur mise en œuvre.

Cependant, nous ne regrettons pas le temps d'hésitations et de négociations avec l'institution car, s'il a effectivement engendré un retard dans le calendrier prévisionnel, il a aussi permis de repositionner avec justesse l'enjeu du projet au GHU. Ce projet a fait le pari de s'inscrire dans les **dynamiques d'amélioration de la coordination ville-hôpital**, à travers le prisme plus rarement saisi de la culture et du lien social. Ce faisant, le projet a révélé le décalage entre l'organisation de l'institution et le projet des médecins et écosystèmes autour du mouvement de la réhabilitation psycho-sociale. Ce mouvement s'intéresse justement à l'échelle des parcours personnels et des cheminements singuliers des patients, comme condition pour rebâtir une capacité d'agir et donc s'inscrire dans un processus de rétablissement.

Finalement, l'appel à projet a permis au lab-ah d'oser adresser directement cette question à l'institution, en lui apportant une **précieuse légitimité**. L'axe de recherche de la CNSA a forcé - dans le sens noble du terme - l'hôpital à s'extraire d'un hospitalo-centrisme oppressant pour s'ouvrir sur la ville et sur les parcours de vie de ses patients, au dehors de ses murs. Les quatre initiatives issues de la démarche engagent une voie encourageante en la matière, dans une mesure soutenable pour l'institution à ce stade de son existence. En effet, les projets finaux ont remis les désirs de radicalité au profit d'une aide à un déplacement progressif de l'institution vers une ouverture graduelle à l'altérité du dehors. **Ce déplacement, bien que modeste en apparence, est conséquent si l'on considère l'état des lieux des représentations et des attentes au démarrage de la démarche.**

Ce mode opératoire, qui privilégie le cheminement et la progressivité en passant par la co-conception et l'expérimentation, est caractéristique de la démarche du design social. Celle-ci renouvelle le genre des démarches de transformation des organisations avec des outils et une pensée qui lui sont propres, et dont les résultats sont à apprécier à travers d'autres prismes que la seule performance. En effet, **le processus est ici au moins aussi important que son résultat**, et nécessite de s'attarder sur les déplacements pas ou peu visibles qu'il a entraîné : le sentiment d'être inclus et capable de faire, le sens retrouvé d'une activité, l'état de bien-être dans un contexte de vie, de soin ou de travail. **C'est dans ces interstices que réside la valeur intrinsèque des démarches de design social, si tant est que leur évaluation est elle-même assez engagée pour y prêter attention.**