



EHESP

**Directeur d'établissement sanitaire, social et
médico-social**

Promotion : **2016-2017**

Date du Jury : **Décembre 2017**

**La collaboration ou le travail d'équipe :
une réflexion autour d'un modèle organisationnel
adapté à l'EHPAD de demain**

Chloé Leblond

Remerciements

Je tiens à remercier tout d'abord la directrice de l'EHPAD Les Ogiers, Mme Savin, qui m'a associée à l'ensemble des actions qui ont été menées au cours de ces huit mois de stage. Je la remercie aussi pour la confiance qu'elle m'a accordée, pour sa disponibilité et pour tous les conseils qu'elle a pu m'apporter. Je retiendrai en outre son dynamisme, sa curiosité et sa sagacité qui permettent d'imaginer au quotidien des solutions en faveur de l'amélioration de l'accompagnement des usagers.

Je remercie également l'ensemble des professionnels de l'EHPAD Les Ogiers ainsi que les résidents qui m'ont accueillie avec bienveillance tout au long de cette expérience. J'ai eu la chance d'évoluer auprès de personnes dévouées au bien-être de la personne accueillie. Si j'ai beaucoup appris à leurs côtés, ils m'auront surtout définitivement convaincue de m'investir auprès des personnes âgées.

Je souhaite enfin remercier Mme Sopadzhyan, maître de conférence en science politique, qui a pris le temps de m'orienter tout au long de cette réflexion que j'ai construit progressivement avec le l'appui et le soutien de tous.

S o m m a i r e

| | |
|--|-----------|
| Introduction | 1 |
| Méthode | 6 |
| I. L'EHPAD de Croix ou les vestiges du modèle bureaucratique | 7 |
| 1.1 La Résidence Les Ogiers, un EHPAD autonome animé par le modèle de la bureaucratie professionnelle | 7 |
| 1.1.1 Les mutations plurielles caractéristiques de l'établissement Les Ogiers..... | 7 |
| 1.1.2 La consécration progressive d'un fonctionnement bureaucratique propre à la structure | 9 |
| 1.2 « Pourquoi le résident est resté au rez-de-chaussée ? » : du constat des dysfonctionnements à l'hypothèse d'une organisation dépassée | 13 |
| 1.2.1 Le manque de collaboration ou la mise en lumière de pratiques professionnelles à l'épreuve d'un contexte complexe et évolutif | 13 |
| 1.2.2 La nécessité d'interroger le modèle organisationnel de la bureaucratie professionnelle : notre hypothèse de travail..... | 17 |
| II. Enquête de terrain et diagnostic : la question de l'interconnaissance et de l'identité professionnelle, clé de voute d'un management en adéquation avec les attentes des résidents de l'EHPAD de demain..... | 21 |
| 2.1 Les résultats : le poids du personnel aux dépens du professionnel dans un contexte de repli sur soi | 21 |
| 2.1.1 « Ici, tout fonctionne à l'affect » | 21 |
| 2.1.2 La guerre des Gaules | 23 |
| 2.2 L'analyse : le règne paradoxal « du chacun pour soi » dans un établissement de tradition familiale..... | 25 |
| 2.2.1 L'enjeu de la question de l'interconnaissance | 25 |
| 2.2.2 La question de l'identité professionnelle | 27 |
| 2.3 Le diagnostic managérial : le manque de collaboration expliqué par l'insuffisance relative du modèle organisationnel de la bureaucratie professionnelle | 29 |
| 2.3.1 Les ressorts managériaux des difficultés observées au sein de l'EHPAD Les Ogiers .. | 29 |
| 2.3.2 L'insuffisance relative du modèle à l'origine des difficultés de collaborer : retour sur notre hypothèse..... | 31 |
| III. La « collaboration qualitative » : une proposition issue d'une réflexion partagée autour de la mise en place d'une organisation dédiée aux établissements médico-sociaux évoluant dans un environnement complexe | 35 |
| 3.1 L'élaboration du plan d'action développé au sein de l'établissement Les Ogiers : conditions et stratégie constitutives du modèle proposé par la direction | 35 |

| | |
|--|-----------|
| 3.1.1 Les caractéristiques du modèle et les préalables requis à son fonctionnement | 35 |
| 3.1.2 Méthode et stratégie de la mise en œuvre du modèle dit de « collaboration qualitative » au sein des Ogiers | 39 |
| 3.2 La concrétisation des préconisations opérationnelles : réflexion partagée, expérimentation et évaluation des dispositifs instaurés par la direction | 43 |
| 3.2.1 Du théorique à l'avis pratique des professionnels : le développement progressif des différentes vagues de préconisations au service de la stratégie organisationnelle de l'établissement | 43 |
| 3.2.2 L'évaluation des préconisations en fin de stage, un bilan positif à consolider sur le temps | 47 |
| Conclusion | 51 |
| Sources et bibliographie..... | 53 |
| Liste des annexes | I |

Liste des sigles utilisés

ARS : Agence régionale de santé

ASH : Agent des services hospitaliers

AS : Aide-soignant

ASV : Loi d'adaptation de la société au vieillissement

CGOS : Comité de gestion des œuvres sociales

CHSLD : Centre d'hébergement et de soins de longue durée

CME : Commission médicale d'établissement

CODIR : Comité de direction

CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

CVS : Conseil de la vie sociale

EHESP : École des hautes études en santé publique

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

ETP : Équivalent temps plein

GIR : Groupe iso-ressources

HPST : Loi hôpital patient santé et territoires

IDE : Infirmier diplômé d'État

POT : Projet d'organisation du travail

REISAU : Réunion d'échanges interservices sur l'accompagnement des usagers

RH : Ressources humaines

Introduction

Imaginez un établissement public autonome médico-social de la fonction publique hospitalière comme une baleine soit une « large masse dotée d'énormes systèmes d'autorégulation »¹ au fondement de l'organisation sur laquelle repose l'accompagnement des résidents. Cette métaphore empruntée à Connangle et Vercauteren² symbolise ici le modèle de la bureaucratie professionnelle au sens de Mintzberg (1982) dont la forme traditionnelle est l'hôpital ainsi que les établissements sociaux et médico-sociaux³. Ses caractéristiques s'articulent autour de « la combinaison de la rationalité administrative et de l'expertise technique qui permettrait de protéger l'exercice d'un jugement professionnel dans la production des activités de service public, tandis que les règles et hiérarchies garantiraient la bonne coordination des ressources (...). Cet idéal type serait un instrument privilégié d'équilibre institutionnel (...), mais également de management, car il faciliterait le guidage de l'action, clarifierait les responsabilités et tendrait à renforcer la loyauté et l'implication du travail de ses membres »⁴. C'est en ce sens que ce modèle organisationnel entendu comme « la somme totale des moyens employés pour diviser le travail en tâches distinctes pour ensuite assurer la coordination nécessaire entre ces tâches⁵ » a longtemps été considéré comme le plus adapté pour garantir le bon fonctionnement du service public. La bureaucratie professionnelle aurait donc été éprouvée en proposant un management en adéquation avec les besoins relatifs à la prise en charge d'un patient comme à l'accompagnement d'un résident.

Pour autant, au sein de l'EHPAD autonome Les Ogiers de Croix dans lequel s'est effectué le stage de professionnalisation, cette certitude est remise en question presque quotidiennement. L'heure du déjeuner approche, un usager se place dans la queue qui mène au restaurant. Un agent des services hospitaliers (ASH) intervient et lui annonce que son repas doit être pris en salle de tisanerie, au premier étage. Quelques minutes plus tard, le revoilà en face de l'ascenseur, un autre professionnel l'avait descendu pour qu'il rejoigne comme d'habitude le rez-de-chaussée afin d'aller manger. Une aide-soignante (AS) finit par venir le chercher ; le résident, perdu, lui demande agacé ce qu'il se passe, elle lui répond simplement que ses repas seront dorénavant pris en haut, sans donner davantage d'explications ni même avertir les services qui l'avaient jusqu'ici emmené du premier étage au rez-de-chaussée. Cette anecdote, fréquente sur le lieu de stage, interpelle ; pourquoi les agents n'échangent pas autour des besoins, des attentes de ce résident ? Pourquoi restent-ils cantonnés à leur rôle alors qu'à l'évidence l'accompagnement de la personne requiert une réponse différente qui dépasse les limites propres à un service ? En d'autres termes, la question

¹ CONNANGLE S., VERCAUTEREN R., 2004, Missions et mangement des équipes en établissements pour personnes âgées, De la relation humaine aux motivations, Ramonville Saint-Agne : Pratiques gérontologiques et Eres, 145p.

² *Ibid.*

³ CUEILLE S., mars 2007, « Quelle forme organisationnelle pour la réalisation d'une activité de service public ? Réflexion sur les transformations organisationnelles de l'hôpital public », Politiques et management public, vol. 25, n°4, pp. 63-80, disponible sur Internet : http://www.persee.fr/doc/pomap_07581726_2007_num_25_4_2389

⁴ *Ibid.*

⁵ MINTZBERG H., 1982, *Structures et dynamiques des organisation*, Paris : Editions d'Organisation, 440p.

de départ amène à se demander pourquoi ne parviennent-ils pas à travailler ensemble pour s'adapter à la situation concrète relative aux besoins d'une personne à un instant précis ?

Si la notion de coopération est aujourd'hui incontournable dans la gestion inter-organisationnelle des établissements sanitaires⁶, sociaux et médico-sociaux, elle semble moins présente dans la réflexion théorique relative à l'organisation interne des structures. Une revue de la littérature souligne à ce titre que peu d'études ciblent cette problématique, l'analyse portant du reste essentiellement sur le secteur hospitalier. Pour autant, elle apparaît *de facto* centrale et appelle également à repenser le modèle organisationnel sur lequel les établissements fonctionnent. En effet, il est possible d'établir l'analogie entre la logique qui précède la mise en œuvre des groupements de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS) et la nécessité de travailler ensemble au sein d'un EHPAD. Un guide sur la coopération et les mutualisations dans ce secteur souligne ainsi que cette dynamique s'explique par la nécessité « d'assurer la continuité de prise en charge et d'obtenir des économies d'échelle...dans un contexte de plus en plus contraint financièrement et de plus en plus complexe »⁷ en rompant l'isolement de certains services, en développant les complémentarités entre secteurs et en mettant en commun les moyens pour y parvenir. De la même manière, à la lumière de l'anecdote, l'enjeu est également celui d'assurer un accompagnement continu des résidents en EHPAD face à cet environnement devenu complexe dans lequel il s'inscrit. Cette complexité se caractérise par l'état de santé des personnes accueillies à quoi s'ajoute le respect d'une réglementation stricte et de plus en plus étoffée, difficile à mettre en œuvre dans un contexte budgétaire contraint⁸. La nécessité de réussir à travailler ensemble fait donc également sens au sein des EHPAD alors même que les équipes rencontreraient des difficultés à se transmettre les bonnes informations au bon moment, à échanger facilement pour que chacun puisse avoir connaissance des attentes du résident afin de garantir une prise en charge qui se veut globale⁹, continue et adaptée.

Mais qu'est-ce que travailler ensemble ? Étymologiquement, deux notions recouvrent cette idée : coopérer avec *operor* signifiant travailler, effectuer, produire et collaborer renvoyant à la racine *laboro* qui veut dire travailler, se donner la peine. Le préfixe « co » suggère l'action d'agir ensemble. Aussi, une confusion existe entre ces termes qui ne recouvrent pourtant pas les mêmes modes d'organisation. La littérature fait la distinction entre coopération et collaboration ; « le travail coopératif se définit comme une forme d'organisation conjointe du travail où chacun des opérateurs est responsable pour sa part, parce qu'elle est identifiable, mesurable et prédéfinie par un coordonnateur, responsable et représentant de l'autorité » alors que le travail collaboratif est une « forme d'organisation solidaire au travail où chacun est responsable pour le tout, sans que la part

⁶ La réglementation propose une évolution rythmée des modèles d'organisation inter-établissements ; pour exemple : loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, la loi hôpital, patient, santé, territoire (HPST) du 29 juillet 2009 ou encore plus récemment la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016.

⁷ URIOPSS., 2009, Etude sur les mutualisations et coopérations dans le secteur social et médico-social en Lorraine. Disponible sur internet : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/uriopss.pdf>

⁸ Référentiel D3S CGOS-CNG Disponible sur internet : http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Referentiel_D3S_Mission_DGOS-CNG.pdf

⁹ ANESM., recommandations qualité de vie en EHPAD 2008 et 2011, Les attentes de la personne et le projet personnalisé, De l'accueil de la personne à son accompagnement.

individuelle puisse être systématiquement isolée, la coordination se faisant par ajustement mutuel »¹⁰. « Le travail collaboratif peut s'analyser comme une forme d'intelligence collective fédérée autour d'un projet et reconfigurable selon l'évolution des objectifs. Un tel système d'organisation permet de surmonter la difficulté de la réalisation d'une œuvre commune complexe »¹¹. La notion de collaboration, en ce qu'elle s'intègre spécifiquement dans un environnement délicat, est celle la plus adaptée au constat évoqué *supra*, à savoir la nécessité de faire évoluer les pratiques professionnelles dépassées par un environnement évolutif et complexe. Il est donc question que l'ensemble des équipes collabore pour accompagner les résidents. Cela amène à se demander également ce qu'est une équipe au sein d'un l'EHPAD. « La définition d'équipes de travail affectées à des secteurs déterminés constitue le dénominateur commun aux organisations du travail en EHPAD »¹² ; c'est également sous cet angle que la notion d'équipe sera envisagée dans le cadre de mémoire. Elle renvoie à un service dédié et non un statut professionnel, la notion de faisant-fonction venant troubler l'homogénéité corporatiste des équipes¹³. Ainsi, la collaboration d'équipes peut s'analyser par le prisme de :

- la collaboration interne et externe autrement dit la collaboration intra-équipe et entre équipes,
- la collaboration horizontale et verticale c'est à dire entre professionnels à responsabilités équivalentes et vis à vis d'un lien hiérarchique.

La nécessité de collaborer semble remettre en question la stabilité du modèle de la bureaucratie professionnelle comme fondement des organisations médico-sociales. La collaboration renvoie d'ailleurs précisément à un autre schéma développé par Mintzberg à savoir l'adhocratie ; il s'agit d'une structure de « type organique, correspondant à un environnement évolutif et permettant de répondre aux exigences d'un environnement complexe »¹⁴ grâce à l'interdépendance des équipes pour une prise en charge interdisciplinaire de l'activité et à une communication fluide et naturelle entre les professionnels. Le modèle du travail collaboratif autrement dit adhocratique correspondrait aux besoins d'une structure médico-sociale qui, compte tenu de l'environnement complexe et imprévisible, s'essouffle. Ainsi, l'adhocratie s'impose-t-elle comme une alternative à la bureaucratie ? Pour autant, peut-elle s'instaurer au sein d'un établissement régi par les règles propres à la fonction publique ?

Fondamentalement, il s'agit d'interroger, au travers de ce mémoire, la capacité du modèle organisationnel sur lequel est fondé l'EHPAD à s'adapter au contexte complexe et évolutif dans lequel s'inscrit la nécessité d'accompagner de façon globale les résidents. Reprenons alors la métaphore de la baleine avec en face « une même masse, un banc de sardines innombrables.

¹⁰ *Ibid.*

¹¹ GANGLOFF-ZIEGLER C., 2009, Les freins au travail collaboratif, *Marché et organisations*, n°10, pp. 95-112, disponible sur Internet : <https://www.cairn.info/revue-marche-et-organisations-2009-3-page-95.htm>

¹² MARQUIER R., VROYLANDT T., CHENAL M. et al., septembre 2016, « Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés », *Les Dossiers de la Drees*, n°5, 32p, disponible sur Internet : <http://drees.solidaritesante.gouv.fr/IMG/pdf/dd05.pdf>

¹³ Annexe n°1 : Photographie des équipes sur l'année 2016

¹⁴ GANGLOFF-ZIEGLER C., 2009, Les freins au travail collaboratif, *Marché et organisations*, n°10, pp. 95-112, disponible sur Internet : <https://www.cairn.info/revue-marche-et-organisations-2009-3-page-95.htm>

Imaginons que chacun de ces ensembles soit soudain contraint de changer de route rapidement. La baleine exécute son virage à la manière d'une péniche, il lui faut plusieurs minutes. Le banc de sardines tourne instantanément comme si chacune de ses composantes était branchée sur un système nerveux en réseau.¹⁵ ». Le management, cette « action, qui permet de conduire une organisation, de la diriger, de planifier son développement, de la contrôler, et qui s'applique à tous les domaines d'une entreprise » est du ressort du directeur à qui il revient de trouver les leviers pour parvenir à placer le résident au cœur du dispositif et ce à chaque instant¹⁶ ; dès lors que les profils changent, les pratiques doivent également évoluer. En nous centrant sur les pratiques des professionnels et leur volonté ainsi que leur capacité à collaborer au sein de l'établissement, nous cherchons à expliquer les difficultés des équipes à travailler ensemble dans le cadre d'une prise en charge interdisciplinaire du résident. Comprendre les ressorts de ces difficultés permettrait de formuler des propositions de solutions organisationnelles à apporter pour répondre aux nouveaux enjeux managériaux et professionnels liés à l'accompagnement des résidents au sein de l'EHPAD de demain.

Ce mémoire répond à une double logique qui se complète ; de façon déductive, il est question de confronter la théorie des organisations à la réalité de terrain, pour apporter de manière plus inductive un nouvel éclairage sur la réalité organisationnelle et professionnelle du secteur médico-social et en particulier des EHPAD. L'enjeu de ce travail est d'analyser le modèle sur lequel fonctionne les EHPAD autonomes et de le confronter aux besoins actuels des résidents. Ainsi, réfléchir à la lumière du « modèle adhocratique se conçoit comme une modélisation et non comme un idéal à atteindre »¹⁷. La réflexion a vocation à s'enrichir à l'épreuve du terrain. En filigrane, c'est la démarche d'un directeur d'établissement médico-social qui transparait avec la préoccupation¹⁸ de s'interroger sur la pérennité de la structure pour envisager comment organiser autrement le travail et la gestion des ressources humaines compte tenu de l'évolution de l'état de santé des résidents et du cadre juridique dans lequel cela s'inscrit. Cette logique de remise en question intrinsèque au rôle du directeur s'intègre notamment dans un contexte où il convient de trouver une forme d'organisation adaptée au mouvement de fusion des établissements ou de direction commune des EHPAD autonomes.

L'hypothèse de travail consistera à dire que le manque d'interdépendance, d'interdisciplinarité et de communication serait à l'origine du défaut de collaboration entre équipes et s'expliquerait par un fonctionnement d'ordre bureaucratique sur lequel repose l'établissement. D'un point de vue méthodologique, il a été question de mener une enquête de terrain pour

¹⁵ CONNANGLE S., VERCAUTEREN R., 2004, Missions et management des équipes en établissements pour personnes âgées, De la relation humaine aux motivations, Ramonville Saint-Agne : Pratiques gériatriques et Eres, 145p.

¹⁶ LEFEVRE P., 2016, *Guide du directeur en action sociale et médico-sociale*, 4ème édition, Paris : Dunod, 416p.

¹⁷ MAERTEN I., *Quand la réalité rejoint la fiction...ou du réalisme adhocratique. (Quelles orientations méthodologiques pour une nouvelle optique configurationnelle)*, ESA LILLE

¹⁸ La loi du 2 janvier 2002 implique en effet que la direction s'intéresse à la formalisation et la lisibilité des organisations.

comprendre concrètement les freins à la collaboration afin de dresser un diagnostic managérial permettant de proposer un plan d'action pérenne et adapté. Plusieurs types de matériaux ont été recueillis :

- en privilégiant dans un premier temps les observations *in situ*,
- en réalisant en complément des entretiens avec des professionnels de différentes équipes, des membres de l'encadrement, des résidents et des familles,
- et en s'imprégnant progressivement de la littérature relative à la question de la collaboration d'équipe.

Le travail s'est construit sur la base d'une des missions de stage. Une collaboration étroite avec la directrice de l'établissement mais également avec l'ensemble des professionnels a permis de mener la réflexion tout au long des 8 mois impartis. Ce mémoire ne s'est pas fait seul, il est l'objet d'une réflexion partagée et de l'intelligence de tous. Les limites de cette étude se trouvent dans l'échantillon de comparaison qui a été utilisé pour confronter le modèle de la bureaucratie aux réalités du contexte. En effet, dans le temps accordé, seul l'EHPAD Les Ogiers a pu servir de matériau.

Le mémoire est scindé en trois parties. La première repose sur la présentation de l'établissement et du constat mettant en lumière les dysfonctionnements du modèle organisationnel qu'il s'agira de caractériser au regard des travaux de Mintzberg (1). Le deuxième temps de l'étude présente les résultats tirés de l'enquête de terrain et le diagnostic managérial relatif aux difficultés des équipes à collaborer en se rapportant à l'hypothèse formulée dès l'introduction (2). Enfin, la troisième partie présente le plan d'action qui a été développé au sein de l'EHPAD Les Ogiers pour adapter la configuration organisationnelle actuelle aux besoins évolutifs des résidents d'aujourd'hui et de ceux qui seront accueillis demain (3).

Méthode¹⁹

Les observations *in situ*, base du travail tirée d'une des missions de stage :

Le premier temps de la réflexion s'est fondé principalement sur des observations *in situ* permises à l'occasion d'une des missions de stage qui a consisté à auditer plusieurs services de l'établissement. Le service des ASH (service nettoyage, entretien des locaux) a formulé le souhait de pouvoir être suivi par un regard extérieur afin de rendre compte des difficultés que les professionnels rencontrent quotidiennement. À la suite de cette demande et constatant que certaines problématiques dépassaient le cadre strict de cette équipe, la directrice a fait le choix d'effectuer l'audit de l'ensemble de la structure.

Toute la difficulté a été d'y procéder dans le cadre de la mission de stage et de se servir de celle-ci pour mener une réflexion relative au mémoire. Il a donc fallu conjuguer méthode propre à l'audit tout en laissant une certaine souplesse pour instaurer un climat de confiance avec les professionnels.

Il a donc été possible de recueillir sur une durée intéressante des informations qu'il a fallu prendre avec distance pour éviter « les récits d'acteurs suspects de sélectivités ou de reconstruction de la réalité »²⁰. L'apport direct a notamment été celui de pouvoir voir les agents interagir entre eux au quotidien, au sein de l'équipe, en inter-équipes et avec les résidents.

Les entretiens avec les résidents et les professionnels ou la nécessité de compléter les observations :

Les entretiens²¹ des agents viennent donc en complément des audits puisqu'ils servent à cibler le point de vue des professionnels sur les difficultés qu'ils rencontrent à travailler en équipe. Intervenants plus tard dans le stage, ils ont également permis de les laisser s'exprimer sur les pistes de solutions relatives au plan d'action. Des entretiens avec les résidents et les familles ont également été menés pour valider le constat de départ. La logique de l'entretien semi-directif a été privilégiée. Ils ont tous fait l'objet d'une retranscription intégrale nécessaire à leur étude.

La littérature :

Les ouvrages et articles concernant le management, la théorie des organisations et la question de l'identité professionnelle ont permis de clarifier les dynamiques à l'œuvre et de conceptualiser les observations de terrain pour proposer un modèle générique adapté à la structure de stage et plus généralement aux établissements médico-sociaux.

¹⁹ Annexe n°2 et 3 sur la méthode des audits et des entretiens.

²⁰ ARBORIO M., 2007, L'observation directe en sociologie : quelques réflexions méthodologiques à propos de travaux de recherches sur le terrain hospitalier, *Recherche en soins infirmiers*, n°90, pp 26-34, disponible sur Internet : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2007-3-page-26.htm>

²¹ Pas souci de confidentialité, les entretiens retranscrits ne sont pas ajoutés en annexes et les personnes seront désignées par leur service de rattachement.

I. L'EHPAD de Croix ou les vestiges du modèle bureaucratique

Il s'agira dans un premier temps de présenter l'EHPAD à travers les évolutions statutaires sur lesquelles il repose et le modèle de fonctionnement qui s'est progressivement mis en place (1.1) pour apprécier ensuite plus concrètement les difficultés auxquelles il est confronté à partir d'un constat révélateur d'une organisation qui semble aujourd'hui dépassée (1.2).

1.1 La Résidence Les Ogiers, un EHPAD autonome animé par le modèle de la bureaucratie professionnelle

1.1.1 Les mutations plurielles caractéristiques de l'établissement Les Ogiers

1.1.1.1 De l'hospice à l'EHPAD : changement de statut, changement de public, nouveau cadre réglementaire

La résidence « Les Ogiers » qui se situe à Croix a fait face à plusieurs vagues de bouleversements majeurs concernant le fonctionnement de la structure au premier lieu desquelles le changement de son statut juridique. La transformation des établissements pour personnes âgées a été marquée par la disparition progressive des hospices condamnés par la loi du 30 juin 1975. Ils devaient disparaître dès 1985 mais les dernières unités ont bénéficié d'un délai supplémentaire (il subsistait encore au 1^{er} avril 1993 environ 24 000 lits d'hospice encore non reconvertis²²). La structure Les Ogiers est donc devenue un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en lieu et place de l'ancien hospice en 1992 avec une capacité d'accueil de 90 résidents. Conséquemment, l'ancien bâtiment composé de dortoirs pour femmes et pour hommes a été démoli pour laisser place à un établissement neuf comportant 65 chambres simples et 25 chambres doubles.

La disparition du statut d'hospice a provoqué par la suite la diversification du public accueilli entraînant de fait une modification des caractéristiques de l'EHPAD. Historiquement, la résidence Les Ogiers accueille et a toujours accueilli une importante proportion de personnes en rupture familiale, souvent placées dans des situations d'indigence, de pauvreté et d'exclusion, requérant au-delà des soins d'accompagnement quotidiens la mise en œuvre d'un parcours d'insertion sociale. À cette première particularité s'ajoute l'important pourcentage de résidents relevant anciennement des services de psychiatrie (23% au 31 décembre 2015²³). En parallèle, la moyenne

²² ALLAL P., FRAISSEIX P., GUILHEMSANS-CABAL M-F., SAILLARD M-O., *Etablissement de santé, institutions sociales et médico-sociales*. Paris : Collection Major – PUF, 2003. 350P

²³ En France, les malades psychiatriques âgés de plus de 60 ans représentent 18 % de la population souffrant de troubles mentaux. L'information Psychiatrique. Volume 86, Numéro 1, 39-47, Janvier 2010, Psychiatrie du sujet âgé : enjeux cliniques et institutionnels.

d'âge des personnes accueillies augmente sensiblement (moyenne d'âge de 86 ans contre 85,4 au niveau national²⁴) et le niveau de dépendance également (GIR 2013 671, GIR 2014 632, GIR 2015 713). 85% d'entre elles sont aujourd'hui en fauteuil roulant.

Le changement de statut s'est accompagné de l'évolution de la réglementation inhérente à l'accompagnement des personnes âgées à mettre en œuvre au sein de l'établissement. Elle a d'abord eu pour conséquence la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale qui place l'utilisateur au cœur des dispositifs qui le concernent notamment grâce à la promotion de sa participation au fonctionnement et à la vie de l'EHPAD²⁵. Cette logique s'accompagne notamment de la nécessité de standardiser les procédés de prise en charge pour garantir un accompagnement adéquat et respectueux de la personne âgée. La loi hôpital, patient, santé et territoires (HPST) du 29 juillet 2009 et plus récemment la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 sont aussi décisives en ce qu'elles encadrent l'organisation du parcours des usagers et ouvre les EHPAD autonomes sur l'extérieur dans le cadre de la mise en place effective des filières gériatriques. Enfin, la loi d'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015 réforme la tarification des EHPAD et paramètre leur fonctionnement par la mise en œuvre d'ici à 2021 des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM).

1.1.1.2 Le fonctionnement actuel de l'établissement

La gouvernance de l'établissement s'est construite en deux phases. Le premier temps se conjugue autour du passage de l'hospice à l'EHPAD et de l'action d'un directeur qui a connu les deux établissements avant de prendre sa retraite à la fin des années 2000. À la suite de ce changement de statut qui s'est accompagné d'un changement de population, il a été question de renforcer le personnel pour accompagner les personnes accueillies dans le respect de la réglementation qui s'impose. Afin de faire face à cet enjeu, le recrutement s'est pour beaucoup effectué au sein de l'entourage proche des personnes déjà en poste. Ainsi, un des cadres rappelle :

« On s'est agrandi énormément ; avec le nouveau bâtiment on s'est aperçu qu'on allait pas du tout, on avait multiplié les surfaces en restant le même nombre. Et crescendo on a embauché pas mal, animatrice, ergo, on est monté en puissance avec l'arrivée de nouveaux agents. Y'avait une secrétaire et un directeur, c'est tout. Maintenant c'est énorme ».

Ainsi, il est possible de constater que 50% des professionnels exercent depuis plus de 15ans²⁶ au sein de la structure. Les agents se connaissent depuis longtemps et plusieurs membres

²⁴ Observatoire des EHPAD, KPMG, 2014

²⁵ ANESM, « Qualité de vie en Ehpad » volet 3, la vie sociale des résidents

²⁶ Calculé à partir du tableau des emplois.

d'une même famille travaillent ensemble au sein de l'établissement. Le management était essentiellement paternaliste et charismatique. L'ambiance de l'EHPAD, compte tenu des rapports entre agents, s'est reconstruite autour d'une tradition qui peut être qualifiée de familiale. La deuxième phase de l'EHPAD apparaît à la suite de la retraite de ce directeur et caractérise le fonctionnement managérial sur lequel repose l'établissement aujourd'hui. Avec l'arrivée d'un directeur sorti de l'EHESP à la fin des années 2000, le management prend un virage en clarifiant le rôle de chacun et en redonnant un cadre objectif au fonctionnement des services. La directrice en poste actuellement, également sortie de l'école de Rennes, poursuit cette logique amorcée par son prédécesseur ce qui a contribué à professionnaliser l'établissement notamment à travers une politique des ressources humaines qui a cherché à structurer la gestion des emplois et des compétences. Les pratiques professionnelles ont ainsi évolué positivement en faveur d'une politique d'amélioration continue de la qualité respectueuse de la bientraitance et de la sécurité de tous au sein de la structure. Une large majorité de professionnels souligne ainsi que l'EHPAD a beaucoup avancé, garantissant ainsi un quotidien adapté pour les personnes âgées.

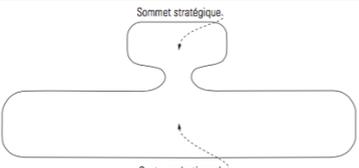
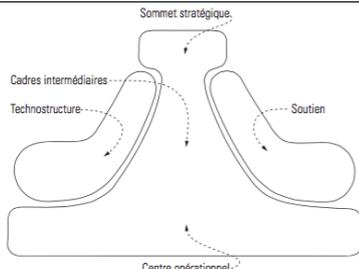
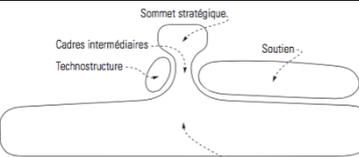
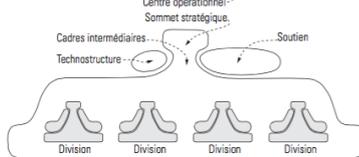
Ainsi, l'établissement qui comptait une vingtaine de professionnels à la fin des années 1980 fonctionne aujourd'hui avec 50 ETP budgétés et 75 personnes en présentiel. Le *turn-over* n'atteint pas les 1% sur les trois dernières années. Le taux d'absentéisme est en revanche plus important, se rapprochant des 15% en 2016 et s'expliquant par le nombre d'arrêt maladies graves et longue durée, le nombre d'accidents au travail, de maladies professionnelles et les congés maternité. Le faible *turn-over* et le fort taux d'absentéisme peuvent se comprendre à travers cette tradition familiale qui révèle un personnel attaché à l'établissement, jeune et féminin pour une certaine partie et parallèlement vieillissant, se fragilisant à mesure des années surtout au sein des ASH et des AH. Pour pallier l'absentéisme des titulaires, la situation financière relativement saine de l'établissement permet de remplacer les professionnels par des contractuels dont l'essentiel est constitué d'emplois aidés (15,5% de la masse salariale). Pour autant, le nombre de postes budgétés et le ratio qui s'en suit reste légèrement inférieur aux chiffres nationaux²⁷. Une politique dynamique de formation permet en outre d'adapter le profil des professionnels aux nouvelles pathologies des résidents, et aux obligations à respecter dans le cadre d'un accompagnement en toute sécurité des personnes accueillies.

1.1.2 La consécration progressive d'un fonctionnement bureaucratique propre à la structure

1.1.2.1 Le modèle de la bureaucratie professionnelle selon Mintzberg, caractéristique du secteur sanitaire et social...

²⁷ Les AS sont à 0,2 contre 0,216 au national, les ASH sont à 0,1 contre 0,182 et les IDE 0,04 contre 0,06.

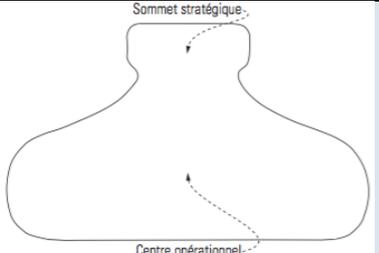
À la suite des travaux de Weber, Mintzberg²⁸ présente une typologie générale des organisations qui s'articule pour chacune d'elles autour de cinq parties structurant le pouvoir. De bas en haut, il est tout d'abord question du centre opérationnel qui constitue la sphère de production principale de l'activité de la structure. Se situe ensuite la ligne hiérarchique relative à l'autorité des cadres, qui lie le centre opérationnel au sommet stratégique comprenant les acteurs décideurs du fonctionnement et de la supervision. Deux derniers éléments se distinguent parallèlement : il s'agit de la technostructure s'occupant de la planification stratégique, de la recherche et des méthodes pour garantir la performance de l'organisation. Enfin, des unités logistiques ou encore de soutien s'intéressant particulièrement au suivi administratif et technique de la structure appuient le reste des composantes pour permettre à l'ensemble des acteurs d'atteindre leurs objectifs. Cinq idéaux types se distinguent alors au regard principalement du mécanisme de coordination de l'activité inhérent à la partie de la structure qui génère la production et du contexte dans lequel elle évolue. Le tableau²⁹ ci-après présente ainsi cette typologie au sens de Mintzberg :

| Organisation | Partie clé de l'organisation | Mécanisme de coordination principal de l'activité | Facteur de contingence | Schéma ³⁰ |
|-------------------------------------|------------------------------|--|--|---|
| Structure simple | Sommet stratégique | Supervision directe où une personne se trouve investie de la responsabilité du travail des acteurs | Environnement simple et dynamique (imprévisible) |  |
| Bureaucratie mécaniste | Technostructure | Standardisation des processus de travail où le contenu du travail est spécifié ou programmé | Environnement simple et stable |  |
| Bureaucratie professionnelle | Centre opérationnel | Standardisation des qualifications via la formation | Environnement complexe mais stable |  |
| Structures en divisions | Ligne hiérarchique | Standardisation des résultats avec la spécification de la performance à atteindre | Environnement simple mais varié et stable |  |

²⁸ MINTZBERG H., 1982, *Structures et dynamiques des organisations*, Paris : Editions d'Organisation, 440p.

²⁹ Synthèse de la typologie des organisations de Mintzberg grâce aux documents suivants : STEULDER F., avril 2004, Le management hospitalier de demain, Approche sociologique, *Réflexions hospitalières*, n°497, 10p - Nobre T., « L'hôpital : le modèle de la bureaucratie professionnelle revisité à partir de l'analyse du coût des dysfonctionnements », 20^{ème} congrès de l'AFC, mai 1999, France, disponible sur Internet : <https://hal.archives-ouvertes.fr/halshs-00587813/document> - DUPUIS A., DERY R., 2013, Les formes organisationnelles selon Henry Mintzberg, Cahier d'activité d'apprentissage, disponible sur Internet : http://data0.zic.fr/jybout/mod_article1413759_1.pdf

³⁰ DUPUIS A., DERY R., 2013, Les formes organisationnelles selon Henry Mintzberg, Cahier d'activité d'apprentissage, disponible sur Internet : http://data0.zic.fr/jybout/mod_article1413759_1.pdf

| | | | | |
|-------------------|--|--|--------------------------------------|---|
| Adhocratie | Centre opérationnel et services de soutien | Ajustement mutuel par simple communication informelle et relation de proximité | Environnement complexe et non stable |  |
|-------------------|--|--|--------------------------------------|---|

Plus spécifiquement, au sein de la bureaucratie professionnelle, le centre opérationnel est prépondérant et dispose d'un haut niveau de compétences donc d'un pouvoir substantiel sur la réalisation de l'activité. La ligne hiérarchique se trouve limitée dans la mesure où le pouvoir des professionnels du centre opérationnel fait concurrence à celui des cadres ; il est question d'une confrontation de légitimité, celle de la connaissance du terrain et celle de l'administration qui supervise. Le sommet stratégique dispose d'une marge de manœuvre relative en ce que les ressorts de la décision appartiennent à différentes instances qui se partagent les choix stratégiques de l'établissement. La technostructure, relativement faible, se charge de standardiser les procédés de travail quand les unités supports détiennent une part décisive dans le fonctionnement de l'établissement ; elles réalisent en effet l'ensemble des démarches nécessaires au bon fonctionnement de la structures sur lesquelles les acteurs peuvent compter pour travailler sereinement (paie, restaurant d'entreprise...) ³¹.

Ce modèle « caractérise le secteur des administrations publiques » ³². Il s'appuie en outre sur l'importance des normes et de la hiérarchie pour structurer l'action afin de pérenniser l'organisation ³³. Celle-ci repose sur des services travaillant selon des standards précis de qualification pour prendre en charge une activité dont les procédés et résultats à atteindre sont largement standardisés. La coordination des différentes parties qui composent la structure se fonde sur une logique d'autorégulation liée au principe de normalisation des pratiques que les acteurs appliquent et contrôlent de façon autonome grâce à leurs propres qualifications. A l'hôpital, le centre opérationnel est central en ce que l'activité de l'établissement est essentiellement réalisée par les médecins et le personnel de soins qui se coordonnent en fonction des compétences qui constituent chacun des services. La ligne hiérarchique n'est pas strictement verticale et reste ainsi limitée en ce qu'elle est le lieu de rencontre entre l'autorité de l'encadrement confrontée à la légitimité des médecins. Le sommet stratégique se divise en effet entre le conseil d'administration, le directeur et la commission médicale d'établissement (CME). La technostructure de son côté est annexe puisque les normes et les standards de qualifications ainsi que de procédés proviennent pour l'essentiel du niveau national. Les supports logistiques enfin sont eux décisifs puisque les corps administratif et technique constituent les bases solides du fonctionnement de l'établissement.

³¹ HOLCMAN R., 2006, *L'ordre sociologique, élément structurant de l'organisation du travail. L'exemple des bureaucraties professionnelles : ordre soignant contre ordre dirigeant à l'hôpital*, Thèse pour le Doctorat de Sciences de gestion, Conservatoire national des Arts et Métiers, 314p.

³² LEFEVRE P., 2016, *Guide du directeur en action sociale et médico-sociale*, 4ème édition, Paris : Dunod, 416p.

³³ *Ibid.*

1.1.2.2 ...Développé sur mesure au sein de l'EHPAD Les Ogiers

Si la littérature s'est beaucoup intéressée à la modélisation organisationnelle du secteur sanitaire, peu d'articles exposent en quoi concrètement les EHPAD sont également des bureaucraties professionnelles. Se prêter au jeu de l'analogie, sans chercher pour autant à appliquer strictement les modèles théoriques aux singularités des établissements, est intéressant en ce qu'il permet *in fine* de comprendre les ressorts managériaux du fonctionnement de la structure et de constituer une grille de lecture des mécanismes de coordination de l'activité sur lesquels se fonde l'organisation.

L'EHPAD Les Ogiers est une structure publique du secteur sanitaire et social qui devrait recouvrir à *l'instar* des hôpitaux les principaux traits relatifs au schéma type de la bureaucratie professionnelle. De ce fait, il est possible dans un premier temps d'observer un certain mimétisme au regard du cadre juridique, du lien avec les autorités de tutelle et des réflexes managériaux mis en œuvre au sein des structures sanitaires, sociales et médico-sociales. Ainsi, EHPAD comme hôpital se confondent dans le respect du droit de la fonction publique hospitalière appliqué strictement au sein des établissements. Si les EHPAD garantissent, au-delà du code de la santé publique, le code de l'action sociale et des familles, une culture commune imprègne les pratiques des professionnels qui animent ces structures. Aussi, la mise en œuvre des Agences Régionales de Santé (ARS) avec la loi HPST a contribué à rapprocher le fonctionnement des EHPAD et des hôpitaux à travers la volonté d'organiser l'offre de santé et le parcours des usagers de façon cohérente et structurée. Enfin, la formation proche des directeurs d'hôpital et d'établissement sanitaire, social et médico-social sanctuarise l'apprentissage de connaissances partagées en matière de management des structures relatives à ce secteur.

Ensuite c'est au regard des cinq parties constitutives de la typologie proposée par Mintzberg qu'il convient de poursuivre la comparaison. Le centre opérationnel au sein d'un EHPAD n'est évidemment pas composé de médecins ; pour autant, il est possible de retrouver les mêmes mécanismes de coordination de l'activité rendant cette partie de la structure la plus centrale *a l'instar* de ce qui est démontré au sein d'un hôpital. En effet, elle fonctionne ici autour du binôme infirmiers (IDE) /aides soignants d'un côté et des services qui participent également à l'accompagnement quotidien des résidents tels que le service nettoyage des ASH, le service cuisine, le service blanchisserie et le service animations de l'autre. Ces deux composantes fonctionnent comme les médecins et le personnel soignant de l'hôpital. Elles structurent ensemble le centre opérationnel et se régulent au regard essentiellement de la standardisation des qualifications. Ensuite, la ligne hiérarchique³⁴ est également doublement contrôlée, à la fois par la hiérarchie via une légitimité administrative légale-rationnelle, et par une légitimité de terrain

³⁴ La ligne hiérarchique dans un EHPAD est donc composée des managers de proximité à savoir les chefs de service et le cadre de santé.

détenue par les professionnels du soins sans qui l'EHPAD ne peut produire l'activité essentielle au bien être des résidents. Le sommet stratégique de la même manière se compose de plusieurs instances (conseil d'administration, conseil de la vie sociale (CVS)) qui se partagent le pouvoir avec le directeur. La technostucture est presqu'inexistante dans la mesure où les normes et la réglementation proviennent de l'administration centrale représentée par le Ministère de la Santé et par l'ARS. Enfin, les unités supports, essentiellement caractérisées au sein d'un EHPAD autonome par le service administratif, sont quantitativement faibles au regard du ratio d'encadrement qui n'est pas comparable avec l'hôpital mais qualitativement indispensable ; le responsable des ressources humaines occupe une place décisive concernant l'accompagnement des professionnels sur leur dossier administratif qu'il s'agisse de la paie, de la retraite, des droits au Comité de Gestion des Œuvres Sociales. L'agent assurant le suivi du budget et des finances voire de la qualité permet également un soutien technique d'importance tout comme l'agent d'accueil et d'orientation qui assure le lien entre les familles et les agents de l'établissement. L'EHPAD Les Ogiers s'est ainsi organisé autour de ce modèle de la bureaucratie professionnelle³⁵ étant donné les composantes sur lesquelles l'activité repose. Cela permet alors de comprendre le rôle de chacun dans la structure, les mécanismes qui présupposent leur place et les interactions des acteurs au sein de l'établissement au regard de l'activité qui est au cœur du fonctionnement de la structure, en l'espèce l'accompagnement des résidents.

Comment se déploie au quotidien l'organisation bureaucratique au sein de l'EHPAD Les Ogiers ? Les observations *in situ* révèlent un décalage entre les apports du modèle et les besoins du résidents, décalage qui sera analysé à travers notre hypothèse de travail.

1.2 « Pourquoi le résident est resté au rez-de-chaussée ? » : du constat des dysfonctionnements à l'hypothèse d'une organisation dépassée

1.2.1 Le manque de collaboration ou la mise en lumière de pratiques professionnelles à l'épreuve d'un contexte complexe et évolutif

1.2.1.1 Un accompagnement discontinu des résidents aux dépens d'une prise en charge globale

Si la bureaucratie professionnelle est le modèle qui semble le plus adapté aux particularités de l'activité prise en charge, les faits évoqués en introduction semblent mettre en lumière certaines limites inhérentes à l'organisation qui s'y rapporte. Bien plus qu'une anecdote triviale, il s'agit d'un réel constat qui a pu être analysé à différentes reprises au sein de l'établissement mais

³⁵ Annexe n°4 : Présentation des services et schéma de la bureaucratie professionnelle appliquée à l'EHPAD Les Ogiers

également témoigné et enfin expressément soulevé auprès de la direction³⁶. Ainsi, au cours de la première semaine de stage, le cas de ce résident perdu entre le premier étage et le rez-de-chaussée au moment du déjeuner et du dîner a pu être observé à deux reprises. De la même manière, le manque de travail collectif entre les différents services a causé des erreurs d'accompagnement dans les rendez-vous médicaux de certaines personnes accueillies qui n'étaient pas toujours prêtes pour partir en consultation extérieure. Les résidents qui ont bien voulu se prêter au jeu de l'entretien semi-directif relatent ainsi :

« Je pense que les gens s'entendent, mais parfois y'a un manque de coordination, en fonction des équipes, ils ne se parlent pas suffisamment ; par exemple je demande des purées, ils n'ont pas fait la commission par exemple, c'est pas important mais bon, elles ne parlent pas assez du besoin du client en fait, du bien être du résident...ils ne demandent même pas si c'était bon ce midi ! »

Les échanges au cours des CVS illustrent également la question de la collaboration entre équipe, de la coordination et du manque de communication entre professionnels provoquant des difficultés dans l'accompagnement des résidents. L'exploitation des comptes rendus des six dernières années pointe des difficultés relativement récentes puisqu'il faut attendre 2014 pour voir écrire que les disputes entre agents provoquent un malaise chez les résidents. En 2015, c'est l'écart entre les pratiques qui est mise en avant entre les différentes équipes de nuit. En 2016, il est clairement demandé à ce que les résidents soient tous accompagnés de la même façon. Enfin, lors du CVS de mars dernier, la situation du résident évoquée en introduction a fait l'objet d'un point particulier pour sensibiliser la direction sur les travers que cela entraîne dans l'accompagnement au quotidien ; chaque équipe travaille en autonomie, sans considération des tâches qui reviennent aux autres et sans se demander si au-delà de l'action qui leur incombe, le résident sera satisfait de ce qui aura pu lui être proposé. Ainsi, à la lecture des enquêtes de satisfaction des résidents de 2016, il est possible d'observer une baisse de satisfaction concernant l'amabilité et la disponibilité du personnel. Les entretiens avec les ASH, les AS et les IDE consolident ce constat. Ils évoquent régulièrement cette anecdote en mettant en avant la difficulté des relations interservices et intra-service et les conséquences que cela entraîne : *« le lien avec les cuisines, on n'en a pas trop, comment ils savent ce qu'il se passe tout ça, j'avoue que je n'en sais rien (...) . Les aides soignantes ne sont pas toujours d'accord entre elles, nous on doit du coup travailler à la tête du client »*³⁷, et d'ajouter :

³⁶ Observé dès le préstage en juillet 2016, témoigné lors des entretiens et soulevé au cours d'un CVS.

³⁷ Propos recueillis auprès d'un ASH.

- « Ça éviterait les problèmes pour les résidents qui ne savent plus quoi, même pour nous ; il remonte on ne sait pas pourquoi, alors pas de problème on donne deux fois à manger au pire m'enfin c'est quand même pas pratique »³⁸,

- « Pour moi on en avait discuté, on se disait que c'était pas normal qu'il descende parce qu'il a ses repères en tisanerie mais le poste de journée pense qu'il peut aller où il veut, sauf que personne n'est prévenu donc voilà. Il était habitué, maintenant il se balade, il ne sait plus où il mange, une fois il est en bas, une fois en haut, parfois on ne sait plus s'il a mangé. C'est vrai qu'il y a un manque de communication sur ça. Le problème c'est que les cuisines du coup eux ne savent pas ce qu'il mange...normal, haché, mixé, ils ne savent pas où est-ce qu'il doit être servi donc les assiettes se baladent elles aussi entre le premier et le restaurant »³⁹.

La conséquence directe pour l'utilisateur est le manque d'accompagnement global pourtant promu par les recommandations de l'ANESM. En effet, il est « la pierre angulaire de la qualité de vie » et cette priorité doit remettre « fortement en question les habitudes et les conditions de travail des professionnels »⁴⁰. L'enjeu est ainsi de souligner comme le rappelle un des cadres interrogé, que l'équipe « c'est tous les services. J'ai l'impression que parmi tous ces maillons de la chaîne y'a le restaurant, les ASH, la lingerie, les AS, les infirmières et au milieu les résidents qui pâtissent d'une désorganisation ».

1.2.1.2 Les enseignements liés au constat

Par ce constat, il est possible de caractériser les enjeux qui sous-tendent le fonctionnement de l'EHPAD de demain. Celui-ci nous révèle plusieurs éléments qui reconditionnent la façon dont les établissements doivent s'organiser. Ainsi, à travers cette anecdote, transparaissent les fondements d'un nouveau contexte qui met à l'épreuve les pratiques professionnelles en soulignant la nécessité de collaborer.

Le premier point qui apparaît à travers l'anecdote soulevée est celui de la polypathologie des résidents impliquant la prise en charge quotidienne d'états de santé qui fluctuent. Les bouleversements sont ainsi liés au public accueilli et à l'alourdissement des pathologies de l'ensemble des résidents. Les professionnels de l'EHPAD évoquent ainsi l'augmentation importante sur les cinq dernières années du nombre de toilettes lourdes à effectuer. Le service ASH/nettoyage rappelle qu'il y a 10 ans encore, il se contentait « de faire les chambres. Maintenant, il faut les accompagner personnellement, les emmener au restaurant, les remonter ». Au-delà de la dépendance physique, c'est également la dépendance psychique qui requiert une adaptation quotidienne. Ainsi, « On doit travailler avec les autres services plus aussi ; les résidents

³⁸ Propos recueillis auprès d'un AS.

³⁹ Propos recueillis auprès d'un IDE.

⁴⁰ ANESM, 2008, Les attentes de la personne et le projet personnalisé. 47p, disponible sur Internet : http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Anesm_06_QDV3_CS4_web.pdf

avant étaient autonomes, ils faisaient leur vie, chaque service faisait sa vie, maintenant on regarde comment ils veulent faire la leur pour organiser la notre mais on a des difficultés à s'adapter, c'est triste ». L'évolution de l'état de santé des résidents induit le renforcement des normes à respecter et des protocoles à appliquer pour assurer une qualité de vie satisfaisante au sein des établissements. Ce sont ainsi l'ensemble des conditions et de l'organisation de travail qui s'en trouve changé sous l'effet de la médicalisation exponentielle de l'accompagnement, de la nécessité de garantir l'application des normes et leur contrôle et enfin de l'exigence accrue des résidents⁴¹. Il est donc question d'un contexte évolutif lié à la complexité croissante de la prise en charge qui interroge les pratiques professionnelles devant évoluer notamment au regard de l'impératif d'accompagnement global de la personne accueillie. Aujourd'hui, il n'est plus possible de travailler de façon isolée dans la mesure où les besoins des résidents sont à chaque instant de l'accompagnement ; ils se situent ainsi au centre de la boucle de travail qui oriente la pratique des professionnels. La pluralité de pathologies que connaît le sujet âgé « pose des problématiques qu'un métier ne saurait résoudre à lui seul »⁴². Il s'agit ainsi de pouvoir, à travers le travail en équipe, s'adapter à la singularité de chacun. Il est question « d'organiser un véritable réseau autour de la personne âgée pour favoriser la complémentarité des actions mises en œuvre par les intervenants à chacun de ces niveaux (...) La personne âgée devrait être comprise dans globalité, c'est à dire sans que l'on se réfère aux seules pathologies ou handicaps qu'elle fait apparaître et être aidée de manière précise et efficace compte tenu d'un ensemble de phénomènes inhérents à son état ou à son âge »⁴³. La nécessité de collaborer traduit ainsi l'idée du « Un pour tous, tous pour un résident » ; « les formes de coopération au travail « débordent » le cadre des équipes constituées, que ce soit vers le haut de la hiérarchie, avec les médecins, ou vers le bas, avec les femmes de ménage, les brancardiers ou les secrétaires »⁴⁴. L'organisation perd de son sens autour de cette « surcharge de travail » entraînant une « réduction du temps de soins et de présence auprès des patient⁴⁵ ». Collaborer est ainsi également un moyen pour retrouver le contact auprès du résident puisque le travail se veut pluridisciplinaire donc plus polyvalent.

Ensuite, c'est le manque de moyens humains parallèlement qui rend davantage difficile l'accompagnement. Alors que la charge de travail augmente entre l'accompagnement direct auprès des résidents et les règles à respecter, les moyens humains restent constants voire en baisse⁴⁶. Une AS au cours d'un entretien résume avec une certaine amertume la difficulté de voir que les

⁴¹ MARQUIER R., VROYLANDT T., CHENAL M. et al., septembre 2016, « Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés », *Les Dossiers de la Drees*, n°5, 32p, disponible sur Internet : <http://drees.solidariteessante.gouv.fr/IMG/pdf/dd05.pdf>

⁴² CONNANGLE S., VERCAUTEREN R., 2004, *Missions et mangement des équipes en établissements pour personnes âgées, De la relation humaine aux motivations*, Ramonville Saint-Agne : Pratiques gérontologiques et Eres, 145p.

⁴³ *Ibid.*

⁴⁴ MARQUIER R., VROYLANDT T., CHENAL M. et al., septembre 2016, « Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés », *Les Dossiers de la Drees*, n°5, 32p, disponible sur Internet : <http://drees.solidariteessante.gouv.fr/IMG/pdf/dd05.pdf>

⁴⁵ *Ibid.*

⁴⁶ DUYCK JY., PIJOAN N., avril 2010, « L'enjeu de la gestion des ressources humaines dans le service aux personnes âgées dépendantes : le cas des établissements d'accueil », *Fondation Nationale de Gérontologie*, vol. 33, n° 135, pp. 187-211, disponible sur Internet : <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2010-4-page-187.htm>

résidents «*ont besoin de plus et nous on est de moins en moins* » ; l'effet ciseau décrit ici reposant sur ces facteurs à la fois endogènes et exogènes renforce l'aspect complexe de l'accompagnement en EHPAD. Elle ajoutera ensuite «*Et nous aussi on a besoin d'eux* ». Il importe de s'adapter au manque de moyens humains par le partage de compétences. Pour autant, comme l'actualité l'a rappelé ces derniers temps, le manque de moyens humains ne pourra être pallié de façon satisfaisante par des techniques de management. La question du renforcement des équipes devra donc être abordée pour que l'usure du personnel ne rende pas inefficace d'emblée la réflexion autour d'une nouvelle manière d'organiser la structure.

Enfin, c'est la difficulté de se projeter qui pèse sur la motivation et brouille les repères des professionnels. La loi d'adaptation de la société au vieillissement du 25 décembre 2015 instaure une réforme de la tarification qui s'avère complexe à mettre en œuvre. L'attente de la signature des CPOM et l'absence de recul sur les conséquences qu'ils entraîneront empêchent de se projeter sur les évolutions intrinsèques à la structure.

Le contexte est donc à la fois complexe et imprévisible ce qui interroge le fonctionnement en routine des établissements « pris par un mouvement d'ensemble qui affaiblit la maîtrise des jeux et des certitudes ancrées, qui valorise la communication, l'observation, l'écoute et l'expérimentation provisoire. Il n'existe de « réalité que construite » et il convient que l'établissement équilibre la dimension de l'institution avec celle d'organisation. L'enjeu est de taille car cela n'est pas inscrit dans les cultures et les mentalités. Le management de la complexité interpelle directement les directions⁴⁷. Ainsi, le travail d'équipe ou la collaboration constitue une stratégie managériale qui fait sens en ce qu'elle est « la base de l'efficacité des pratiques en direction des usagers (...) et l'un des paramètres de l'intelligence d'une institution. »⁴⁸. Le contexte interroge les pratiques et pointe la nécessité de collaborer. Or l'établissement Les Ogiers a constaté une difficulté dans le travail d'équipe. Ainsi, il apparaît nécessaire de trouver les sources des obstacles à la collaboration au sein de l'établissement pour parvenir ensuite à proposer des solutions permettant de mettre en place une organisation qui réponde à ces nouveaux enjeux.

1.2.2 La nécessité d'interroger le modèle organisationnel de la bureaucratie professionnelle : notre hypothèse de travail

1.2.2.1 Des besoins en dehors du cadre de la bureaucratie professionnelle

L'accompagnement des résidents est à la fois complexe et imprévisible en ce que les polyopathologies appellent à une diversité de compétences alors même que les ressources humaines font souvent défaut dans ce contexte budgétaire contraint. Il est donc question de favoriser

⁴⁷ LEFEVRE P., 2016, *Guide du directeur en action sociale et médico-sociale*, 4ème édition, Paris : Dunod, 416p.

⁴⁸ *Ibid.*

l'interdisciplinarité, le partage de compétences et l'esprit de solidarité, d'interdépendance pour s'adapter à cet environnement. Ces paramètres qui font défaut au sein de l'établissement se retrouvent dans un autre modèle organisationnel appartenant à la typologie de Mintzberg. Il s'agit du modèle de l'adhocratie dont la finalité est de s'adapter à un contexte complexe par le principe d'ajustement mutuel comme fondement de la coordination de l'activité, c'est à dire par le prisme d'une communication fluide et naturelle entre les acteurs. En reprenant les cinq parties constitutives du modèle de Mintzberg, l'adhocratie se décompose comme suit :

- absence de technostructures puisqu'il est inenvisageable de standardiser les procédés de travail, les savoirs et les résultats,
- une ligne hiérarchique courte et un sommet stratégique peu développé : le directeur a un rôle essentiel de coordination et de synthèse des travaux menés par les différents groupes ; il définit également les règles communes de fonctionnement et joue le rôle d'arbitre⁴⁹,
- l'importance des fonctions supports qui soutiennent le centre opérationnel sont au cœur de l'activité.

En outre, ce modèle se fonde sur la communication par ajustement mutuel, l'interdépendance, la complémentarité et la confiance motivée pour créer des repères nécessaires au travail collectif en capacité d'innover afin de s'adapter à la complexité de l'environnement. D'un point de vue du management⁵⁰, il s'agit de permettre l'information de tous en instaurant l'idée que communiquer avec l'ensemble des agents, même si cela n'a pas été demandé, facilite dans tous les cas l'accompagnement des résidents. L'implication de chacun est nécessaire pour faire avancer l'action collective, c'est notamment ce qui permet d'innover et d'aller plus loin. La communication c'est en filigrane l'importance de l'écoute qui instaure une confiance dans les rapports, socle de la possibilité d'ajuster l'action au regard des préoccupations et suggestions des autres. Il s'agit d'une approche dite organique des organisations qui valorise « les ajustements réciproques, les coopérations et la mutualisation des compétences. Elle répond à une culture de l'entreprise à l'écoute et apprenante »⁵¹. Ce modèle serait donc une source d'inspiration pour parvenir à faire évoluer l'organisation et les pratiques professionnelles face à cette nécessité de s'adapter à un contexte complexe et imprévisible, par le biais de la collaboration qui se révèle être le mécanisme de coordination adéquat à l'accompagnement global des résidents. Dès lors, si ce modèle semble correspondre à une réalité constatée sur le terrain, c'est que le modèle actuel de la bureaucratie professionnelle n'est pas adéquat et serait à l'origine du manque de collaboration empêchant la mise en œuvre d'un accompagnement harmonieux des résidents.

⁴⁹ GANGLOFF-ZIEGLER C., 2009, Les freins au travail collaboratif, *Marché et organisations*, n°10, pp. 95-112, disponible sur Internet : <https://www.cairn.info/revue-marche-et-organisations-2009-3-page-95.htm>

⁵⁰ <http://conseilshrcoaching.com/cooperer-et-collaborer-article/>

⁵¹ LEFEVRE P., 2016, *Guide du directeur en action sociale et médico-sociale*, 4ème édition, Paris : Dunod, 416p.

1.2.2.2 L'hypothèse de la bureaucratie professionnelle comme cause du manque de collaboration

En tant que responsable des insuffisances du modèle d'organisation qu'il dirige⁵², il revient au directeur « d'accepter d'interroger les évidences et les manières de faire, pérennes mais souvent teintées d'archaïsme, pour intégrer la fluidité et l'adaptabilité des institutions, des prestations et des pratiques professionnelles »⁵³. Afin de remettre en question le modèle de fonctionnement de l'EHPAD, il était convenu de partir des fondamentaux de la collaboration permettant de pointer les lacunes organisationnelles de l'établissement. Il s'agit :

- De l'interdépendance et de la complémentarité des équipes pour une prise en charge interdisciplinaire des résidents,
- D'une communication et d'une relation de proximité entre les acteurs favorisant une interaction fluide et naturelle entre les professionnels.

L'hypothèse consiste à dire que le manque d'interdépendance, d'interdisciplinarité et de communication serait à l'origine du défaut de collaboration entre équipes et s'expliquerait par un fonctionnement d'ordre bureaucratique sur lequel repose l'établissement. La littérature souligne ainsi compte-tenu du contexte d'instabilité dans lequel les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux évoluent⁵⁴ et de la singularité du public accueilli spécifiquement au sein des EHPAD, l'inadéquation théorique du modèle de la bureaucratie professionnelle⁵⁵. Plus précisément, Michel Crozier⁵⁶ établit une corrélation négative entre collaboration et bureaucratie en évoquant l'idée d'une incompatibilité entre l'esprit d'équipe et le modèle traditionnel des organisations relevant de l'administration publique française. Culturellement, les professionnels accorderaient ainsi une préférence « aux règles formelles plutôt qu'informelles, à l'évitement des relations de face-à-face, au peu de relations entre niveaux hiérarchiques, une attitude distante et un faible esprit collectif de la part de l'individu soumis à une compétition permanente entre les différents niveaux hiérarchiques, ceux qui détiennent les positions d'autorité restant distants et formels dans leurs relations avec leurs subordonnés⁵⁷. » Pour résumer, Michèle Lamont⁵⁸ évoque, en comparaison avec les Américains, ce faible attachement des Français aux « *marques de moralité comme la convivialité, l'esprit d'équipe et l'évitement du conflit. Ils valorisent en revanche au plus haut point un certain type d'humanisme qui fait partie intégrante de la culture bourgeoise* ». Le

⁵² HAMMON JL., septembre 2009, « Lutter contre la bureaucratie à l'hôpital : une priorité absolue », Les Echos, disponible sur Internet : http://archives.lesechos.fr/archives/cercle/2009/06/16/cercle_30007.htm

⁵³ LEFEVRE P., 2016, *Guide du directeur en action sociale et médico-sociale*, 4ème édition, Paris : Dunod, 416p.

⁵⁴ CUEILLE S., mars 2007, « Quelle forme organisationnelle pour la réalisation d'une activité de service public ? Réflexion sur les transformations organisationnelles de l'hôpital public », *Politiques et management public*, vol. 25, n°4, pp. 63-80, disponible sur Internet : http://www.persee.fr/doc/pomap_07581726_2007_num_25_4_2389

⁵⁵ CONNANGLE S., VERCAUTEREN R., 2004, *Missions et management des équipes en établissements pour personnes âgées, De la relation humaine aux motivations*, Ramonville Saint-Agne : Pratiques gérontologiques et Eres, 145p.

⁵⁶ CROZIER M., 1971, *Le Phénomène bureaucratique*, Paris : Points Essais, 382p.

⁵⁷ DINU GHEORGHIU M., MOATY F., juillet 2005, « Les conditions de travail en équipe. Post enquête, conditions et organisation du travail dans les établissements de santé », *DREES/CEE*, n°43, 293p, disponible sur Internet

⁵⁸ *Ibid.*

modèle de la bureaucratie professionnelle, ancré dans les habitudes des professionnels dont ils seraient aujourd'hui captifs, ne serait pas terrain propice au travail d'équipe.

Il est possible d'évoquer spécifiquement en reprenant les caractéristiques du modèle de Mintzberg plusieurs effets pervers théoriques liés à ce modèle qui seraient à l'origine de la difficulté de collaborer au sein de l'EHPAD Les Ogiers :

- Les normes issues de la réglementation standardisent les qualifications ainsi que les modalités de prise en charge, tant dans les procédures que dans les résultats à atteindre, entraînant une faible capacité d'échange et d'adaptation liée à une tendance au sous effort, à la généralisation à partir de situations similaires, à la ritualisation des procédures, à la routinisation⁵⁹,
- L'organisation du travail s'articulant autour de services répartis hiérarchiquement dans un organigramme dont le niveau de responsabilité positionne verticalement et strictement le rôle de chacun induit un cloisonnement des services et un cadre de fonctionnement rigide impactant la capacité des équipes à s'adapter aux rythmes de vie des résidents⁶⁰,
- Le respect des règles administratives deviendrait, sous l'effet de l'augmentation des normes, l'objectif principal de l'établissement aux dépens du contact avec les résidents, confondant ainsi les moyens et les fins et conduisant *in fine* à une mauvaise réalisation de l'activité liée à une forme de démotivation des professionnels pour lesquels le travail ne fait plus sens.

L'hypothèse générale qui consiste à énoncer que le manque d'interdépendance, d'interdisciplinarité et de communication serait à l'origine du défaut de collaboration entre équipes et s'expliquerait par un fonctionnement d'ordre bureaucratique sur lequel repose l'établissement s'articule ainsi autour des critiques théoriques qui viennent d'être énoncées et qui seront analysées sur le terrain grâce à l'enquête qui a pu être menée au cours du stage.

⁵⁹ CUEILLE S., mars 2007, « Quelle forme organisationnelle pour la réalisation d'une activité de service public ? Réflexion sur les transformations organisationnelles de l'hôpital public », *Politiques et management public*, vol. 25, n°4, pp. 63-80, disponible sur Internet : http://www.persee.fr/doc/pomap_07581726_2007_num_25_4_2389

⁶⁰ MARQUIER R., VROYLANDT T., CHENAL M. et al., septembre 2016, « Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés », *Les Dossiers de la Drees*, n°5, 32p, disponible sur Internet : <http://drees.solidaritesante.gouv.fr/IMG/pdf/dd05.pdf>

II. Enquête de terrain et diagnostic : la question de l'interconnaissance et de l'identité professionnelle, clé de voute d'un management en adéquation avec les attentes des résidents de l'EHPAD de demain

La présentation et l'analyse des résultats issus des investigations de terrain et des entretiens (2.1) permettent d'élaborer un diagnostic de l'établissement explicitant les causes du manque de collaboration et la nécessité de repenser le management qui en découle (2.2).

2.1 Les résultats : le poids du personnel aux dépens du professionnel dans un contexte de repli sur soi

2.1.1 « Ici, tout fonctionne à l'affect »

2.1.1.1 Affect relationnel, affect psychologique

Les observations menées *in situ* par le biais de l'audit ont permis de souligner dans un premier temps une forme de personnalisation des pratiques aux dépens de la professionnalisation des relations. Cet élément a trait à la collaboration interne et externe horizontale.

Ainsi, il apparaît que les agents ne travaillent essentiellement ensemble que s'ils s'apprécient amicalement. L'information circule entre les personnes qui se sentent capables de travailler ensemble. Les audits ont pu révéler ce réflexe qui consiste à ne s'adresser qu'aux personnes que les professionnels connaissent et considèrent amicalement. Ce critère d'appréciation est purement subjectif et évolue en fonction des tensions interpersonnelles qui dictent les binômes de travail. La collaboration est donc fonction des affinités au sein des services ; les agents dans ce cas de figure communiquent mal, puisque partiellement, l'information. L'affect relationnel entre les professionnels est un des moteurs de la coordination de l'activité au sein de l'établissement. Parallèlement, il y a le cas des agents désabusés qui souhaitaient s'investir et qui se trouvent démotivés par ce manque de professionnalisme dans les relations et par ce qui en résulte parfois, le manque d'investissement de certains. Force de proposition au départ, ils baissent souvent les bras minés par la figure du passager clandestin, autrement dit par ceux qui se contentent de faire pour faire, *a minima*, aux dépens de la dynamique d'équipe. Ici, il est question d'une sorte d'affect psychologique qui mine les volontés de collaborer. Les professionnels s'isolent donc par les clans de travail qu'ils instaurent où par la démotivation qui s'installe, au détriment d'un travail collectif au service des résidents.

2.1.1.2 Les conséquences observées sur le terrain

Dans un premier temps, il est question de tensions qui se forment dès lors qu'un professionnel demande de l'aide à une personne qui n'appartient pas nécessairement à son cercle d'affinités. Ces demandes d'entraide s'opèrent dans un contexte de travail féminin, dans ce « monde de fille » qui empêcherait de voir les choses de façon professionnelle comme le rapporte certains agents en entretien : ainsi, une AS souligne que « *Les équipes travaillent ensemble mais après vraiment ça dépend, c'est du ping pong, je ne trouve pas ça d'un niveau très élevé parce que les filles font beaucoup de cancans* ». L'entraide qui peut se définir comme « une distribution équitable des tâches à l'intérieur d'une équipe, en tenant compte des différences objectives entre leurs membres, leurs ressources physiques ou leurs compétences »⁶¹ ne peut se réaliser naturellement tant la part subjective de la considération de l'autre au travail est importante. En filigrane, il s'agit de se demander comment le poids de l'affect relationnel en est venu à dépasser la nécessité professionnelle de collaborer ensemble ? Le ratio d'encadrement trop faible dans certaines équipes, en souffrance dès lors qu'un agent se trouve en arrêt, peut alors expliquer une certaine lassitude face à la nécessité de devoir toujours plus s'adapter alors que la charge de travail s'alourdit progressivement. Les relations interpersonnelles amicales viendraient insidieusement renforcer le manque de motivation professionnelle, cristallisant les liens affectifs qui régulent les canaux de communication et d'organisation du travail. Ainsi, l'effort lié à la nécessité d'entraide ne sera éludé que si la personne apprécie l'agent qui en fait la demande, prenant sur soi par loyauté amicale et par confiance du service qui lui sera par la suite rendu, sans quoi cela débouche sur une situation conflictuelle à laquelle plus de 50% des professionnels ont été confrontés sur l'année 2016⁶².

L'affect est également psychologique. Ainsi, les personnes motivées et investies déplorent le manque d'énergie des agents qui se contentent d'un minimum alors qu'il est question d'accompagner des personnes vulnérables. De façon paradoxale, beaucoup des professionnels observés au sein de l'établissement sont motivés individuellement par la volonté de bien faire auprès des résidents mais le manque d'investissement de certains affaiblit la dynamique collective et fragilise les mécanismes de solidarité. La somme des motivations individuelles pourtant présentes au sein de la structure ne transforme pas l'équation en un investissement de groupe, solide et pérenne. Il existe donc au sein de l'établissement un bon esprit mais pas réellement d'esprit d'équipe. Les outils managériaux tels que le projet d'établissement, les formations et des temps d'échanges informels existent pourtant. Parallèlement, le *turn-over* au sein de l'établissement est très faible mais l'absentéisme déstabilise ceux qui s'impliquent davantage naturellement et porte le risque du report de charge à chaque arrêt de travail. Une ASH souligne ainsi que « *c'est vrai que ça*

⁶¹ DINU GHEORGHIU M., MOATTY F., juillet 2005, « Les conditions de travail en équipe. Post enquête, conditions et organisation du travail dans les établissements de santé », *DREES/CEE*, n°43, 293p, disponible sur Internet : <http://www.cee-recherche.fr/publications/document-de-travail/les-conditions-du-travail-en-equipe-post-enquete-conditions-et-organisation-du-travail-dans-les>

⁶² Enquête de satisfaction au travail 2016 de l'établissement.

pèse de voir qu'un jour on est trois après on est plus et de nouveau quelqu'un en arrêt ». Il semble alors que « les conflits autour d'opérations supposant habituellement l'entraide des membres d'une équipe interviennent dans des situations de dysfonctionnement institutionnel malgré les manifestations de bonne volonté de la part de ceux qui sont disposés à coopérer ». ⁶³

2.1.2 La guerre des Gaules

2.1.2.1 Un attachement à son périmètre d'action et à son statut

Parallèlement à la dimension psychoaffective des interactions qui fragilise l'établissement, c'est le repli sur soi lié à l'alourdissement des tâches et au flou qui entoure l'évolution du rôle de chacun au sein de l'EHPAD qui est ressorti des observations. Cet aspect a trait à la collaboration externe horizontale et verticale.

Face à l'alourdissement des tâches au sein de l'EHPAD, une double logique est à l'œuvre : les professionnels qui veulent préserver leurs tâches en l'état afin de maintenir un lien avec les résidents, et ceux qui se battent pour ne pas se voir attribuer davantage de travail et éviter de se soumettre à l'inconnu. Anne-Mario Arborio ⁶⁴ souligne l'existence au sein de l'hôpital d'un « sale boulot » qui distingue hiérarchiquement la pratique des infirmiers vis à vis des aides soignants. Si cette idée se retrouve au sein de l'EHPAD Les Ogiers au niveau des IDE/AS et des AS/ASH qui déplorent n'être considérées que comme des « femmes de ménage », il n'existe pas pour autant de nivellement des pratiques aussi figé qu'à l'hôpital ; les infirmières, AS, ASH et les autres services ne se considèrent pas par le prisme de la hiérarchie statutaire au sein de la structure. Ainsi, une infirmière évoque au cours d'un entretien que « moi j'estime qu'on a nos tâches qui ne sont pas plus importantes que celles des ASH, des cuisines », une AS souligne de la même manière « on fait tous parti des maillons de la chaîne, quand le travail est mal fait, c'est tout le monde qui est concerné ». La différenciation de statut s'aborderait ainsi davantage à travers la densité du lien établi avec les usagers comme si la « noblesse de l'objectif de la prise en charge (accompagner les personnes âgées, « prendre soin de nos aînés ») prenait le pas sur les actes à réaliser pour y parvenir (faire des toilettes, des transferts, aider au repas) » ⁶⁵. Un des enjeux devient donc de préserver ces tâches au fondement de leur investissement dans l'EHPAD ou de ne pas amplifier celles déjà présentes, pour ne pas provoquer de surinvestissement. Il est possible de souligner que la relation entre l'augmentation des pathologies et le travail collectif entre équipes semble négative alors même que l'échange et le lien entre professionnels se doivent d'être plus soutenus dans une logique

⁶³ DINU GHEORGHIU M., MOATTY F., juillet 2005, « Les conditions de travail en équipe. Post enquête, conditions et organisation du travail dans les établissements de santé », DREES/CEE, n°43, 293p, disponible sur Internet : <http://www.cee-recherche.fr/publications/document-de-travail/les-conditions-du-travail-en-equipe-post-enquete-conditions-et-organisation-du-travail-dans-les>

⁶⁴ ARBORIO AM., 2012, *Un personnel invisible Les aides-soignantes à l'hôpital*, 2^{ème} édition augmentée, Paris : Economica et Anthropos, 327p.

⁶⁵ MARQUIER R., VROYLANDT T., CHENAL M. et al., septembre 2016, « Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés », *Les Dossiers de la Drees*, n°5, 32p, disponible sur Internet : <http://drees.solidariteessante.gouv.fr/IMG/pdf/dd05.pdf>

holistique de l'accompagnement. Il s'agirait alors d'inverser la relation entre augmentation des pathologies et collaboration au travail, pour que plus l'état de santé des résidents décline, plus le lien entre professionnels et entre services se resserre afin de trouver des réponses adaptées et parfois innovantes aux besoins et attentes des personnes accueillies. Collaborer serait un levier pour rester davantage auprès des résidents et diluerait l'intensification des tâches à accomplir.

C'est également la peur liée à la position des professionnels au sein de l'établissement qui entraîne une forme de lutte pour préserver sa place et son statut aux dépens d'un travail collectif. Face à l'absentéisme et au manque de financements, le recrutement de contractuels est de plus en plus fréquent notamment avec les contrats aidés. Le lien entre contractuels et titulaires interroge les agents fonctionnaires qui se sentent déstabilisés et pas assez considérés, « *les intérimaires étant plus valorisés que nous les embauchés* »⁶⁶. Cette précarisation du travail « due au déséquilibre induit par la présence constante de remplaçants, dont le *turn-over* bouleverse l'organisation du travail, la définition des tâches et les relations entre agents »⁶⁷ provoque une perte de repères notamment pour les plus anciens qui voient leur quotidien et leurs habitudes bouleversés. L'insécurité liée à leur rôle qui ne cesse de devoir s'adapter provoque une sorte de malaise fragilisant la volonté de collaborer avec les nouveaux agents qu'il faut à « chaque fois accueillir, informer, tenter de les fidéliser, résoudre leurs difficultés d'intégration »⁶⁸ et ce aux dépens des résidents.

2.1.2.2 Les conséquences concrètes observées sur le terrain

Cette volonté de préserver les tâches qui leur permettent de rester en lien avec les résidents ou leur statut qui les rassure dans le rôle incarné au sein de l'établissement instaure une tentation protectionniste des équipes sur leur propre fonctionnement, aux dépens de la collaboration avec les autres services. Les professionnels rapportent ainsi cette crainte à travers l'idée que « *s'ils nous demandent de faire ça, ça, ça on va devoir travailler plus donc on va se galérer plus* » ; une ASH souligne ainsi :

« Au départ je donnais un coup de main aux AS et on m'a dit d'arrêter parce que j'allais devoir faire ça continuellement après, ça va nous bouffer dans notre temps et on va devoir faire ce que tu fais ».

⁶⁶ Propos recueillis auprès d'un AS.

⁶⁷ DIVAY S., janvier 2017, « Les précaires du care ou les évolutions de la gestion de l'« absentéisme » dans un hôpital local », Sociétés contemporaines, n°77, pp.87-109, disponible sur Internet : <https://www.cairn.info/revue-societes-contemporaines-2010-1-page-87.htm>

⁶⁸ *Ibid.*

Jean-René Loubat⁶⁹ analyse ainsi la réticence des professionnels « à aller dans une direction qu'ils ont du mal à appréhender, parce qu'elle est peu visible. Alors il est tentant de se replier sur sa microculture, ses certitudes (...), bref sur le village gaulois entouré des méchants romains »⁷⁰. Les nouveaux paramètres d'accompagnement liés notamment au respect de normes de plus en plus étoffées à garantir avec de potentielles évolutions des pratiques et du déroulé des journées sont en outre « perçues par les professionnels comme inutiles car correspondant à des tâches supplémentaires non consacrées à la prise en charge du résident et donc non essentielles.⁷¹ » Chaque équipe cherche donc à préserver son périmètre tel que défini actuellement malgré les tensions que cela génère comme le souligne une aide-soignante en entretien : « *Parfois j'ai des réflexions, comme « Oh c'est une couche dans la poubelle bah je ne jette pas la poubelle », ben si on commence comme ça on n'a pas fini, on ne va pas commencer comme ça, nous on la vide automatiquement. Faut discuter plus sinon c'est invivable* ».

Il existe donc un flou dans les relations entre services qui se fragmentent au regard de l'importance du lien entretenu avec les résidents et également du statut détenu au sein de l'établissement. Le travail collectif s'en trouve fragilisé sous le poids de l'alourdissement des tâches à effectuer ; ainsi, la collaboration entre l'infirmier et l'aide soignant, élément décisif du décret de compétences des IDE⁷², s'efface face à cette volonté de chacun d'eux de garder la main sur le lien avec les résidents dans un cadre qui manque de lisibilité pour donner à chacun une place cohérente et dédiée. Il existe ainsi « un sentiment d'usure et de démotivation, une perte de sens commun et une sensation de se trouver dans un système paradoxal à la fois routinier et de haute incertitude, entraînant un repli des personnels sur des appartenances catégorielles ou groupales »⁷³.

Il est possible d'analyser ces résultats à travers l'idée de la question de l'interconnaissance et de l'identité professionnelle.

2.2 L'analyse : le règne paradoxal « du chacun pour soi » dans un établissement de tradition familiale

2.2.1 L'enjeu de la question de l'interconnaissance

2.2.1.1 La problématique soulevée par l'analyse

⁶⁹ CONNANGLE S., VERCAUTEREN R., 2004, *Missions et management des équipes en établissements pour personnes âgées, De la relation humaine aux motivations*, Ramonville Saint-Agne : Pratiques gérontologiques et Eres, 145p.

⁷⁰ LOUBAT JR., 2004, *Penser le management en action sociale et médico-sociale*, 2ème édition, Paris : Dunod, 432p.

⁷¹ *Ibid.*

⁷² Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code, JORF n°183 du 8 août 2004 page 37087 texte n° 37086

⁷³ LOUBAT JR., 2004, *Penser le management en action sociale et médico-sociale*, 2ème édition, Paris : Dunod, 432p.

A travers ces résultats, il est possible d'analyser la difficulté de collaborer à travers la question de l'interconnaissance. Les professionnels se pensent ainsi capables de travailler ensemble parce qu'ils se connaissent depuis longtemps notamment en ce que l'établissement est « familial », mais les agents ciblent les personnes dont l'affect les rapprochent pour travailler ensemble aux dépens de l'objectif lié à l'accompagnement des résidents. Ils ne travaillent donc pas ensemble spontanément ce qui ne permet pas d'assurer une transmission de l'information à tout moment et à tous les professionnels.

Parallèlement la question de l'interconnaissance c'est également celle de l'investissement ; en étant démotivé par les personnes qui travaillent *a minima*, certains professionnels baissent les bras et agissent, à mesure de leur démotivation, de façon impersonnelle au sein de l'établissement, ne permettant pas d'un point de vue managérial de les connaître, de connaître leurs motivations nécessaires à la collaboration. La question de l'interconnaissance est donc celle de la collaboration à la fois interne et horizontale mais également verticale. L'interconnaissance c'est l'idée de se connaître professionnellement et de se donner à connaître. Il est question de passer de l'interconnaissance affective à l'interconnaissance objective centrée autour d'objectifs communs et non plus d'affinités.

2.2.1.2 Les enjeux managériaux

Cet enjeu souligne que la communication au sein d'un service et entre services n'est pas un fait acquis et naturel ; il ne suffit pas en effet que les personnes appartiennent à un même groupe pour qu'il leur revienne instinctivement de se comprendre et d'anticiper les besoins qu'ils peuvent avoir concernant l'accompagnement des résidents. La communication c'est avant tout la connaissance de l'autre et l'apprentissage d'un rapport professionnel qui n'est pas inné, au lieu de quoi il s'agit instinctivement de se rapprocher des personnes qui affectivement nous ressemblent. Il est nécessaire qu'il y ait une volonté de collaborer grâce à un projet qui fasse sens professionnellement afin de créer des liens objectifs entre l'ensemble des agents.

Aussi, il convient de se départir de la certitude que les agents dans le médico-social ont une vocation, à tous les niveaux des services, de travailler auprès de la personne âgée ; si pour beaucoup c'est un réel investissement qu'il s'agit d'accomplir, les personnes pour qui ce dévouement est moins naturel parviennent à détourner les standards d'accompagnement de résultats pour se donner au moindre effort, affaiblissant la volonté des autres de travailler en commun pour produire une action adaptée aux demandes des résidents. Ainsi, les règles impersonnelles et le fonctionnement en routine sont confortables face au risque d'innover qui pourrait bouleverser les pratiques. Cette volonté de changer en faisant avancer les choses est d'ailleurs souvent mal perçue ; un professionnel souligne en effet que « *Des fois on n'ose pas par rapport à d'autres collègues parce qu'on sait qu'il va y avoir des répercussions* ». Cela souligne en filigrane l'importance de la motivation et du climat de confiance.

L'enjeu est alors de se connaître professionnellement pour communiquer efficacement et en toute confiance grâce à un projet et un cadre commun.

2.2.2 La question de l'identité professionnelle

2.2.2.1 La problématique soulevée par l'analyse

L'autre réponse au manque de collaboration s'aborde à travers la question de l'identité professionnelle. Il est question au sein de l'EHPAD Les Ogiers du paradoxe d'un attachement à son identité professionnelle qui pourtant se dilue dans la nécessité d'accompagner de façon globale les résidents à mesure que les pathologies s'alourdissent avec la conséquence d'un repli sur soi et d'une désorganisation latente. Il existe ainsi une certaine incompréhension du travail de l'autre par égocentrisme professionnel lié à la peur d'une augmentation des tâches aux dépens du lien avec les résidents et d'une perte de la valeur de son statut. Chaque service fonctionne sur les standards de prise en charge qu'il lui revient de mettre en œuvre. Les professionnels ne chercheraient donc pas à comprendre le travail des collègues, trop absorbés par les tâches et le périmètre délimité dans lequel ils s'inscrivent afin de satisfaire au mieux les résidents. Ainsi, les ASH soulignent par exemple que *« Beaucoup de remarques proviennent des aides soignantes, comme quoi on n'arrivait jamais à temps, sauf qu'ils ne se mettaient pas à notre place parce qu'on était ailleurs à faire autre chose. Donc ils vérifient, c'est embêtant »*. Les aides soignants évoquent le fait :

« On nous dit qu'il faut aller plus vite mais je ne suis pas là pour faire de la magie, on doit satisfaire tout le monde, on ne va pas bâcler notre travail, c'est des êtres humains. Dans les soins c'est difficile de comprendre la charge de travail qu'on a, parfois ça serait bien de venir voir tout ce qu'on fait pour qu'ils s'en rendent compte ».

Un cadre résume ainsi que *« ce qui manque, c'est peut être ces moments où on peut discuter tous ensemble, pour prendre le temps. Des équipes, il faut apprendre à n'en faire qu'une, apprendre à communiquer, parce qu'ils passent toujours par nous...moi je veux bien mais je n'ai pas réponse à tout et il faut que ça suive. C'est la méconnaissance du travail de l'autre, je leur dis toujours attention votre organisation c'est bien mais il ne faut pas penser qu'à vous, ayez le réflexe de penser aussi aux autres équipes »*. L'identité professionnelle c'est aussi celle du statut qui légitime l'action et rassure les professionnels dans la prise en charge de l'activité. Avec le recrutement de contractuels, c'est l'identité professionnelle non plus en tant que périmètre de pratiques à préserver au regard du service d'appartenance qui est en jeu. En effet, il est question ici de l'implication de professionnels qui se sentent dévoués parce que titularisés mais qui ressentent négativement ce sentiment d'égalité avec des personnes *« de passage »* au sein de l'établissement.

2.2.2.2 Les enjeux managériaux

Les nouveaux besoins des résidents ne s'intègrent pas dans un périmètre d'action strict incombant à un service donné. La nécessité de créer des passerelles entre professionnels quand ils ont appris à fonctionner en autonomie en apportant leurs services à la personne accueillie entraîne la peur de prendre le travail de l'autre et la difficulté de savoir l'écouter pour coopérer. Deux enjeux apparaissent.

Il est alors d'abord question d'un repli sur ce qui peut être appelé l'identité corporatiste : il est en effet possible d'observer cette dynamique au sein des services autour « d'avantages qui ne sont pas alignés sur la réussite de la communauté d'action mais sur le statut et l'appartenance catégorielle ou corporatiste. Dès lors, le manager gère une confédération d'intérêts dont il doit tenir compte en permanence d'autant plus que ces appartenances peuvent être en conflit les unes avec les autres, ne possédant pas nécessairement les mêmes valeurs, les mêmes statuts et les mêmes bénéfiques. Les acteurs réagissent en fonction de leurs intérêts spécifiques qu'ils ne manquent pas de rappeler à leur cadre »⁷⁴. Il s'agit dans un deuxième temps de la question de l'identité de valeurs. Le renouvellement de personnels souvent contractuels ne fonctionnerait pas sur les mêmes principes ou le même degré d'investissement provoquant « l'usure normale des systèmes, et engendrant des crises institutionnelles »⁷⁵. Ces difficultés se caractérisent alors par une absence de repère face à une organisation du travail dans laquelle ils évoluent mais qui ne répond plus aux besoins des résidents ce qui *in fine* affaiblit la volonté de collaborer. Ainsi, les équipes « ne parviennent pas à maintenir l'existence d'une « régulation autonome » en leur sein. Trop accaparées par la lourdeur de leur charge de travail, le poids d'une pression temporelle intériorisée, la présence d'un personnel contractuel de passage qu'il faut encadrer, elles sont difficilement en mesure de prendre des décisions collectives »⁷⁶. La question de l'identité professionnelle au cœur de l'analyse met en avant la nécessité d'une certaine interdépendance et d'une interdisciplinarité dans la prise en charge. Les équipes habituées à fonctionner de façon cloisonnée en suivant les procédés deviennent captives de ce système qui ne leur permet pas de s'adapter pour gérer les situations hors routine. S'adapter devient alors un enjeu de déstabilisation des équipes, qui cherchent à préserver leur organisation qui de façon évidente ne convient plus aux besoins exprimés par les résidents. L'enjeu ici est donc de se comprendre mutuellement au regard d'une place qui est la sienne pour s'adapter les uns aux autres naturellement.

Ces résultats et analyses donnent lieu à un diagnostic managérial à partir duquel il est possible d'affirmer de façon mesurée l'hypothèse évoquée *supra*.

⁷⁴ LOUBAT JR., 2004, *Penser le management en action sociale et médico-sociale*, 2ème édition, Paris : Dunod, 432p.

⁷⁵ *Ibid.*

⁷⁶ DIVAY S., janvier 2017, « Les précaires du care ou les évolutions de la gestion de l'« absentéisme » dans un hôpital local », *Sociétés contemporaines*, n°77, pp.87-109, disponible sur Internet : <https://www.cairn.info/revue-societes-contemporaines-2010-1-page-87.htm>

2.3 Le diagnostic managérial : le manque de collaboration expliqué par l'insuffisance relative du modèle organisationnel de la bureaucratie professionnelle

2.3.1 Les ressorts managériaux des difficultés observées au sein de l'EHPAD Les Ogiers

2.3.1.1 Le défaut de communication

La personnalisation des relations professionnelles, la baisse de motivation des agents face au manque d'investissement de quelques-uns et la peur de surcharge de travail entraînent un défaut de communication. Il existe ainsi une difficulté à se transmettre l'information qui n'est véhiculée que par le prisme d'une communication informelle basée sur les relations psychoaffectives au travail. Ainsi, en dehors des réunions de transmissions et des réunions hebdomadaires de services, les professionnels ne semblent pas être en mesure de se donner naturellement la bonne information, ne possédant ni les réflexes, ni les outils ni même parfois la volonté de trouver le collègue qui en a besoin. Il apparaît ainsi que les seuls moments d'échange ne soient pas suffisants. En dehors de ces instants, les pauses contenues dans le roulement et les pauses informelles constituent les seules courroies de transmission des éléments dont les professionnels doivent tenir compte pour accompagner les résidents. Les ASH, AS et IDE, mais aussi les agents de cuisine et de la blanchisserie précisent ainsi qu'« *[o]n ne discute pas avec les résidents donc on discute encore moins entre nous* ». Ainsi, il arrive fréquemment à l'instar de ce que Sophie Divay a pu observer que « certaines titulaires, excédées par cette désorganisation, prennent parfois des décisions sans consulter leurs collègues, afin de débloquent ponctuellement une situation, mais de telles initiatives sont mal interprétées et vues comme une marque d'autoritarisme provenant de « petits chefs » autoproclamés »⁷⁷. Ce manque de communication a par ailleurs été soulevé lors de l'enquête sur le bien être au travail de 2016. 40% estiment que les moyens de transmission de l'information au sein de l'EHPAD ne sont pas pleinement efficaces. Cela entraîne malentendus et crispations au travail sans que les cadres ne semblent en mesure d'intervenir en dehors des tensions.

2.3.1.2 Le défaut de projet commun...

Au-delà de la communication, c'est la perte de sens dans le travail qui transparait, miroir d'un manque de projet commun connu de tous les professionnels. Le désinvestissement de quelques-uns, les clans ainsi que la peur de l'évolution du travail poussent les professionnels à fonctionner selon leur propres critères et non au regard d'une manière commune de parvenir à

⁷⁷ DIVAY S., janvier 2017, « Les précaires du care ou les évolutions de la gestion de l'« absentéisme » dans un hôpital local », Sociétés contemporaines, n°77, pp.87-109, disponible sur Internet : <https://www.cairn.info/revue-societes-contemporaines-2010-1-page-87.htm>

proposer un accompagnement harmonieux de la personne accueillie. S'il existe une logique participative autour des projets à mener, elle ne semble plus faire suffisamment écho chez l'ensemble des professionnels pour les guider collectivement vers le but commun. Ainsi, ils travaillent pour les résidents mais chacun de leur côté, ce qui est contreproductif et entraîne une perte de sens dans l'investissement. En effet, par le manque de coopération, le résident doit s'adapter à chaque professionnel qui ne fait pas corps avec le reste de l'équipe malgré ce qui est « prôné par la réglementation sur la qualité des établissements »⁷⁸. Par ailleurs, l'absentéisme de courte durée, la faible fréquence des échanges sont tout autant d'éléments qui peuvent indiquer que le « salarié s'interroge sur le sens de son travail et sur sa place dans la structure »⁷⁹. Jean-René Loubat⁸⁰ souligne ainsi que le défaut de véritable projet maîtrisé par tous enferme « [l']organisation autour de contraintes, voire de problèmes (...). L'établissement devient tout entier une aire problématique au lieu d'un espace de construction et de production ». Il devient alors nécessaire de repenser le projet commun en y associant le point de vue de chacun, pour que l'action de tous serve l'investissement personnel qui se fonde dans la logique collective, sans quoi les professionnels se perdent dans l'application de normes et de protocoles qui se concurrencent entre services respectifs. Il est alors davantage question d'une organisation « empirique qui n'est pas toujours pensée par un personnel d'encadrement en fonction d'une méthode globale mais qui répond à une série d'attentes conjoncturelles des acteurs. Le risque est alors grand que la motivation de ces derniers ne soit pas reliée à un résultat mais au respect d'une auto-organisation avantageuse »⁸¹. Il est question en outre de rappeler les objectifs du projet d'établissement et de réanimer la logique collective de travail.

2.3.1.3 ...et de place claire et dédiée à chacun

La complexité du contexte liée à l'évolution des pathologies et du cadre réglementaire qui dicte les normes à appliquer bouscule les habitudes de chacun des professionnels, qui ne parviennent à s'adapter et à trouver une place qui leur correspond au sein de l'établissement. Qui fait quoi ? Il est possible de constater qu'il n'existe pas d'organigramme formalisé au sein de l'établissement. Par ailleurs, toutes les fiches de tâches, bien que signées systématiquement, ne sont pas réellement connues des agents. De plus, des tâches se surajoutent insidieusement au sein des services, sans informer l'ensemble des professionnels entraînant redondance et illisibilité des pratiques. C'est notamment la question des glissements de tâches qui brouille les repères ; le rapport entre la charge de travail et le ratio d'encadrement a parfois entraîné une délégation informelle des tâches au gré des amitiés et complicités, impliquant une perte progressive de lisibilité du rôle de chacun dans l'établissement et un brouillage des responsabilités qui incombent

⁷⁸ MARQUIER R., VROYLANDT T., CHENAL M. et al., septembre 2016, « Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés », *Les Dossiers de la Drees*, n°5, 32p, disponible sur Internet : <http://drees.solidaritesante.gouv.fr/IMG/pdf/dd05.pdf>

⁷⁹ CLOT Y., 2010, *Le travail à cœur, pour en finir avec les risques psychosociaux*, Paris : La découverte, 192p.

⁸⁰ LOUBAT JR., 2004, *Penser le management en action sociale et médico-sociale*, 2^{ème} édition, Paris : Dunod, 432p.

⁸¹ *Ibid.*

aux professionnels selon l'activité qui leur revient. Il s'agit en outre de définir le cadre dans lequel chacun des agents exerce, de façon à ce que chacun puisse y trouver sa place et sache comment compléter celle de son collègue lorsqu'il s'agit de s'adapter à une problématique nouvelle. Ce cadre s'instaure aussi par le biais des cadres ; les audits ont souligné un rôle à jouer pour les managers de proximité qui participent de la motivation des professionnels. Il est en effet attendu d'eux qu'ils structurent l'action sur le terrain en rassurant les équipes, en les aidant à trouver les solutions appropriées et en recadrant les pratiques qui s'écartent de la politique de l'établissement. Professionnaliser ce rôle est ainsi décisif sur le volet opérationnel du management mais il l'est également pour le directeur qui a besoin d'appuyer sa stratégie sur des relais de terrain qui concrétise quotidiennement les axes élaborés au sein du projet d'établissement.

2.3.2 L'insuffisance relative du modèle à l'origine des difficultés de collaborer : retour sur notre hypothèse

2.3.2.1 Les défauts du modèle : quand la bureaucratie professionnelle oublie ses professionnels

A travers les ressorts managériaux des difficultés analysées, il apparaît que le modèle de la bureaucratie professionnelle explique en partie les freins à la collaboration au sein de l'établissement Les Ogiers.

Sur la question de l'interconnaissance, il s'agit de pointer les limites de la coordination de l'activité par la standardisation des qualifications. Les professionnels ne communiquent pas spontanément, il importe d'instaurer un contexte qui favorise les échanges d'informations de façon fluide et naturelle. Associés aux standards de qualification, les agents raisonnent à travers des procédés de mise en oeuvre et des résultats à atteindre. Alors que le formalisme des procédures à appliquer a tendance à rassurer certains professionnels, cela entraîne à l'inverse un isolement des individus qui souhaitent s'investir au-delà des protocoles de prise en charge et enferme les agents dans une sorte de méfiance quant à la nécessité de ne pas dépasser le cadre impersonnel des règles formelles qui dictent leurs pratiques. Le contexte de l'EHPAD de demain invite davantage à impliquer une équipe au-delà du statut et des standards ; « cela se traduit par la valorisation des compétences, de l'initiative et de la responsabilité, et non de la seule tranquillité sociale sanctionnée par la formule « pas de vague » typique des systèmes bureaucratiques »⁸². L'absence de marge de manœuvre n'est pas seulement due à ce cadre administratif contraignant, mais tient aussi à la faible responsabilisation et prise d'initiative, dans un secteur dont la culture historique est plutôt traditionaliste, suiviste et peu encline à l'innovation⁸³.

⁸² LOUBAT JR., 2004, *Penser le management en action sociale et médico-sociale*, 2^{ème} édition, Paris : Dunod, 432p.

⁸³ *Ibid.*

Sur l'enjeu de l'identité professionnelle, il est question de l'incompréhension mutuelle des équipes comme frein à leur collaboration liée à l'habitude de ne répondre aux besoins des résidents qu'à travers les tâches que les professionnels maîtrisent et sur lesquelles ils sont contrôlés. Ainsi, il s'agit de pointer les effets pervers propres au cloisonnement des services et à une organisation du travail qui n'est pas assez souple pour permettre l'adaptation des professionnels. Un des chefs de service évoque ainsi :

« Avant tout le monde faisait tout et l'infirmière était seule et ne faisait que les soins. Moi je trouvais ça bien avec le recul parce que là on cloisonne et peut être pour certains services c'est pour cela que ça ne fonctionnait pas si bien. Y'a 10 ans on a pris un virage ; AS, ASH, IDE, une équipe pour des tâches spécifiques. Et donc ça fonctionnait mieux avant parce que tout le monde faisait tout, y compris la communication. Y'a plus cette relation qu'il y avait avant, si quelque chose était sale tout le monde le faisait, maintenant c'est « moi je fais les lits mais pas le frigo »... on sait que l'ASH fait ça, l'AS ça et personne ne considère plus le rôle de l'autre...ca devient très vite compliqué. »

L'idée est d'admettre qu'il est nécessaire de mettre en place un cadre strict mais limité, au sein duquel toute la souplesse d'action est tolérée voire encouragée. Les notions de territoires et d'équipes se trouvent également réinterrogées, n'obéissant plus à une logique corporatiste ou d'unité de lieu⁸⁴. Il s'agit ainsi de dépasser cette « rigidité formelle (propre à la bureaucratie) de traitement des rapports collectifs ainsi que cette grande dépendance à l'égard de toute forme d'autorité charismatique ou légale car les individus ne trouvent pas le moyens de faire valoir facilement leurs points de vue personnels dans les échanges professionnels⁸⁵ ». L'enjeu étant au contraire de décroisonner pour réduire les distances entre acteurs, renforcer les compétences collectives, favoriser un climat interne positif et un réel partenariat tout en évitant de nier les spécificités de chacun au sein de l'établissement.

2.3.2.2 Les atouts intrinsèques au modèle

Pour autant, la bureaucratie professionnelle apporte également des points positifs dans l'établissement à la fois pour le directeur mais aussi pour les professionnels.

Tout d'abord, un établissement de la fonction publique se doit de respecter un cadre juridique strict qui implique le respect de la hiérarchie nécessaire à l'organisation pérenne d'une activité devant garantir le respect des principes du service publique associé à la nécessité de

⁸⁴ LOUBAT JR., 2004, *Penser le management en action sociale et médico-sociale*, 2^{ème} édition, Paris : Dunod, 432p.

⁸⁵ SAINSAULIEU R., 2014, *L'identité au travail*, 4^{ème} édition augmentée, Paris : Les presses sciences-po, 597p.

sécurité de prise en charge des résidents. En filigrane, il est question de responsabilités. La notion de responsabilité peut-elle se fondre avec l'horizontalité des rapports ? Face à des impératifs de bientraitance et de la garantie du respect du cadre, la verticalité des relations de travail est nécessaire à travers la nécessité pour le directeur de prendre des décisions. Pour autant, la responsabilité n'est pas seulement juridique, elle est également qualitative. Ainsi, l'infirmière ne doit pas être la seule impliquée dans la démarche ; la chaîne de responsabilités pointe l'implication de l'ensemble des professionnels qui, en collaborant davantage, permettent la mise en place d'un accompagnement de qualité et la prise de décision partagée et éclairée. Il s'agit ainsi de parler d'horizontalité d'approche du résident, qui n'empêche pas la verticalité liée à la décision. Dès lors, la hiérarchie relative au système de la bureaucratie est une nécessité qui n'est pas incompatible avec l'idée d'une division des tâches qui s'articulant autour la notion d'horizontalité du dialogue et de verticalité de la prise de décision.

Ensuite, les professionnels ont besoin de cadre pour pouvoir se repérer et avancer. Un cadre est nécessairement contraignant. La bureaucratie professionnelle l'instaure en partie à travers les protocoles à appliquer et les normes à respecter, grâce à un sommet stratégique qui, comme ce qui vient d'être rappelé, est décisif en ce qu'il supervise le respect du cadre et oriente les initiatives en son sein. Aussi, les impératifs liés à la bientraitance nécessitent le suivi et le contrôle de l'application des normes et des recommandations grâce à une direction qui se doit d'être stricte sur ces enjeux. La logique qui a trait à la qualité souligne que la bureaucratie professionnelle dans les règles qu'elle impose est juste. Plus encore, c'est par le cadre qui est instauré que les professionnels parviennent à s'approprier les normes à respecter à partir desquelles il leur est possible de proposer et d'innover en travaillant ensemble. La bureaucratie professionnelle est ainsi également moteur de la collaboration entre équipes.

Le modèle de la bureaucratie est remis en cause par le diagnostic managérial bien qu'il présente des caractéristiques qu'il est indispensable de prendre en compte pour repenser le modèle organisationnel de l'EHPAD Les Ogiers. Si il explique la difficulté de collaboration rendue pourtant nécessaire pour accompagner les résidents, il présente également des caractéristiques fondamentales au fonctionnement des établissements médico-sociaux de la fonction publique hospitalière. Certains éléments propres à l'adhocratie tels que l'absence de protocoles de travail, de résultats à atteindre, ne peuvent ainsi se retrouver dans le management appliqué à un EHPAD car il est nécessaire d'encadrer par des normes la prise en charge des personnes accueillies. Il s'agit donc de s'inspirer de la logique adhocratique à travers le mode de communication qu'elle promeut, le lien entre services sur lequel elle repose et la souplesse d'action qu'elle induit pour proposer un modèle qui s'adapte à l'EHPAD de demain. Un modèle à mi chemin entre les impératifs de qualité de vie des résidents, de vie au travail des professionnels et de la collaboration entre équipes. La nécessité de collaborer en se posant la question de l'interconnaissance et de l'identité professionnelle amène à s'interroger autour de l'adhocratie comme inspiration de schéma idéal-

typique de fonctionnement d'une structure médico-sociale évoluant dans un contexte complexe et interactif et devant faire preuve d'adaptation et de réactivité. Ce diagnostic s'intègre dans cette logique qui touche en effet les institutions médico-sociales qui s'orientent progressivement vers un management davantage fondé sur le collaboratif et sur la mobilisation de l'intelligence collective, éléments qui répondant en outre à un univers instable avec des professionnels qui souhaitent participer toujours plus à l'activité qui encadre le bien être des usagers.⁸⁶

La démarche rappelle ainsi ce que le décret de compétences des infirmiers met en avant ; il est question de promouvoir une collaboration qui « peut s'inscrire dans le cadre des protocoles de soins infirmiers ».⁸⁷ L'enjeu est donc de conjuguer collaboration, cadre nécessaire et mesuré pour rendre effectif le travail collectif.

Ainsi, l'enquête révèle qu'il existe bien un manque d'interdépendance, d'interdisciplinarité et de communication, et ce manque s'explique dans une certaine mesure par le fonctionnement bureaucratique. L'hypothèse interrogée dans ce mémoire par ces investigations s'affirme de façon relative, permettant de repenser dans une juste mesure le modèle organisationnel de l'EHPAD de demain.

⁸⁶ HEINRY H., 2016, *La fabrique du changement au quotidien, paroles de directeurs*, Rennes : Presses de l'EHESP, 239p.

⁸⁷ Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code, JORF n°183 du 8 août 2004 page 37087 texte n° 37086, article R.4311-4

III. La « collaboration qualitative » : une proposition issue d'une réflexion partagée autour de la mise en place d'une organisation dédiée aux établissements médico-sociaux évoluant dans un environnement complexe

L'idée de la « collaboration qualitative » s'est constituée autour d'un plan d'action qui a pu être dégagé à l'issue d'une réflexion partagée au sein de l'EHPAD Les Ogiers en prenant en compte le diagnostic fondé sur l'enquête de terrain (3.1). Des préconisations opérationnelles ont ensuite permis de proposer des actions concrètes pour déployer cette proposition de modèle (3.2).

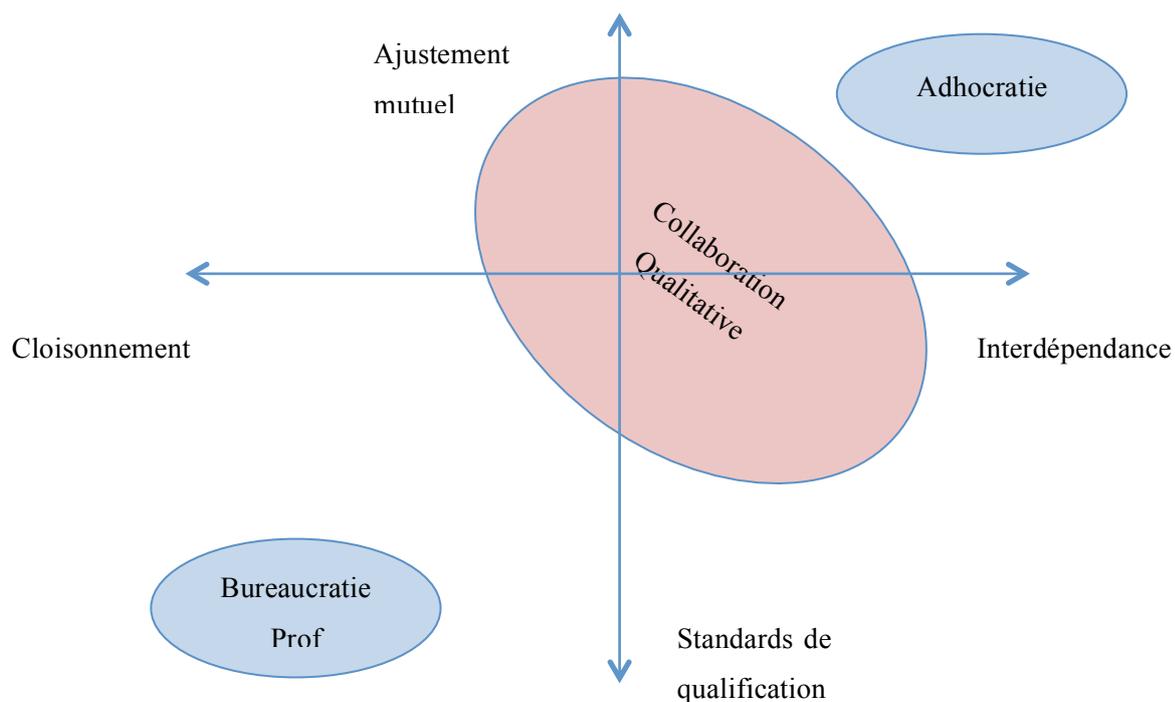
3.1 L'élaboration du plan d'action développé au sein de l'établissement Les Ogiers : conditions et stratégie constitutives du modèle proposé par la direction

3.1.1 Les caractéristiques du modèle et les préalables requis à son fonctionnement

3.1.1.1 Un modèle au carrefour de la bureaucratie et de l'adhocratie

Ce modèle peut être appelé collaboration qualitative : il part du postulat selon lequel « chaque intervenant doit reconnaître que seul, il ne peut pas donner entière satisfaction au résident et qu'il a besoin par conséquent de faire appel à des spécialistes d'autres disciplines »⁸⁸. Chacun contribue à l'accompagnement des résidents grâce à ses compétences qui complètent les savoir-être et savoir-faire de l'ensemble des professionnels de la structure. L'aspect qualitatif de la collaboration renvoie à la nécessité de respecter la réglementation qui encadre notamment les enjeux de bientraitance et de qualité de vie au travail, par le biais de normes essentielles à respecter. Il est ainsi question à la fois de bien être de la personne accueillie qui ne peut être garanti qu'au travers du bien être des professionnels qui agissent en ce sens. Il s'agit en outre d'assurer un cadre strict induit par les lois relatives à la prise en charge en EHPAD ou aux droits des agents, qu'ils soient contractuels ou fonctionnaires. Ce cadre strict ne doit pas pour autant étouffer les pratiques des professionnels, devenant dès lors contreproductif, comme ce qui a pu être soulevé, à travers les effets pervers de toute forme de standardisation des procédés ou des résultats qui contrevient à l'assurance d'un accompagnement harmonieux des résidents. Ainsi, toute forme de souplesse dans la prise d'initiative est encouragée afin de laisser la possibilité aux professionnels de pouvoir s'adapter, et plus encore d'innover.

⁸⁸ CONNANGLE S., VERCAUTEREN R., 2004, *Missions et management des équipes en établissements pour personnes âgées, De la relation humaine aux motivations*, Ramonville Saint-Agne : Pratiques gérontologiques et Eres, 145p.



Ainsi, au sein du modèle de la collaboration qualitative, il convient de repenser la ligne hiérarchique qui répond moins à la forme pyramidale qu'à l'idée d'une action circulaire au centre de laquelle se trouve la problématique du résident. Il n'est pas simplement question de procéder de haut en bas dans la suggestion des dispositifs à appliquer, ni inversement de bas en haut dans la proposition des préconisations à mettre en œuvre, mais en réseau comme une sorte « d'effet boomerang » symbolisant le dialogue dans la recherche d'amélioration continue des pratiques. Les acteurs s'investissent au sein de la structure à travers l'idée d'une circularité des pratiques qui « privilégie la transversalité aux seules relations verticales et se manifeste par un siège technique et de multiples pools de compétences intervenant auprès du bénéficiaire et de son environnement de façon personnalisée. Au plan managérial, l'organigramme de l'opérateur se trouve remodelé et ne suit plus une logique pyramidale »⁸⁹. Ainsi, les dynamiques qui soutiennent ce modèle s'articulent autour :

- de relations *bottom-up* et *top-down* privilégiant l'horizontalité des propositions et la verticalité dans le conseil, la supervision et la prise définitive des décisions,
- de solution par le dialogue et les compétences plus que par les standards d'application,
- de l'interdisciplinarité dans l'organisation du travail.

Il s'agit concrètement de remettre en question le cloisonnement des services. Concernant la ligne hiérarchique souvent partagée par une double légitimité, il est question de se servir de cette dynamique pour dépasser la confrontation des postures au bénéfice d'une coproduction des projets ; le personnel encadrant est donc celui qui au regard de son expertise et de ses

⁸⁹ LOUBAT JR., 2004, *Penser le management en action sociale et médico-sociale*, 2ème édition, Paris : Dunod, 432p.

responsabilités oriente la discussion et arrête les décisions mais n'impose pas la marche à suivre. Celle-ci s'opère de manière circulaire, sous la force d'un dialogue en présupposant des allers retours dans le processus de construction des dispositifs. Ce dialogue est permis grâce au cadre strict connu des professionnels qui, conscients des normes à respecter et des protocoles à appliquer, peuvent prendre l'initiative de projets innovants et réalisables. Le directeur conjugue alors les propositions co-construites de terrain pour présenter une stratégie pour l'établissement ; il donne l'orientation, appuie les cadres qui sont indispensables. Il est donc celui qui fait le lien entre la culture, l'héritage de l'établissement, les questions opérationnelles du quotidien et les nécessités de demain, en s'interrogeant sur la place de la structure dans l'environnement et les moyens dont il dispose pour faire évoluer l'offre de soins dans un contexte de regroupement et de travail en réseau des établissements médico-sociaux. Les axes constitutifs de ce modèle sont ainsi⁹⁰:

- Un cadre pour le respect des normes qui soit simple, limité à la stricte nécessité et explicité,
- Au sein du cadre délimité, la promotion d'une grande souplesse caractérisée par la notion d'ajustement mutuel permettant l'autonomie définie comme⁹¹: « une aide où chacun sait qui aller voir en cas de difficulté, l'autonomie est conquise dans la polyvalence, progressivement avec l'aide des collègues », et non plus une autonomie synonyme de cloisonnement,
- des principes d'interdépendance des acteurs rassemblés autour du résident, socle du projet commun.

L'enjeu de ce modèle est donc de promouvoir l'intelligence collective autour d'un projet qui est en mesure de s'adapter aux résidents par le prisme de la collaboration, les compétences de tous étant nécessaires pour trouver les bonnes réponses aux problématiques rencontrées. Il s'agit en outre de dépasser le modèle bureaucratique pour permettre un établissement au sein duquel « l'imprévu, l'incertain, le flou, l'urgence et les menaces ont leur part et qui aboutit à désacraliser l'idée de rationalité absolue »⁹², tout en préservant les aspects nécessaires au fonctionnement d'un établissement de la fonction publique hospitalière. S'inspirer de l'adhocratie est ainsi intéressant pour mettre en place une structure adaptative permettant d'absorber les changements qui reconditionnent l'environnement de travail. Il est donc question de modéliser une organisation autour de la nécessité d'une communication transversale fluide et naturelle entre les professionnels pour assurer une coopération horizontale, et non plus simplement hiérarchique, qui convient davantage à un environnement stable et prévisible. Il s'agit de penser un cadre spécifique limité permettant d'appliquer les normes strictement tout en laissant la souplesse nécessaire à l'innovation.

⁹⁰ Annexe n°5 : Schéma de la collaboration qualitative : le modèle de « La clé »

⁹¹ DINU GHEORGHIU M., MOATTY F., juillet 2005, « Les conditions de travail en équipe. Post enquête, conditions et organisation du travail dans les établissements de santé », *DREES/CEE*, n°43, 293p, disponible sur Internet

⁹² FRIEDENSON P., 2001, Les apports de l'histoire des entreprises, dans Pouchet A. *Sociologies du travail*, 40 an après, Elsevier, Paris

| Modèle | Partie clé de l'organisation | Mécanisme de coordination principale de l'activité | Facteur de contingence |
|------------------------------|--|--|--------------------------------------|
| Bureaucratie professionnelle | Centre opérationnel | Standardisation des qualifications via la formation | Environnement complexe mais stable |
| Adhocratie | Centre opérationnel et services de soutien | Ajustement mutuel par simple communication informelle et relation de proximité | Environnement complexe et non stable |
| Collaboration qualitative | Centre opérationnel, services de soutien Ligne hiérarchique | Ajustement mutuel par le biais de réflexes formalisés par un cadre connu des acteurs | Environnement complexe et non stable |

3.1.1.2 Préalables

Pour pouvoir mettre en place ce modèle, trois éléments déterminants sont décisifs au sein de l'établissement, sans quoi les préconisations proposées ne peuvent être effectives.

Il s'agit dans un premier temps de l'importance de la culture commune, élément fédérateur des professionnels, clé de la motivation de chacun d'eux en ce qu'elle donne du sens au travail à accomplir et permet de dépasser l'aspect personnel des relations pour promouvoir l'investissement professionnel de tous. L'idée au sein de l'EHPAD Les Ogiers est de donner un nouveau souffle à ce sentiment d'appartenance commune. Il a souvent été dit que « *Les Ogiers, c'est Les Ogiers, on y est attaché* »⁹³ mais pour autant, plusieurs éléments constitutifs de la culture semblent manquer⁹⁴ :

| | Présent, partiellement, non présent | Enjeux |
|---|-------------------------------------|--|
| L'existence de croyances et valeurs qui orientent et unifient les conduites | Partiellement | Travailler sur l'interconnaissance par le management de projet |
| L'intégration de mythes et symboles qui assurent la cohésion et l'identité | Partiellement | |
| Un processus de socialisation et de formation identifié par l'organisation qui structure le projet et la compétence | Présent | |
| Un ensemble de places, fonctions et rôles qui permettent la différenciation et la complémentarité | Non présent | Travailler sur l'identité par l'organisation du travail |
| Un système d'organisation du pouvoir de distinction des niveaux d'autorité | Présent | |

⁹³ Propos recueillis auprès d'un AS.

⁹⁴ LOUBAT JR., 2004, *Penser le management en action sociale et médico-sociale*, 2ème édition, Paris : Dunod, 432p.

Ensuite, il importe d'instaurer un cadre en s'appuyant notamment sur le rôle des managers de proximité. Ils sont un verrou central de la politique de l'établissement, qu'ils doivent transmettre à leurs équipes pour qu'elles puissent s'en saisir afin de proposer les éléments nouveaux dont la structure a besoin pour avancer. Les solutions les plus adéquates venant souvent du terrain, ils sont cette courroie de transmission pour que le modèle organisationnel caractérisé par le schéma de la clé puisse rester circulaire tout en étant solide grâce à leurs conseils avisés. En effet, « [d]e plus en plus reconnu comme un élément charnière et donc indispensable de toute organisation, le cadre a pour principale fonction de rendre opératoires les orientations et la mission d'un établissement »⁹⁵. Ils sont importants, notamment au sein des EHPAD autonomes où l'équipe de direction se constituait anciennement simplement du directeur ; pour donner toute la place nécessaire aux équipes, il est donc indispensable que des relais de terrain puissent faire respecter le cadre, les superviser, laissant au directeur toute la latitude d'incrémenter les solutions opérationnelles de terrain au sein de la stratégie générale de l'établissement à travers un projet qui fasse sens. Ils sont en outre importants pour les équipes dans la mesure où ils influencent comme le souligne Michel Crozier, « l'humeur de leurs subordonnés. L'analyse par groupe de travail sans faire explicitement état de l'ambiance, montre d'une part que les employés étaient beaucoup plus mécontents d'un chef « laisser faire » que d'un chef au style affirmé, libéral ou autoritaire »⁹⁶.

Enfin, la motivation de tous est un élément nécessaire pour animer la culture et le cadre imposé. C'est en outre le rôle du directeur d'insuffler une dynamique positive, de mettre en valeur « l'unité et le destin du groupe en accréditant cette illusion groupale, ce qui la rend plausible, productive, intéressante, parfois sublime »⁹⁷. Cette dynamique n'est pas à négliger ; le besoin de reconnaissance ressort notamment des audits et le soutien du directeur y est pour beaucoup dans la motivation et l'investissement des équipes. En effet, « le rôle du manager se distingue de la seule fonction hiérarchique de gestion et de contrôle, pour laquelle un code de procédures suffirait » ; il doit aussi « emballer c'est à dire entraîner avec lui d'autres acteurs dans un projet commun, une entreprise, et pour ce faire agir sur les ressorts psychosociaux et culturels qui s'avèrent intrinsèques à l'organisation elle-même »⁹⁸.

3.1.2 Méthode et stratégie de la mise en œuvre du modèle dit de « collaboration qualitative » au sein des Ogiers

3.1.2.1 Le choix de management

⁹⁵ LOUBAT JR., 2004, *Penser le management en action sociale et médico-sociale*, 2ème édition, Paris : Dunod, 432p.

⁹⁶ SAINSAULIEU R., 2014, *L'identité au travail*, 4^{ème} édition augmentée, Paris : Les presses sciences-po, 597p.

⁹⁷ LOUBAT JR., 2004, *Penser le management en action sociale et médico-sociale*, 2ème édition, Paris : Dunod, 432p.

⁹⁸ *Ibid.*

Le choix du management est décisif en ce qu'il donne du sens et de l'épaisseur au modèle par définition statique de l'organisation. Il s'est effectué à la lumière des besoins observés au sein de l'EHPAD Les Ogiers et des caractéristiques relatives au modèle proposé de la collaboration qualitative. Ces besoins sont multiples : il est question d'accompagner au changement les professionnels vers cette nouvelle manière de fonctionner et de leur apprendre progressivement à en être moteur. Sur ce premier point, les éléments traditionnels relatifs au refus du changement ont été observés au sein de la structure ; toute évolution a d'abord été considérée comme impossible à atteindre, d'autant que rien ne peut changer parce que cela a toujours fonctionné ainsi, et que chacun avait déjà donné de soi s'attendant à ce que le changement vienne de l'autre.

Pour dépasser toute forme de désespérance, de position défensive et contrariée, il a été question de privilégier le management dit « transitionnel » ; une importance au temps dans la structuration de l'audit, ainsi que dans l'explication de la démarche et des préconisations imaginées, a donc été centrale. La tentation aurait été d'essayer de faire aboutir un modèle qui n'a pas vocation à être appliqué à la lettre dans les huit mois de stage impartis. Pour autant, il a été décidé de s'écarter de cette temporalité pour s'adapter au rythme des professionnels et des résidents. Une des critiques formulées concernant la mission de l'audit a été celle d'avoir eu envie d'avancer au rythme du stage ; les audits ont ainsi été réalisés, mais la suite de la mise en place du modèle a fait l'objet d'un plan d'action qui se déroule sur le temps long et non sur celui du stage, malgré la frustration de rester au stade de l'imagination et de l'explication aux dépens de l'expérimentation et de l'évaluation. Ainsi, « Le temps est un allié dans le changement...L'évaluation du facteur temps est un gage de réussite ou d'échec. Le changement relève d'une pédagogie appropriée et l'apprentissage et l'expérience sont structurants pour son élaboration et sa validation »⁹⁹. C'est en prenant le temps d'expliquer qu'il est possible de clarifier le cadre du changement et de rassurer les équipes pour plus d'adhésion au projet. Il a donc été question de partir du facteur humain en étant aux côtés des équipes pour informer, expliquer les enjeux et susciter l'adhésion, impliquer les collaborateurs dans le changement comme acteurs responsables et favoriser leur autonomie.

Parallèlement au management transitionnel, c'est le choix du management par projet qui a été fait dans la mesure où il est lui-même le reflet du modèle collaboratif qualitatif. Il est en effet question d'associer les professionnels à travers une réflexion collective permettant de proposer des solutions adaptées aux besoins pour plus de cohésion et de cohérence ; dans la forme comme dans le fond, ce mode de management a servi la stratégie de l'établissement par la mise en place de groupes de travail introduisant l'idée de responsabilités partagées dans la démarche de réflexion, chacun apprenant à être responsable de l'évolution de l'établissement. Le management par les compétences est venu compléter le management par projet à travers la logique de l'*empowerment*

⁹⁹ LEFEVRE P., 2016, *Guide du directeur en action sociale et médico-sociale*, 4ème édition, Paris : Dunod, 416p

qui s'est inscrite de la même façon au cœur du modèle de la collaboration qualitative. Il est question en outre de repérer « des potentialités et leur meilleure utilisation. Il s'agit de la sollicitation d'une implication accrue des responsabilités de l'individu soumise à certaines conditions, à un contrôle de l'atteinte des objectifs »¹⁰⁰.

3.1.2.2 La méthode adoptée

La réflexion sur la méthode s'est articulée autour de la question de savoir comment mettre en œuvre une stratégie répondant à la nécessité d'instaurer le modèle de la collaboration qualitative au sein de l'EHPAD. L'enjeu était ainsi de répondre aux objectifs relatifs au modèle issu du diagnostic en respectant le temps de l'établissement. Le temps de l'établissement, c'est le temps des professionnels qui avancent à leur rythme mais également celui des résidents. C'est à partir de leur tempo qu'il convient de repenser le modèle organisationnel dans lequel la collaboration qualitative fait sens. Ainsi, il a été décidé de procéder par vagues successives et progressives de préconisations en respectant ces trois impératifs : expliquer, discuter et amender avant d'expérimenter. En effet, il importe d'aborder le changement de façon méthodique en reconnaissant d'abord les pratiques de base des professionnels, en leur laissant le temps d'intégrer en quoi ils peuvent mieux faire et en quoi cet enjeu est central, et enfin en les impliquant pour qu'ils saisissent que le changement est bénéfique pour tous. Ainsi, les préconisations qui ont pu être faites ont été systématiquement exposées aux équipes, qui ont eu ensuite deux semaines pour demander des éclaircissements ou établir des changements selon leurs expertises de terrain¹⁰¹.

Ces vagues successives se sont ainsi enchaînées en fonction des audits : d'abord le besoin de court terme de répondre aux attentes professionnelles en proposant une amélioration de leurs conditions et de leur organisation de travail. Ensuite et à long terme, c'est l'ensemble de l'organisation de l'établissement qui sera revue en y ajoutant les besoins des résidents. Cette logique de long terme se construit ainsi avec les agents qui ont été interrogés pour constituer la base de travail nécessaire à la mise en place du cadre constitutif des repères des professionnels pour parvenir à travailler ensemble. Ainsi, trois vagues d'évolutions se sont déroulées :

- la vague 1 de court terme répondant aux besoins de chaque service pour se montrer à l'écoute des difficultés de chacun et surtout pour poser les principes socles de la collaboration¹⁰²,
- la vague 2 instaurant le cadre nécessaire à la mise en place du modèle de la collaboration qualitative, pour que ces principes puissent faire sens et être pérennes,
- la vague 3 posant l'essence global du système, comme dynamique dans laquelle les principes s'imposent.

¹⁰⁰ LOUBAT JR., 2004, *Penser le management en action sociale et médico-sociale*, 2ème édition, Paris : Dunod, 432p.

¹⁰¹ Annexe n°2 : Méthode des audits

¹⁰² Il n'est pas question de revenir sur les évolutions de court terme de chaque service en ce qu'elles ne concernent pas toujours la nécessité de collaborer au sein de l'établissement ; ne seront exposées que les propositions qui contribuent à instaurer le modèle proposé.

Il n'était pas possible de procéder en commençant par l'essence, puis le cadre et enfin les principes propres au fonctionnement. En effet, il a fallu tenir compte des attentes des professionnels en répondant concrètement par des actions post audit, qui se sont matérialisées par la mise en œuvre progressive des principes relatifs à la pratique collaborative. La réflexion sur la logique a du être préparée plus en amont pour que les professionnels comprennent la démarche c'est pourquoi elle n'a été discutée qu'après. Enfin, les fondements se sont progressivement et parallèlement érigés à mesure que la démarche a été systématiquement expliquée.

| | Vague 1 | Vague 2 | Vague 3 |
|----------------------|---|--------------------------------------|---|
| | Tout au long des audits (décembre 2016 – juin 2017) | A partir de juillet 2017 | A partir de mai 2017 |
| Collaboration | Horizontale | Verticale | Globale |
| Interne | Interconnaissance = manque de communication, importance de l'ajustement mutuel -> Reco n°1 | Cadre et cadres -> Reco n°3 | Journée idéale REISAU -> Reco n°4 et 5 |
| Externe | Identité professionnelle = incompréhension et cloisonnement des services -> Reco n°2 | Culture et motivation -> Reco n°3 | |

↓
Principes d'action
(les moyens)

↓
Fondements
(le cadre)

↓
Essence du modèle
(la logique)

L'ensemble de ces phases cherche à instaurer le modèle collaboratif qualitatif qui passe par la compréhension du travail de l'autre pour s'entraider, la connaissance de ses collègues pour communiquer afin d'être en capacité de s'adapter à un contexte complexe et imprévisible. Des actions transversales ont été pensées pour promouvoir l'interdisciplinarité en favorisant le décloisonnement. La constitution de savoirs partagés a également été mise en avant pour permettre l'ajustement mutuel des professionnels ainsi qu'une meilleure communication autour des problématiques rencontrées, et donc pour l'innovation. Enfin, les relations interservices ont été développées afin de permettre l'interdépendance des acteurs à travers une meilleure connaissance des responsabilités de chacun, précisées par un cadre strict et limité.

Ce plan d'action stratégique se décline ainsi en préconisations opérationnelles qui ont été discutées avant d'être expérimentées et évaluées.

3.2 La concrétisation des préconisations opérationnelles : réflexion partagée, expérimentation et évaluation des dispositifs instaurés par la direction

3.2.1 Du théorique à l'avis pratique des professionnels : le développement progressif des différentes vagues de préconisations au service de la stratégie organisationnelle de l'établissement

3.2.1.1 Vague 1 : les recommandations de court terme post audit ou la mise en place des principes d'actions du modèle

Recommandation n°1 : le projet d'organisation du travail dit « POT »

L'objet : le diagnostic managérial effectué à la suite des observations *in situ*, des entretiens et de l'analyse révèle le peu de moments dédiés à l'échange entre les agents, qui tentent de s'adapter à l'évolution du contexte à travers une communication informelle qui se révèle contreproductive. Pour leur permettre d'apprendre à se connaître professionnellement et leur donner le temps de réfléchir à une organisation qui leur convienne davantage au gré des problématiques d'accompagnement des résidents, il a été proposé de mettre en place le POT, projet d'organisation du travail. Inspiré d'un dispositif observé au sein d'un Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) de Montréal¹⁰³, il s'agit d'un espace de résolution d'un problème en fonction des besoins du service, intégré dans leur roulement afin de formaliser un temps de rencontre. Il est question de favoriser la collaboration interne à la fois horizontale et verticale.

Les objectifs managériaux sont multiples :

- sacraliser des temps d'échange jusque là peu présents pour apprendre à communiquer avec différentes personnes sur des sujets qui concernent leur service,
- renforcer la confiance au sein de l'équipe en faisant avancer des projets et en soulignant que leurs compétences sont reconnues grâce à la participation au processus de décision,
- favoriser le partage de compétences et d'expériences pour trouver des solutions innovantes adaptées aux besoins des professionnels,
- responsabiliser les agents sur le bon fonctionnement de leur service.

Les moyens dédiés et le fonctionnement¹⁰⁴ : le fonctionnement de ces sessions du POT sont explicitées dans l'annexe n°6. Pour qu'elles puissent être pérennes et assurer les objectifs à atteindre, elles font partie des roulements du service des AS et des ASH, qui ont été les premiers à

¹⁰³ Le projet d'organisation du travail est développé au sein du Groupe Champlain et financé par le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) dans le cadre d'un appel d'intention de dispositifs visant l'organisation du travail dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD).

¹⁰⁴ Voir annexe n°6 : Notice d'explication du « Projet d'Organisation du Travail » (POT)

expérimenter le POT puisque les premiers à être audités. Ces séances ont vocation à être proposées dans chaque service.

Recommandation n°2 : l'amélioration des fiches de tâches et du planning des équipes

L'objet : Les professionnels ne semblent plus se retrouver dans les tâches qui leur reviennent. Un manque de repères est observé face à l'intensification de l'activité notamment avec la mise en place de normes de plus en plus étoffées à respecter, aux dépens selon les professionnels du sens du travail qui se trouve auprès des résidents. Il a donc été question de remettre du cadre pour redonner de la lisibilité aux pratiques et favoriser le contact avec les résidents par la polyvalence des tâches. Cela s'est manifesté par la création de lien interservices pour un accompagnement circulaire de la personne accueillie tout en permettant de rompre la lassitude et l'isolement, et de faire en sorte que chacun se comprenne mieux progressivement en se donnant à voir au travail.

Les objectifs managériaux :

- Clarifier les rôles et les tâches de chacun en remettant du cadre par le rappel des responsabilités qui incombent aux professionnels,
- Développer les liens interservices pour permettre la compréhension du travail de tous,
- Travail entre plusieurs corps de métier pour anticiper et s'adapter aux besoins des résidents en décloisonnant les services par la nécessité de coordonner les pratiques,
- Permettre la polyvalence dans les tâches en respectant les décrets de compétences afin d'assurer plus de lien avec les résidents et de redonner du sens au travail auprès de la personne âgée,

Les moyens et le fonctionnement : Sur les moyens, un renforcement des équipes des ASH, des AS et le remplacement des professionnels en cuisine ont été effectués par le recrutement d'emplois aidés. Parallèlement, la polyvalence des postes dans le respect du cadre réglementaire a été développée grâce à des temps de travail interservices incrémenté dans les roulements. Enfin, une réflexion a été engagée sur le décloisonnement des équipes par la coordination des professionnels et la réflexion autour des réflexes à déterminer afin de pouvoir trouver le bon interlocuteur et s'adapter.

3.2.1.2 Vague 2 : la consolidation du modèle : une place pour le cadre et pour les cadres

Recommandation n°3 : la mise en place du CODIR et la réflexion autour du soutien d'équipe

L'objet : les managers de proximité c'est à dire sont davantage perçus comme des techniciens que comme les cadres structurant la ligne hiérarchique. Or, leur place dans l'établissement est indispensable pour permettre ce cadre, rappeler les règles et autoriser par ce rôle l'encouragement des initiatives grâce à une position de soutien, de conseils et de guide dans la décision. Ainsi, il a

été question de clarifier leur position jusqu'alors de « cadre tampon »¹⁰⁵ et de les repositionner comme acteur de la stratégie afin d'asseoir leur légitimité en tant que personne qualifiée maîtrisant le cadre qui s'impose. La logique d'*empowerment* a donc été sollicitée afin d'enrichir leurs prérogatives en déchargeant par la même occasion le directeur d'une partie de la gestion courante. Ils sont ainsi le véritable relai entre la direction et le terrain, entre la stratégie et l'opérationnel. Il a donc été question de mettre en place un comité de direction (CODIR) pour consacrer ce rôle et légitimer leur place en tant que garant du cadre, promoteur de l'innovation par le soutien aux équipes. Il existait des réunions de services qui comprenaient les cadres et d'autres membres du personnel ; ce CODIR marque donc l'existence d'une réelle équipe de direction en se centrant sur la directrice et les managers de proximité. Cela fait en outre écho à la demande des professionnels de se sentir soutenus par la présence de managers de proximité qui ont un rôle d'encadrement clair à jouer. Par la recherche de soutien, c'est l'enjeu de la reconnaissance des équipes qui apparaît. Il est question de travailler ici sur la collaboration interne verticale et externe verticale.

Les objectifs managériaux:

- Orienter les équipes dans le bon sens pour promouvoir des projets communs respectueux du cadre,
- Rassurer, animer, et contrôler les équipes au regard de la cohérence de leurs pratiques et de la stratégie globale de l'établissement,
- Professionnaliser les relations de travail et responsabiliser les professionnels par le soutien en encourageant les prises d'initiatives.

Les moyens et le fonctionnement : le renfort de l'équipe des ASH a permis de décharger le chef de service de tâches dont il s'occupait encore pour le concentrer sur le management d'équipe et le lien avec les autres cadres de l'établissement. Le changement d'horaire des chefs de services pour les adapter aux horaires des cadres, non plus 6h30-14h mais 9h-17h. La mise en place progressive des CODIR avec un accompagnement dans un premier temps sur plusieurs séances du rôle de cadre faisant partie d'une équipe de direction restreinte.

3.2.1.3 Vague 3 : la mise en place de l'essence constitutive de l'organisation et projet commun

Recommandation n°4 : la journée idéale

L'objet : Les ruptures d'accompagnement ont souligné la difficulté de travailler ensemble et soulevé la question de savoir si l'établissement évoluait bien au rythme des résidents. Ainsi, il s'agissait de repartir de leurs attentes en les interrogeant par le biais d'un questionnaire sur la

¹⁰⁵ LOUBAT JR., 2004, *Penser le management en action sociale et médico-sociale*, 2ème édition, Paris : Dunod, 432p.

journée qu'ils percevaient comme idéale pour ensuite trouver ensemble une nouvelle organisation de travail. Cette phase de recommandation permet de construire l'essence du modèle de la collaboration qualitative. Il s'agit en outre, par le prisme du management de projet, de réunir en groupe de travail les différents professionnels de chaque équipe afin de réfléchir autour du fait qu'aucune organisation de travail figée ne peut satisfaire les besoins évolutifs des résidents dans un cadre financier contraint. L'enjeu était donc de trouver ensemble des repères de travail et des réflexes collectifs pour parvenir à communiquer et à s'adapter entre les différents services. Un exemple éclairant a pu être soulevé au cours de ces réunions : « *lorsque le service des ASH qui récupère les petits déjeuners en chambre est en souffrance et sont moins que 4 le matin, nous l'animation, on prend automatiquement le relai* ». C'est en outre la collaboration globale de l'établissement qui a été travaillée dans le cadre de ce projet dit de « la journée idéale ».

Les objectifs managériaux :

- Savoir travailler de façon cyclique et trouver une place à chacun dans une organisation globale où chaque agent coopère pour entourer les résidents afin de s'adapter à ses demandes,
- Créer du lien entre services et apprendre à adapter les pratiques dans le respect du cadre en dépassant la forme figée des fiches de tâches pour répondre aux demandes en s'entraînant,
- S'approprier le modèle collaboratif par la méthode du management par projet grâce aux groupes de travail, ouvrir la communication et la compréhension du quotidien de l'autre en partant des besoins des résidents.

Les moyens et le fonctionnement¹⁰⁶ : les réunions dans le cadre de ce projet de « la journée idéale » ont été interdisciplinaires. Le choix de les organiser autour d'un timing strict et respecté (45mins) a permis de dégager un professionnel de chaque équipe à chaque séance. Le retour sur les résultats des séances a été effectué en fin de stage. Le matériau sera exploité pour poursuivre l'organisation de travail, établir les réflexes et structurer l'idée de collaboration qualitative. Sur le déroulé de ce projet, l'annexe n°7 reprend les étapes et les enjeux.

Recommandation n°5 : les Réunions d'Echanges Interservices sur l'accompagnement des usagers (REISAU)

L'objet : Il n'existe que très peu de moments d'échanges en interéquipes sur les questions non plus d'organisation du travail comme le POT mais sur l'accompagnement des résidents. Ces séances REISAU ont ainsi pour objectif de partager, une fois par mois, le point de vue des professionnels sur une problématique relative à l'accompagnement des résidents. Les questions soulevées peuvent concerner :

- une situation concrète observée au sein de l'établissement nécessitant le partage de regards pour améliorer les pratiques,

¹⁰⁶ Annexe n°7 : Sur le déroulé, l'enquête et la présentation du projet de « La journée idéale »

- un intérêt particulier pour un sujet concernant la bienveillance, l'évolution des pratiques et des besoins des résidents au regard de l'organisation de travail, des conditions de travail ou encore des formations proposées.

Elles se déroulent en interdisciplinaire : un membre de chaque service représente son équipe. Ces réunions n'ont pas pour seule vocation l'amélioration de la qualité du service rendu ; il peut s'agir d'instantanés d'échanges pour associer les points de vue sans qu'une solution précise ne puisse nécessairement être trouvée. L'enjeu est avant tout de réunir les professionnels des différents services autour d'une problématique transversale afin de prendre le temps de traiter une question de façon collégiale en dégagant des pistes d'évolution qui conviennent à tous.

Les objectifs managériaux :

- Permettre le travail en interéquipes, ici il s'agit de favoriser l'interconnaissance et la compréhension de l'autre à travers une réflexion autour de sa difficulté à mettre en œuvre les bonnes pratiques,
- Permettre la communication sur des sujets qui sortent du quotidien et ouvrir la confiance par le prisme d'un cadre spécial ouvert à l'échange et promouvant l'écoute,
- Adapter les pratiques aux résidents

Les moyens et le fonctionnement¹⁰⁷ : ces réunions n'ont pas encore été mises en œuvre mais feront partie du roulement. Sur le fonctionnement, l'annexe n°8 reprend les principes essentiels.

3.2.2 L'évaluation des préconisations en fin de stage, un bilan positif à consolider sur le temps

3.2.2.1 Echechs, réussites

Les évaluations de fin de stage ont permis de soulever plusieurs difficultés au premier lieu desquelles la remise de cadre. La nécessité de rappeler le rôle de chacun tout en cherchant à recréer du lien avec les résidents a parfois bousculé les habitudes. Par ailleurs, les audits n'ont pas toujours pris la mesure des pratiques informelles qui structurent l'accompagnement des résidents. C'est le cas par exemple de la suppression de pauses informelles des ASH avec l'animation autour du chariot déjeuner ; ce temps, non compris dans le roulement, avait été supprimé pour optimiser le contact auprès des résidents. Après un mois d'expérimentation des nouvelles fiches de tâches, il est apparu que ces instants étaient toujours pris et que le moment d'accompagnement des résidents était rendu impossible puisque les agents le passaient aux étages. Un rappel à l'ordre aurait pu être pris. Pour autant, cette pause informelle était le moment où justement les professionnels se chargeaient de partager des réflexes pour collaborer au mieux toute la matinée. Il a donc été décidé de

¹⁰⁷ Voir annexe n°8 : Notice du projet « Réunion d'Echanges Interservices Sur l'Accompagnement des Usagers »

maintenir cet instant, aux dépens de l'autre temps de pause prévu plus tard dans la matinée. La communication informelle s'avère en effet « nécessaire au fonctionnement d'une institution et au développement d'un bon équilibre. « L'institution souterraine », montre ainsi que la communication ne peut être totalement régulée par les structures formelles prévues par les règles internes, et que les individus élaborent des modes d'échanges et d'informations qui échappent en partie à l'organisation pensée par la direction »¹⁰⁸. Sur le changement des habitudes et malgré les échanges avec les professionnels en amont de l'expérimentation, il a été question de craintes mais le rôle des cadres a permis d'accompagner progressivement les équipes :

« C'est plus facile de dire tout compte fait vous avez raison plutôt que de dire en amont on va essayer. En mettant en place petit à petit, c'est bien de les avoir incluses et même les plus réticentes, moi je trouve qu'on a gagné. Je leur ai dit faites, c'est quelque chose qu'on a pensé, en le mettant en place on s'aperçoit des choses et après on réadaptera. Après par rapport à leur travail ils s'aperçoivent que ça va mieux, ça passe plus vite le temps. Donc je n'ai aucun retour négatif ».

Des éléments de réussites ont aussi été observés. Les professionnels ont souligné à la suite de « la journée idéale » chercher à travailler davantage avec les autres services. Un agent des ASH souligne ainsi : « *Ce qui est bien avec le début de la nouvelle organisation c'est que, mine de rien on râle mais on voit quand même que y'a une cohésion entre tout, tout est relié, on s'appuie sur les autres collègues* ». Aussi, c'est l'initiative et l'importance de s'adapter au fonctionnement évolutif de l'établissement qui commence à prendre sens avec les POT. Ainsi, une autre ASH rapporte : « *On a aussi plus l'occasion d'être en équipe, on faisait un peu chacun à sa sauce, maintenant on arrive à avoir des repères donc on peut prendre des initiatives parce que c'est marqué, on sait que selon les jours les initiatives sont encadrées. Et sur les POT c'est vraiment bien, avant on discutait et ne savait jamais trop quoi, y'a un problème maintenant ben voilà, on discute au lieu que ça prenne un an, on discute on essaie et ça évolue. On réfléchit au problème sérieusement alors que la plupart du temps on râle à l'oral, pourquoi y'a pas ça, j'en sais rien je n'étais pas là hier, maintenant on se met autour d'une table, on constate, on réfléchit* ». Ainsi, avec le POT, il aussi été question de trouver un moyen de faciliter le travail entre les aides-soignants et la lingerie ; en dialoguant, les agents ont trouvé une solution pour optimiser le circuit du linge qui posait problème depuis quelques mois. À la réunion de clôture de la première session du POT le 28 juin 2017, les agents ont ainsi souligné les progrès concernant la thématique traitée ; ils attendent de voir comment se déroule la suite pour juger de l'efficacité de la démarche. Enfin, les professionnels apprécient les repères qui commencent à être donnés à chacun notamment par les fiches de tâches et la formalisation des moments d'échange au sein de l'établissement¹⁰⁹.

¹⁰⁸ LEFEVRE P., 2016, *Guide du directeur en action sociale et médico-sociale*, 4ème édition, Paris : Dunod, 416p

¹⁰⁹ Annexe n°9 : Organisation des réunions instaurées au sein de l'EHPAD Les Ogiers

3.2.2.2 Poursuites

L'expérimentation du POT se poursuit avec la nécessité que les cadres soutiennent la dynamique dans la mesure où ils sont force d'impulsion pour faire tenir le projet les mois qui suivent. En effet, certains professionnels ne manquent pas de souligner notamment concernant les séances REISAU : *« On va dire que j'y crois moyen pour le moment parce que je sais que si je dis quelque chose il va y avoir des répercussions, c'est le plus gros problème. Après les réunions entre nous c'est mieux, une personne de chaque équipe, la personne va quand même finir par le dire et ça peut crever l'abcès sur beaucoup de chose, y'a beaucoup moins de problème qu'avant, chacun a essayé de prendre du recul, de s'organiser comme il peut, y'a une évolution quand même. Mais les réunions plus régulières c'est bien, on va apprendre à se dire les choses, même si pour le moment c'est le début et c'est compliqué sans doute »*. Une session entière du POT s'est déroulée et la préparation de la prochaine session a été effectuée avec un nouvel agent ressource désigné. Enfin, les réunions REISAU devraient débuter début octobre.

Sur la journée idéale, les suites seront données progressivement avec le travail sur l'organisation globale de l'établissement. Ces échanges, ces points de vigilance et ces pistes d'évolution serviront à revoir l'organisation du travail de l'ensemble des services qui se doivent de collaborer davantage pour parvenir à s'adapter quotidiennement aux besoins des résidents.

Conclusion

La collaboration ou encore le travail en équipe apparaît décisif dans un contexte qui devient de plus en plus complexe. C'est par cette dynamique qu'il est possible de replacer le résident au centre de l'organisation grâce à une prise en charge qui peut être globale. Par la communication et la connaissance de chacun des acteurs au sein de l'établissement, les professionnels sont en mesure de comprendre les besoins et les attentes des résidents qui évoluent quotidiennement. L'EHPAD de demain, amené à fonctionner autour de fusion, de direction commune, accueillant des personnes de plus en plus dépendantes avec des moyens qui ne suivent pas toujours, aura besoin d'équipes solidaires qui sachent s'adapter grâce à l'interconnaissance et à une identité commune forte. Il s'agit ainsi de mettre en place une organisation s'appuyant sur un management de projet au sein duquel l'*empowerment* des professionnels est central. Des temps d'échanges inclus dans les roulements structurent parallèlement cette nécessité de collaborer à tous les niveaux autrement dit en intra-équipe, en inter-équipe et également en transversalité hiérarchique.

La bureaucratie est un modèle qui a ses atouts ; il est notamment celui qui permet de garantir le droit qui protège le service public et l'intérêt général. Il donne corps à ce cadre qui est nécessaire pour instaurer des repères aux agents. Pour autant, le quotidien vivant d'un EHPAD appelle à plus de souplesse. La bureaucratie professionnelle a peut être oublié pendant longtemps la place à donner aux professionnels eux-mêmes. L'autorégulation est contreproductive dans ces établissements où l'humain travaille pour et avec de l'humain. En s'inspirant de l'adhocratie, il est ainsi question de redonner du souffle au climat délicat qui s'imisce dans ces établissements médico-sociaux soumis à la pression du temps, des moyens et des attentes des usagers. En communiquant davantage et en professionnalisant la connaissance de l'autre, il est possible de créer des réflexes de travail en faveur d'un accompagnement interdisciplinaire des résidents. Cette idée de collaboration permet ainsi de développer « des actions interactives favorisant un sentiment d'appartenance, un soutien dans la résolution de situations complexes, la prise de recul, la réflexion et la recherche de solutions adaptées. [Elle] permet de construire des représentations collectivement partagées, d'utiliser un langage compréhensible par tous, de disposer de comportements types, d'accepter l'existence de conflits, d'harmoniser les raisonnements, de passer à l'action en mettant en œuvre des décisions ayant fait l'objet de concertations et de ne négliger aucun détail pouvant perturber le fonctionnement collectif. Par l'interdépendance qu'elle engendre, la coopération interne favorise le processus de professionnalisation par le transfert des compétences individuelles et l'instauration d'une organisation apprenante. La transmission des savoirs est valorisée par l'établissement et les salariés ressentent du plaisir à rapprendre des autres et à partager leurs connaissances »¹¹⁰.

¹¹⁰ LEFEVRE P., 2016, *Guide du directeur en action sociale et médico-sociale*, 4ème édition, Paris : Dunod, 416p.

En outre, c'est au directeur d'établissement médico-social qu'il revient d'anticiper et d'imaginer un modèle qui évolue en même temps que les usagers. S'il est parfois difficile de s'extraire du quotidien pour remettre en question ses pratiques qui semblent fonctionner, il est encore plus gratifiant de chercher à avancer avec l'intelligence de tous. La curiosité et l'énergie sont les facteurs clés d'une amélioration continue du service rendu et de la qualité. A travers ce mémoire et cette réflexion, il était question de souligner *in fine* qu'« il n'y a probablement pas de bon, de vrai ou de meilleur modèle en soi ; en revanche les projets multiples, et vivants par lesquels chacun se représente ou peut se représenter l'entreprise qu'il contribue à construire par son action, peuvent fonder des représentations riches, intelligibles, communicables ; dynamiques sans doute, en permanentes transformations, mais intelligibles car à la fois ayant du sens et créant du sens. En représentant richement son organisation, chacun enrichit potentiellement cette organisation : exercice récursif difficile à assumer pour quiconque s'est trop accoutumé à raisonner par longues chaînes de raisons toutes simples... se déduisant les unes des autres»¹¹¹. L'important est ainsi d'avancer, de chercher à faire évoluer et non d'enfermer une organisation dans un modèle qui doit respirer au rythme de ses professionnels et des résidents.

¹¹¹ LEMOIGNE JL., 1992, Préface de *Manager dans la complexité, Réflexions à l'usage des dirigeants* de D. GENELOT, Paris : INSEP Consulting Editions, 357p.

Sources et bibliographie

Textes législatifs et réglementaires :

MINISTERE DE LA SANTE. Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. Journal officiel du 1 juillet 1975. Disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000699217>

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Journal officiel du 3 janvier 2002. Disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000215460&categorieLien=id>

MINISTERE DE LA SANTE ET DE SPORT. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal officiel n°0167 du 22 juillet 2009. Disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Journal officiel n°0022 du 27 janvier 2016. Disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id>

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES. Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement. Journal officiel n°0301 du 29 décembre 2015. Disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031700731&categorieLien=id>

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES. Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code, JORF n°183 du 8 août 2004 page37087 texte n° 37086. Disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000787339>

Recommandations et référentiels :

ANESM., recommandations qualité de vie en EHPAD 2008 et 2011, Les attentes de la personne et le projet personnalisé, De l'accueil de la personne à son accompagnement

ANESM, « Qualité de vie en EHPAD » volet 3, la vie sociale des résidents

KPMG, Observatoire des EHPAD, 2014

Référentiel D3S CGOS-CNG Disponible sur internet : http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Referentiel_D3S_Mission_DGOS-CNG.pdf

Ouvrages :

ALLAL P., FRAISSEIX P., GUILHEMSANS-CABAL M-F., SAILLARD M-O., 2003, *Etablissement de santé, institutions sociales et médico-sociales*. Paris : Collection Major PUF, 350p.

ARBORIO AM., 2012, *Un personnel invisible Les aides-soignantes à l'hôpital*, 2^{ème} édition augmentée, Paris : Economica et Anthropos, 327p.

CLOT Y., 2010, *Le travail à cœur, pour en finir avec les risques psychosociaux*, Paris : La découverte, 192p.

CONNANGLE S., VERCAUTEREN R., 2004, *Missions et management des équipes en établissements pour personnes âgées, De la relation humaine aux motivations*, Ramonville Saint-Agne : Pratiques gérontologiques et Eres, 145p.

CROZIER M., 1971, *Le Phénomène bureaucratique*, Paris : Points Essais, 382p.

HEINRY H., 2016, *La fabrique du changement au quotidien, paroles de directeurs*, Rennes : Presses de l'EHESP, 239p.

LOUBAT JR., 2004, *Penser le management en action sociale et médico-sociale*, 2ème édition, Paris : Dunod, 432p.

LEFEVRE P., 2016, *Guide du directeur en action sociale et médico-sociale*, 4ème édition, Paris : Dunod, 416p.

LEMOIGNE JL., 1992, Préface de *Manager dans la complexité, Réflexions à l'usage des dirigeants* de D. GENELOT, Paris : INSEP Consulting Editions, 357p.

MINTZBERG H., 1982, *Structures et dynamiques des organisation*, Paris : Editions d'Organisation, 440p.

SAINSAULIEU R., 2014, *L'identité au travail*, 4^{ème} édition augmentée, Paris : Les presses sciences-po, 597p.

Articles :

CUEILLE S., mars 2007, « Quelle forme organisationnelle pour la réalisation d'une activité de service public ? Réflexion sur les transformations organisationnelles de l'hôpital public », *Politiques et management public*, vol. 25, n°4, pp. 63-80, disponible sur Internet : http://www.persee.fr/doc/pomap_07581726_2007_num_25_4_2389

DIVAY S., janvier 2017, « Les précaires du care ou les évolutions de la gestion de l'« absentéisme » dans un hôpital local », *Sociétés contemporaines*, n°77, pp.87-109, disponible sur Internet : <https://www.cairn.info/revue-societes-contemporaines-2010-1-page-87.htm>

DUPUIS A., DERY R., 2013, Les formes organisationnelles selon Henry Mintzberg, *Cahier d'activité d'apprentissage*, disponible sur Internet : http://data0.zic.fr/jybout/mod_article1413759_1.pdf

DUYCK JY., PIJOAN N., avril 2010, « L'enjeu de la gestion des ressources humaines dans le service aux personnes âgées dépendantes : le cas des établissements d'accueil », *Fondation Nationale de Gérontologie*, vol. 33, n° 135, pp. 187-211, disponible sur Internet : <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2010-4-page-187.htm>

FRIEDENSON P., 2001, Les apports de l'histoire des entreprises, dans Pouchet A. *Sociologies du travail, 40 an après*, Elsevier, Paris

GANGLOFF-ZIEGLER C., 2009, Les freins au travail collaboratif, *Marché et organisations*, n°10, pp. 95-112, disponible sur Internet : <https://www.cairn.info/revue-marche-et-organisations-2009-3-page-95.htm>

HAMMON JL., septembre 2009, « Lutter contre la bureaucratie à l'hôpital : une priorité absolue », *Les Echos*, disponible sur Internet : http://archives.lesechos.fr/archives/cercle/2009/06/16/cercle_30007.htm

IMBERT G., 2010, L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie, *Recherche en soins infirmiers*, n°102, 102p, disponible sur internet <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2010-3-page-23.htm>

STEULDER F., avril 2004, Le management hospitalier de demain, *Approche sociologique, Réflexions hospitalières*, n°497, 10p, disponible sur internet : <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/FHF/RHF/2004/497/43-52.pdf>

L'information Psychiatrique. Volume 86, Numéro 1, 39-47, janvier 2010, Psychiatrie du sujet âgé : enjeux cliniques et institutionnels

Rapports :

DINU GHEORGHIU M., MOATTY F., juillet 2005, « Les conditions de travail en équipe. Post enquête, conditions et organisation du travail dans les établissements de santé », *DREES/CEE*, n°43, 293p, disponible sur Internet : <http://www.cee-recherche.fr/publications/document-de-travail/les-conditions-du-travail-en-equipe-post-enquete-conditions-et-organisation-du-travail-dans-les>)

JOUNIN N., WOLFF L., septembre 2006, « Entre fonctions et statuts, les relations hiérarchiques dans les établissements de santé », *DREES/CEE*, 130p, disponible sur Internet <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapportspublics/074000641/index.shtml>

MARQUIER R., VROYLANDT T., CHENAL M. et al., septembre 2016, « Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés », *Les Dossiers de la Drees*, n°5, 32p, disponible sur Internet : <http://drees.solidaritesante.gouv.fr/IMG/pdf/dd05.pdf>

URIOPSS., 2009, Etude sur les mutualisations et coopérations dans le secteur social et médico-social en Lorraine. Disponible sur internet : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/uriopss.pdf>

Thèse :

HOLCMAN R., 2006, *L'ordre sociologique, élément structurant de l'organisation du travail. L'exemple des bureaucraties professionnelles : ordre soignant contre ordre dirigeant à l'hôpital*, Thèse pour le Doctorat de Sciences de gestion, Conservatoire national des Arts et Métiers, 314p.

Conférences :

MAERTEN I., *Quand la réalité rejoint la fiction...ou du réalisme adhocratique. (Quelles orientations méthodologiques pour une nouvelle optique configurationnelle)*, ESA LILLE, disponible sur internet : <http://www.strategie-aims.com/events/conferences/16-viieme-conference-de-l-aims/communications/981-quand-la-realite-rejoint-la-fiction-ou-du-realisme-adhocratique-queelles-orientations-methodologiques-pour-une-nouvelle-optique-configurationnelle/download>

NOBRE T., « L'hôpital : le modèle de la bureaucratie professionnelle revisité à partir de l'analyse du coût des dysfonctionnements », 20^{ème} congrès de l'AFC, mai 1999, France, disponible sur Internet : <https://hal.archives-ouvertes.fr/halshs-00587813/document> -

Site internet :

<http://conseilrhcoaching.com/cooperer-et-collaborer-article/>

Liste des annexes

- **Annexe n°1 : Photographie des équipes sur l'année 2016**

- **Annexe n°2 : Méthode des audits**

- **Annexe n°3 : Méthode des entretiens**

- **Annexe n°4 : Présentation des services et schéma de la bureaucratie professionnelle appliqué à l'EHPAD Les Ogiers**

- **Annexe n°5 : Schéma de la collaboration qualitative : le modèle de « La clé »**

- **Annexe n°6 : Notice d'explication du « Projet d'Organisation du Travail » (POT)**

- **Annexe n°7: Sur le déroulé, l'enquête et la présentation du projet de « La journée idéale »**

- **Annexe n°8 : Notice du projet « Réunion d'Echanges Interservices Sur l'Accompagnement des Usagers » (REISAU)**

- **Annexe n°9 : Organisation des réunions instaurées au sein de l'EHPAD Les Ogiers**

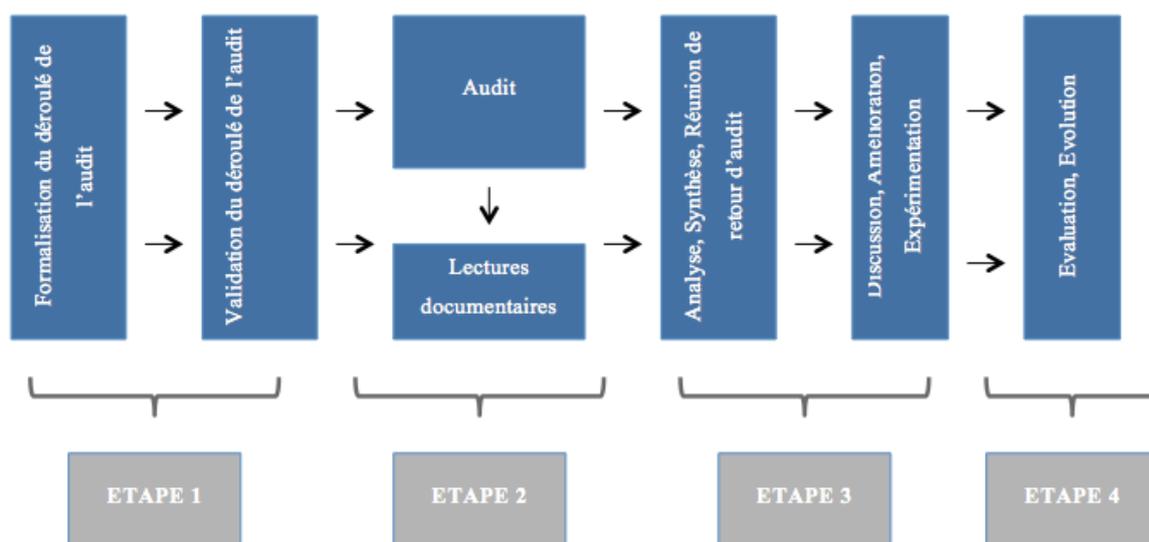
- Annexe n°1 : Photographie des équipes sur l'année 2016

| Equipes : | | Adm | Cuisine | Technique/ Lingerie | Animation | ASH/ nettoy age | AS | IDE | Méd.co, Ergo, Psy, Psychomot |
|---|----|-----|---------|------------------------|-----------|-----------------------|----|-----|------------------------------------|
| Tableau des emplois en ETP 2016 | 50 | 3,5 | 7 | 3 | 1 | 13 | 16 | 5 | 1,5 |
| Personnes présentes sur 2016 | 70 | 4 | 11 | 3 | | 21 | 18 | 6 | 2 |
| Equipes en réel au cours du stage (novembre 2016-juillet 2017) | 56 | 4 | 11 | 5 | 2 | 9 | 18 | 5 | 2 |

Parmi ces équipes, ci-dessous les logiques de collaboration possibles :

| Collaboration | Horizontale | Verticale |
|----------------|---|---|
| Interne | Entre professionnels d'une même équipe | Du cadre de l'équipe à ses professionnels |
| Externe | Entre professionnels de différentes équipes | De la direction à l'ensemble des équipes |

- Annexe n°2 : Méthode des audits



| Services | Périodes | Personnels rencontrés | Nombre d'heure | Réunion pré-audit | Réunion post-audit |
|-----------|--|-----------------------|----------------|--|--|
| ASH | Du 13 au 23 décembre | 9 agents/9 | 9x7h30 | - Réunion de service 18/10/2016 - Entretien chef de service 29/11/2016 - Entretien avec la directrice 12/12/2016 | - Discussion post audit avec les équipes 18/01/2017 (point fait avant avec direction + cadre) - Réunion finale sur les préconisation le 1/02/2017 - CTE le 14 mars 2017 |
| Cuisine | Journée du 20 décembre Matinée du 8 juin 217 | 5 agents/11 | 24h | - Réunion mardi 6 juin 2017 avec chef de service et équipe | - Réunion 23 juin 2017 |
| AS | Du 13 au 3 mars | 12 agents/18 agents | 12x7h30 | - Réunion cadre de santé et direction le 2/02/2017 - Présentation audit 9/02/2017 | - Réunion avec la cadre de santé et la direction le 7/03/2017 - Réunion d'équipe de présentation des résultats et discussions 14/03/2017 - Retour des propositions 31/03/2017 - CTE 23 juin 217 |
| IDE | Du 9 au 12 mai 2017 | 4 agents/4 | 4x7h30 | - Réunion cadre de santé 19 avril 2017 | - Réunion avec cadre et ensuite avec équipes 15/05/2017 - Retour 28 juin 2017 - Réunion 30 juin 2017 avec cadre de santé et direction |
| Animation | Le 27 et 28 avril | 2 agents/2 | 1x7h30 | - Réunion de préparation avec la direction 20 avril 2017 | - Réunion mi-juillet par la direction |
| Lingerie | Le 20 juin 2017 | 2 agents/2 | 1x7h30 | | Retour le 22 juin 2017 |
| Soit : | 6 services audités 34 agents (Rencontre avec le maximum d'agents pour prendre en compte le quotidien, les difficultés rencontrées et les besoins à communiquer) 227 heures d'immersion | | | | |

- Annexe n°3 : Méthode des entretiens

| | | |
|------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| ASH | Agent 1 : mai 2017, 35 :32 | Agent 2 : juin 2017, 33 :22 |
| AS | Agent 1 : mai 2017, 32 :02 | Agent 2 : mai 2017, 37 :36 |
| IDE | Agent 1 : mai 2017, 24 :32 | Agent 2 : juin 2017, 46 :57 |
| Cadres | Agent 1 : mai 2017, 39 :32 | Agent 2 : juin 2017, 36 :17 |
| Résident | Résident 1 : juin 2017, 20 :53 | Résident 2 : juin 2017, 16 :15 |
| Famille | Famille 1 : 31 :50 | |
| 11 entretiens réalisés | | |

Méthode entretiens¹¹²:

La réalisation de l'entretien semi-directif s'articule autour de l'enjeu essentiel de comprendre en demandant pourquoi et en ne cherchant pas à savoir comment.

ASH-AS-IDE

Enjeu : comprendre quelles peuvent être les résistances concernant les différents leviers de cohésion d'équipe.

Thèmes à aborder :

1. Le parcours professionnel

- métier(s) ? (Notamment ailleurs que dans le médico-social)
- le poste occupé précisément actuellement
- la place du professionnel dans l'établissement en fonction de son métier par rapport aux autres agents

2. L'ambiance au travail

- cohésion d'équipe, ce que cela évoque pour vous (difficultés vis-à-vis des résidents)
- le lien avec les collègues du service et les autres
- le lien avec la hiérarchie

3. Votre ressenti sur l'idée de revoir l'organisation de travail autour des besoins des résidents

- POT (projet d'organisation de travail), JI (journée idéale) ?
- comment vous avez réagi face à ces propositions ? (Ca va changer quelque chose selon vous ? - Oui/Non pourquoi ?)
- exemples d'évolutions positives dans l'établissement (et raisons des échecs quand ça ne s'est pas bien passé)

4. Perspectives

- évolution du métier (ouverture, repli, au regard des EHPAD et des nouveaux besoins des résidents)

¹¹² IMBERT G., 2010, L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie, Recherche en soins infirmiers, n°102, 102p, disponible sur internet <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2010-3-page-23.htm>

- projet de parcours
- motivations individuelles

USAGERS

Enjeu : comprendre d'où viennent les moments de rupture dans l'accompagnement du résident et leurs impacts sur leur bien être.

Thèmes à aborder :

1. Rappel du parcours de vie
2. Ce que la personne aime faire ici et aime moins ?
3. Ambiance dans l'EHPAD ?
4. Son sentiment le matin en se levant ? Qu'est-ce qu'il redoute ?
5. Le lien avec les services ? Qui est-ce que vous voyez tous les jours ? Pourquoi ?
6. Reconnaît les agents en fonction de leur service ?
7. Trouve toujours quelqu'un pour s'occuper de lui ? Etes-vous satisfait ?
8. Les mots qui caractérisent son accompagnement ? Comment faire mieux ?

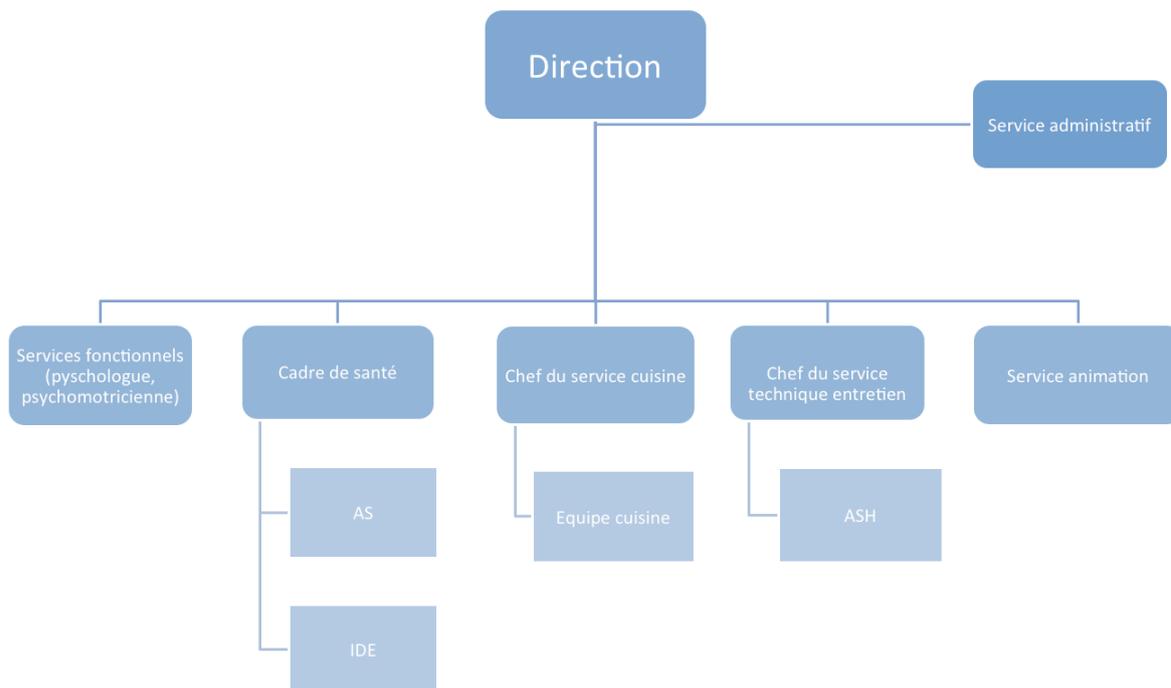
FAMILLES

Enjeu : comprendre d'où viennent les moments de rupture dans l'accompagnement du résident et leurs impacts sur leur bien être.

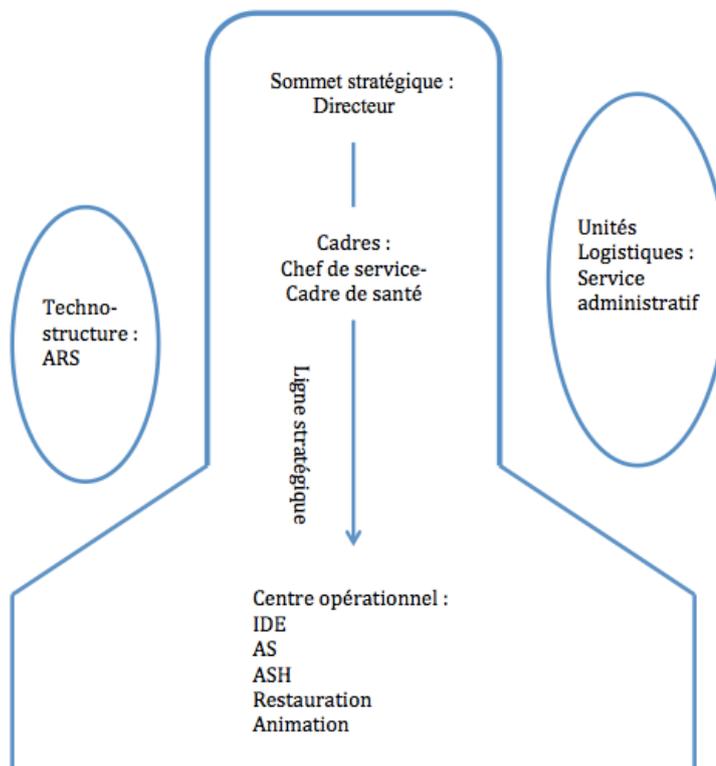
Thèmes à aborder :

1. Les attentes d'une maison de retraite
2. Leur ressenti en entrant dans l'EHPAD
3. Le lien avec les équipes (le leur et celui de leur proche)
4. Les éléments qui sont positifs et ceux qui ont pu poser problème
5. Comment qualifieraient-ils l'accompagnement ?
6. Quels sont les moments agréables de la journée, les moments compliqués pour votre proche, pour vous quand vous êtes à l'EHPAD.

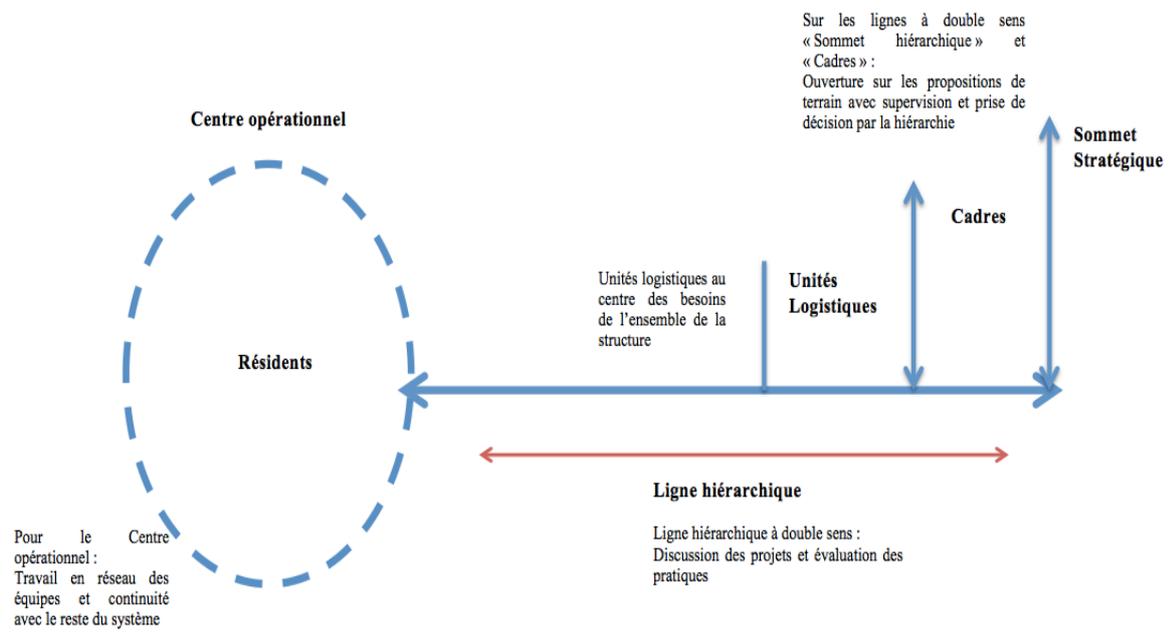
- Annexe n°4 : Présentation des services et schéma de la bureaucratie professionnelle appliqué à l'EHPAD Les Ogiers



Modèle de la bureaucratie professionnelle de l'EHPAD Les Ogiers



- Annexe n°5 : Schéma de la collaboration qualitative : le modèle de « La clé »



- Annexe n°6 : Notice d'explication du « Projet d'Organisation du Travail » (POT)

1. Enjeu

Triple enjeu :

- S'exprimer sur les besoins propres au service
- Trouver des solutions adéquates
- Donner un rôle à chacun

Soulever des sources d'insatisfaction, une volonté d'amélioration concernant le fonctionnement du service en laissant l'équipe imaginer les solutions qui correspondent concrètement à leurs besoins.

2. Fonctionnement

4 temps pour résoudre un problème

3 séances en intra-équipe et 1 séance de fin pour acter les propositions en présence de l'encadrement.

La séance de fin se fait avec le cadre/chef de service et la direction pour validation des propositions ou discussions ; les propositions doivent ensuite être actées et mises en place.

A M+1, évaluation, point sur la question et la pertinence des solutions.

Déroulé des trois séances :

| 30 mins | Séance 1 (+5mins) Sélection de la question | Séance 2 Choix de l'expérimentation | Séance 3 Propositions | Déroulé de la séances |
|----------------|--|--|---|--|
| 10 mins | Désignation de l'agent ressource Problématiques soulevées agent par agent | Comment faire mieux (chacun donne ses pistes d'amélioration) | Retour sur les expérimentations (chacun donne son ressenti) | Chacun évoque à tour de rôle les problématiques, les solutions, son ressenti pendant 2 mins Le rapporteur-animateur prend des notes et contrôle le temps |
| 10 mins | Discussions autour des problématiques, En retiennent 3, Puis une | Choix de l'expérimentation (choix de 2/3 pistes concrètes) | Solutions retenus (choix des éléments qui fonctionnent bien) | Le rapporteur animateur résume les problématiques, expérimentation, solutions Il soumet au vote les propositions pour se mette d'accord sur celles retenues |
| 10 mins | Pourquoi celle-ci, Les conséquences et les pistes de réflexion pendant les deux semaines (les questions à se poser pendant deux semaines) | Organisation pendant les deux semaines (comment les expérimenter en pratiques ?) | Propositions formulées, demandes émises à la cadre de santé (écrit transmis aux autres agents et cadre) | Chaque personne donne son avis sur les réflexions à avancées, ... Le rapporteur résume Les autres agents peuvent commenter, discuter, Le rapporteur arrête les discussions au bout de 8 min et soumet à l'avis de tous les remarques qui seront retenues. |



Si les réunions ont vocation à se réaliser en comité fermé c'est-à-dire sans la participation de l'encadrement, l'agent ressource se doit d'informer son chef de service des orientations retenues à la suite de chaque session. Si le chef de service est en position de soutien de son équipe, il est également le garant du bon fonctionnement du POT compte tenu de son expertise sur les sujets qui sont abordés. S'il ne lui appartient pas de juger de l'opportunité des propositions, il lui revient en revanche de mettre en garde sur ce qui est réalisable ou non.

L'agent ressource de la session du POT : son rôle est d'animer les trois séances, d'être en lien avec les agents du service et des autres équipes pour noter progressivement les remarques qui concernent la question traitée. Il est également l'interlocuteur privilégié de la cadre de santé/chef de service pour faire remonter les propositions discutées en séances. En outre, il résume les propos sur la fiche de suivi du POT. Il peut intervenir au même titre que les autres professionnels.

Les autres agents : ils sont force de proposition et se retrouveront à tour de rôle agent ressource à la prochaine thématique traitée.

L'encadrement (chef de service + direction) se doivent d'être à l'écoute et en soutien notamment sur le rôle de l'agent ressource qui suit la question.

Chaque session comprend au moins l'agent ressource et les agents du service présent à l'heure prévue par la réunion.

Méthode des séances

Il est important que personne ne se coupe la parole, chacun s'exprime à tour de rôle (2mins par personne pour chaque temps de parole) ; c'est à l'agent ressource de résumer ce qui a été dit en reprenant, agent par agent, leur propos.

Après que le résumé a été fait, les autres agents peuvent rebondir.

3. Fréquence

Réunions de 30 mins toutes les semaines et demie ; au bout de un mois et demi, le problème doit être résolu. **Il est demandé à ce que le chef de service et la cadre de santé positionnent les réunions dans le roulement en fonction de l'agent ressource afin de s'assurer de la bonne tenue de chaque séance.**

Exemple mois de mai 2017 :

| | | | | | | | |
|------|--------------------------------------|----|--|----|----|----|----|
| Mai | 1 | 2 | 3 S1 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| | 15 S2 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 |
| | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| | 29 | 30 | 31 S3 Propositions soumises | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Juin | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| | 12 SF Cadre de santé + Dir | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 |

4. Le suivi

Le document de suivi que l'agent ressource doit tenir

| | | | |
|--------------------------------|----------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| Séance 1 <i>Date</i> | Problématiques | Choix de 2/3 | Choix final et raisons |
| | | | |
| Séance 2 <i>Date</i> | Pistes de solutions | Pistes retenues | Modes d'expérimentation |
| | | | |
| Séance 3 <i>Date</i> | Ressentis | Améliorations retenues | Propositions |
| | | | |

Ce document est l'outil de travail des professionnels du service tenu par l'agent ressource, il n'a pas vocation à être évalué par le chef de service/cadre de santé. Il sert avant toute chose à suivre les idées de chacun résumées par l'agent ressource. Il permet par ailleurs de tracer ce qui a été discuté en réunion pour définir progressivement les pistes d'amélioration.

Une feuille d'émargement suit ce document afin d'obtenir une photographie du nombre d'agents ayant participé au POT.

Document de suivi des différentes sessions du POT tenu par le chef de service

| | | | |
|---|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| | <u>Session POT sujet :</u> | <u>Session POT sujet :</u> | <u>Session POT sujet :</u> |
| | <u>Agent ressource :</u> | <u>Agent ressource :</u> | <u>Agent ressource :</u> |
| Date session 1 | | | |
| Date session 2 | | | |
| Date session 3 | | | |
| Date session 4 | | | |
| <u>Dont acte améliorations retenues et date de leur mise en œuvre)</u> | | | |

5. Retour des AS et des ASH

Réunion de fin de session avec les AS juin 2017 : les agents soulignent que la démarche semble positive pour trouver des pistes d'amélioration en intra comme en inter-service en favorisant la communication et l'échange pour le bien être des résidents.

L'expérimentation du POT se poursuit.

Réunion de fin de session avec les ASH juin 2017 : les agents soulignent les progrès concernant la thématique traitée ; ils attendent de voir comment se déroule la suite pour juger de l'efficacité de la démarche.

- Annexe n°7: Sur le déroulé, l'enquête et la présentation du projet de « La journée idéale »

1. Rappel de l'objectif

Les pathologies des résidents évoluent et leurs besoins aussi. Les audits ont permis de cibler les attentes de court terme des professionnels. Il s'agit maintenant de revoir notre organisation de travail générale pour que les services s'accordent davantage sur leur manière d'accompagner les personnes accueillies dans l'EHPAD. A partir de l'évaluation de leurs attentes, il est question d'échanger et de réfléchir de façon collégiale pour repenser notre fonctionnement dans le cadre qui a été arrêté à la suite des audits.

Cette dynamique s'articule autour de la volonté d'avancer ensemble sur ce projet. Des questionnaires sur les envies des résidents leur seront distribués ainsi qu'à leur famille. En parallèle, des groupes de travail analyseront les nouvelles possibilités d'organisation des services en fonction des envies des usagers mais aussi celles des équipes.

24 professionnels ont participé à 5 réunions de 45 mins comprenant en moyenne 7 personnes de différents services.

Les réunions se sont étalées sur un mois et demi à fréquence d'environ une toute les deux semaines. 3h45 de discussions pour évoquer les prochains enjeux et les pistes de solutions.

2. Retour sur l'enquête remise aux résidents : comment se déroulerait la journée idéale selon vos attentes et vos besoins ?

Présentation de l'enquête :

- Objet : les habitudes des résidents et leurs nouvelles attentes sur l'organisation de leur quotidien
- Objectif : réévaluer les besoins des résidents pour réadapter notre fonctionnement afin de proposer un accompagnement adapté à la recrudescence des pathologies liées à l'alourdissement de la dépendance au sein de l'établissement.
- Méthode : le choix d'un questionnaire relativement court se justifie par la nécessité de toucher le maximum de personnes pour analyser les réponses dans une logique de photographie générique des pratiques.

Nombre de réponses : 30 résidents ont répondu grâce notamment au service animation qui a tenu en date du 22 mai 2017 une session « A vous la parole : et si nous parlions de votre journée idéale ? »

- Méthode d'interprétation des réponses : les résidents n'ont pas toujours été en mesure de faire la distinction entre leurs souhaits et ce qui relève de leur quotidien ; pour beaucoup, il est apparu délicat de préciser leurs attentes, se focalisant essentiellement sur ce qu'ils font déjà actuellement.

Remarque sur les familles : les familles ont également été conviées à répondre sur ce sujet via un questionnaire dédié. Le taux de réponses est malheureusement trop faible pour consolider les résultats obtenus.

3. Les suites de la journées idéales

Les échanges , Les points de vigilance et Les pistes d'évolution serviront à revoir l'organisation du travail de l'ensemble des services qui se doivent de collaborer davantage pour parvenir à s'adapter quotidiennement aux besoins des résidents.

Les travaux conditionneront également la façon de fonctionner de chacun.

Dès le mois de septembre, les différentes équipes seront à nouveau consultées pour poursuivre ce projet qui nous concerne tous pour le bien être des personnes accueillies aux Ogiers.

- Annexe n°8 : Notice du projet « Réunion d'Echanges Interservices Sur l'Accompagnement des Usagers » (REISAU)

1. Enjeu

Les réunions REISAU (Réunion Echanges Interservices Sur l'Accompagnement des Usagers) se déroulent en interdisciplinaire : un membre de chaque service représente son équipe.

Elles ont pour objectif de partager, une fois par mois, le point de vue des professionnels sur une problématique relative à l'accompagnement des résidents. Les questions soulevées peuvent concerner :

- une situation concrète observée au sein de l'établissement nécessitant le partage de regards pour améliorer les pratiques,
- un intérêt particulier pour un sujet concernant la bientraitance, l'évolution des pratiques et des besoins des résidents au regard de l'organisation de travail, des conditions de travail ou encore des formations proposées.

Exemple : redonner du sens au repas à thème, organiser les sorties des résidents, animer les weekend...

Ces réunions n'ont pas pour seule vocation l'amélioration de la qualité du service rendu ; il peut s'agir d'instant d'échanges pour associer les points de vue sans qu'une solution précise ne puisse nécessairement être trouvée. L'enjeu est avant tout de réunir les professionnels des différents services autour d'une problématique transversale afin de prendre le temps de traiter une question de façon collégiale en dégagant des pistes d'évolution qui conviennent à tous.

2. Fonctionnement

Soulever la question

La question doit être retenue de façon concertée.

Rôle de chacun

Chaque session doit comprendre, dans la mesure du possible, au moins un agent de chaque service. Les personnes intéressées se présentent sur la base du volontariat. Le nombre de professionnels se limitera à 8 pour que chacun ait le temps de s'exprimer. Les chefs de service peuvent y participer et s'exprimer au même titre que les autres professionnels. En outre, toute personne intervenant au sein de l'établissement et souhaitant intervenir est la bienvenue dans la limite des places disponibles.

L'idée est d'associer tous les professionnels qui se portent volontaires en mettant l'expertise de chacun au service d'une réflexion commune ; il s'agit en outre de dépasser le cadre du fonctionnement de son service propre ou de son rôle occupé au sein de l'établissement. Ainsi, les chefs de service, la cadre de santé ou encore la direction n'ont pas vocation à donner de directives

concernant le sujet choisi. De la même manière, il ne leur revient pas d'animer les réunions. Les points de vue se complètent et ne s'empiètent pas.

L'animateur : une personne désignée est chargée d'animer la discussion ; elle relance le débat, synthétise les propos pour faire avancer l'échange dans les 45 mins imparties.

Le rapporteur de séance : il prend en note les propos afin d'en faire part à l'ensemble des agents qui n'ont pu assister à la réunion ; il peut participer aux échanges.

Les principes de fonctionnement

- La neutralité pour préserver cet espace des risques d'instrumentalisation,
- La bienveillance pour poser un cadre d'échanges dans le respect de chacun,
- La discrétion pour éviter la diffusion d'éléments qui n'intéresseraient pas le débat collectif

L'organisation de la réunion

D'une durée de 45 mins, elle s'organise en trois temps :

| 15 mins : Présentation de la thématique et des opinions de chacun | 15 mins : Echanges | 15 mins : Perspectives |
|--|---|--|
| 5 mins : l'animateur rappelle l'objet de la rencontre 10 mins : après avoir pris le temps de noter sur un <i>post-it</i> sa vision de la question, chacun à tour de rôle s'exprime sur le sujet | Débat entre les différents participants | 5 mins : résumé de ce qui s'est dit par l'animateur 10 mins : échanges autour de ce qu'il est possible de retenir |

Méthode des séances

Il est important que personne ne se coupe la parole, chacun s'exprime à tour de rôle pour laisser à chacun de temps d'exprimer son avis ; tous les points de vue sont décisifs.

3. Fréquence

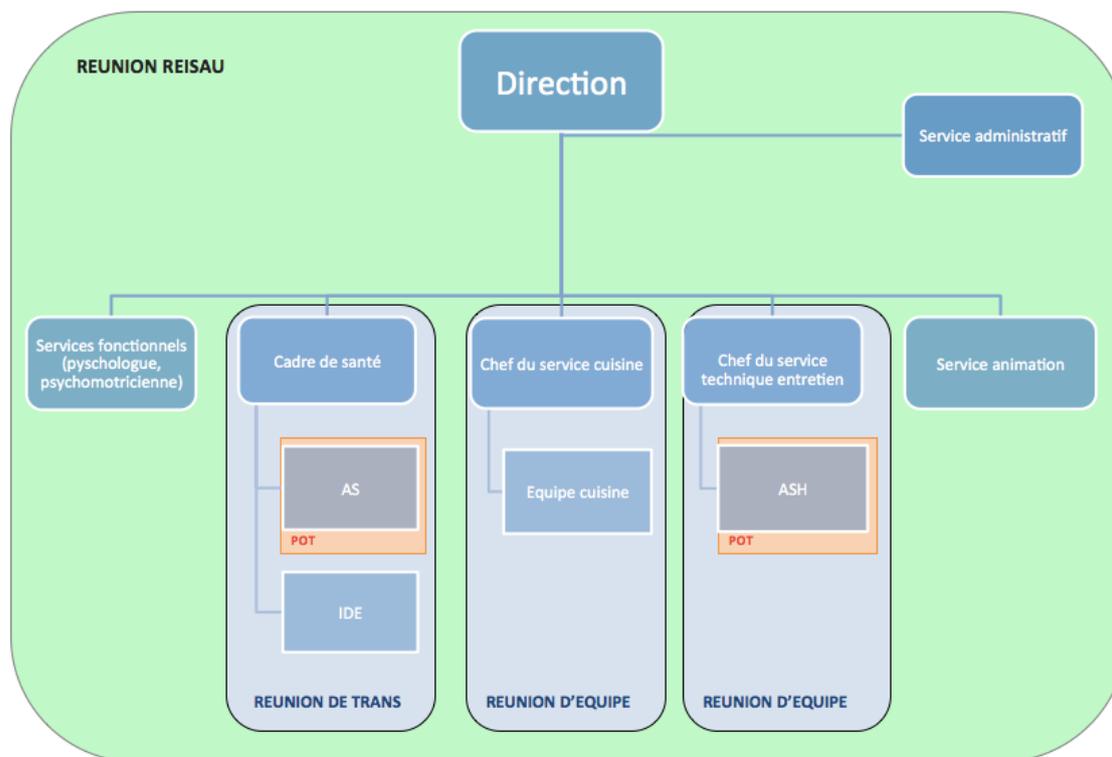
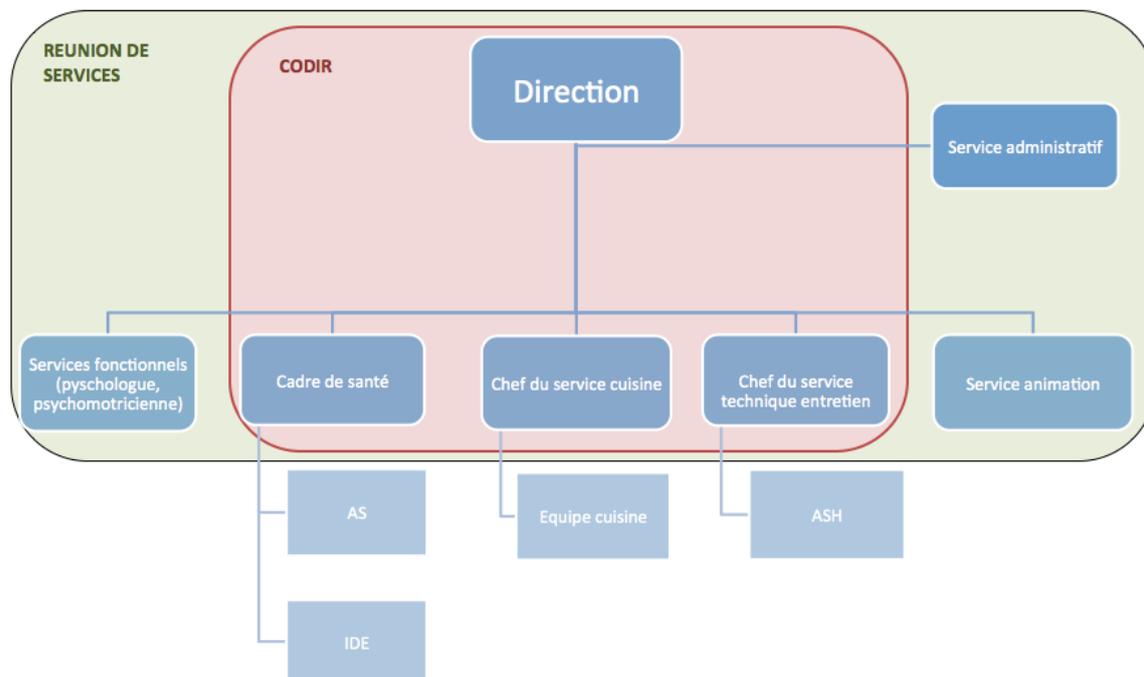
Cette réunion se tient tous les mois, elle respecte la dynamique suivante :

| | |
|---------------|---|
| Semaine 1 / 2 | Chaque service propose un voire deux sujets qu'il souhaite évoquer avec les autres équipes de l'établissement ; deux semaines de réflexion sont laissées à chacun. |
| Semaine 2 | Au bout de la deuxième semaine, l'ensemble des sujets qui a aura été colligé au préalable est proposé à chaque service. Une semaine de réflexion est laissée pour faire un choix. |
| Semaine 3 | A la fin de la semaine de réflexion, chaque équipe vote le sujet qui lui convient le mieux ; celui remportant le plus de vote sera proposé la semaine qui suit en réunion REISAU. |
| Semaine 4 | Organisation et déroulé de la réunion |

4. Suivi

Les comptes rendus permettent de partager la richesse des échanges à l'ensemble des personnes ; ils sont également le support de l'amélioration des pratiques lorsqu'il est question d'évoquer un sujet et de trouver des pistes de recommandation.

- Annexe n°9 : Organisation des réunions instaurées au sein de l'EHPAD Les Ogiers



LEBLOND

Chloé

Décembre 2017

DESSMS

Promotion 2016-2017

La collaboration ou le travail d'équipe : une réflexion autour d'un modèle organisationnel adapté à l'EHPAD de demain

Résumé :

Quelle organisation pour l'EHPAD de demain ? L'accompagnement des résidents devient de plus en plus complexe face à l'alourdissement des pathologies, au contexte réglementaire évolutif et aux financements contraints qui caractérisent le secteur des personnes âgées. Le modèle de la bureaucratie professionnelle qui structure le fonctionnement des établissements sanitaires et médico-sociaux répond-il encore aujourd'hui aux besoins et aux attentes de la personne accueillie ? À travers le cas de la Résidence Les Ogiers, il a été question de confronter les habitudes managériales à la réalité du terrain pour bousculer les traditions et surtout pour améliorer la qualité du service rendu. Ainsi, en s'intéressant aux pratiques des professionnels et en plongeant dans le quotidien des services, c'est l'enjeu de la collaboration qui est apparu décisif dans l'organisation des établissements évoluant dans un contexte complexe et interactif. Le travail d'équipe et ses caractéristiques ont ainsi permis d'amorcer une réflexion managériale que le directeur d'établissement médico-social se doit de mener afin d'anticiper et d'imaginer un modèle qui évolue en même temps que les usagers.

Mots clés :

Modèle organisationnel – Qualité de l'accompagnement – Place des résidents – Management – Bureaucratie professionnelle – Adhocratie – Etablissement médico-social – EHPAD – Enquête de terrain

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.