



EHESP

DESSMS

Promotion : **2016 - 2017**

Date du Jury : **Décembre 2017**

**Le travail en équipe pluridisciplinaire
en établissement sanitaire, social et
médico-social.**

***Quels leviers pour le directeur chargé d'assurer
et d'optimiser le fonctionnement
pluridisciplinaire en EHPAD ?***

Maria Brajeul

Remerciements

Mes remerciements vont d'abord à Monsieur Bruno Champollion, directeur de l'EHPAD Thomas Boursin du Minihic-Sur-Rance, qui m'a accueillie et accompagnée en tant que maître de stage de professionnalisation. Nos échanges et notre collaboration au quotidien m'ont permis de connaître, de comprendre et d'agir dans une posture réflexive au sein de l'établissement pendant les sept mois d'un stage très formateur. Je le remercie pour sa confiance. J'associe à ces remerciements l'ensemble du personnel.

L'intérêt et la disponibilité qu'ils m'ont témoignés ont permis de nombreux échanges, dans un cadre institutionnel ou plus informel. J'ai rencontré des professionnels enthousiastes et engagés.

Je tiens aussi à remercier tous les professionnels extérieurs à l'établissement que j'ai rencontrés et ceux qui m'ont accordé de leur temps. Ils m'ont confortée quant à l'importance d'une vision globale et partenariale pour un directeur d'ESSMS.

Je remercie les professionnels qui ont pris le temps de répondre anonymement à l'enquête en ligne que j'ai diffusée pour nourrir les données qualitatives et quantitatives de ce mémoire.

Enfin je remercie les enseignants qui m'ont permis de rassembler les apports nécessaires à la réalisation de ce travail, ainsi que mes proches pour leur soutien.

Sommaire

Introduction	1
1 L'adaptation continue des EHPAD à l'évolution du cadre de l'action sociale et médico-sociale	1
2 La reconnaissance réglementaire de l'équipe pluridisciplinaire comme principal moyen de l'EHPAD dans la poursuite de ses missions.....	2
3 Les déterminants du travail en équipe pluridisciplinaire en EHPAD.....	3
4 L'observation du fonctionnement pluridisciplinaire dans le cadre d'une immersion professionnelle en EHPAD	6
5 Le rôle du directeur au regard du travail en équipe pluridisciplinaire en EHPAD	9
1 Les objectifs du travail en équipe pluridisciplinaire en EHPAD	11
1.1 Une réalité de terrain entre adhésion aux objectifs de travail et définition collective des principes d'intervention en équipe pluridisciplinaire.....	11
1.1.1 L'influence du rapport des professionnels à l'éthique individuelle	11
1.1.2 La question de la qualité, en filigrane des objectifs de travail en équipe pluridisciplinaire.....	12
1.1.3 L'empreinte du statut juridique d'établissement public sur les objectifs du travail en équipe pluridisciplinaire	12
1.1.4 Des objectifs de travail en équipe pluridisciplinaire liés aux pratiques professionnelles des acteurs de terrain	13
1.2 La qualité du travail au cœur des objectifs du fonctionnement en équipe pluridisciplinaire	15
1.2.1 La prescription réglementaire d'une démarche qualité articulée autour des objectifs de travail en équipe pluridisciplinaire	15
1.2.2 Une dynamique de poursuite des objectifs de travail en équipe pluridisciplinaire entre adaptation et continuité	16
1.3 La nécessité de poser un « cadre de sens » pour l'engagement institutionnel propre à l'établissement.....	18
1.3.1 S'assurer que l'équipe pluridisciplinaire partage une vision et une compréhension commune des orientations	18
1.3.2 Développer un socle de compétences communes dans une perspective de résultats collectifs.....	20
1.3.3 Favoriser l'appartenance institutionnelle.....	21
2 Le contenu du travail en équipe pluridisciplinaire en EHPAD	23

2.1	Les attentes et les besoins des personnes accueillies au cœur des évolutions du travail en équipe pluridisciplinaire en EHPAD.....	23
2.1.1	L'influence d'un contexte national sur le contenu du travail en équipe pluridisciplinaire en EHPAD	23
2.1.2	L'officialisation progressive de l'éthique dans le contenu du travail en EHPAD	24
2.1.3	L'impact de la conciliation d'un lieu de vie et d'un lieu de soins sur le contenu du travail en équipe pluridisciplinaire au sein d'une ancienne « maison de retraite »	25
2.1.4	Le parcours de la personne accueillie au sein de l'EHPAD comme prisme de lecture du contenu du travail en équipe pluridisciplinaire	26
2.2	L'impératif de cohérence du contenu du travail en équipe pluridisciplinaire	28
2.2.1	L'organisation des soins	28
2.2.2	Espaces de communication et interactions	32
2.2.3	La relation et l'éthique.....	35
2.3	La reconnaissance et la responsabilité, deux domaines d'investissement formidables pour le directeur souhaitant agir sur le contenu du travail en équipe pluridisciplinaire.....	37
2.3.1	L'enjeu de la reconnaissance des personnes accompagnées	37
2.3.2	L'enjeu de la reconnaissance des professionnels	39
2.3.3	Adapter l'offre de services pour responsabiliser les personnels sur des missions innovantes et transversales.....	40
3	Les modalités du travail en équipe pluridisciplinaire en EHPAD.....	43
3.1	La perfectibilité évidente du fonctionnement pluridisciplinaire	43
3.1.1	La persistance d'un certain cloisonnement des actes d'accompagnement entre intervenants externes et équipe pluridisciplinaire interne à l'établissement.....	43
3.1.2	L'influence des caractéristiques des publics accueillis sur les particularités du travail en équipe pluridisciplinaire en EHPAD	45
3.2	Une médiation garante de la continuité du fonctionnement en équipe pluridisciplinaire.....	46
3.2.1	Le rôle de l'encadrement dans le travail en équipe pluridisciplinaire	46
3.2.2	La place de la hiérarchie dans le fonctionnement pluridisciplinaire en EHPAD	47
3.2.3	L'impérieuse circulation de l'information	48
3.3	Réaffirmer les notions de transversalité, d'unité et de cohérence, comme bases du travail en équipe pluridisciplinaire	50
3.3.1	La dynamique du projet	50
3.3.2	Positionner les cadres en véritables coordinateurs	51

3.3.3 Développer les complémentarités entre la structure et les autres acteurs du réseau local.....	53
Conclusion	55
Bibliographie	57
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

AGGIR : Autonomie Groupe Iso Ressources Gérontologie	ERP : Établissement Recevant du Public
AMP : Aide Médico-Psychologique	EHPAD : Établissement Social et Médico-Social
ANESM : Agence Nationale de l'Évaluation Sociale et Médico-sociale	ETP : Équivalent Temps Plein
ARS : Agence Régionale de Santé	GCSMS : Groupement de Coopération Social et Médico-Social
AS : Aide-Soignant	GHT : Groupement Hospitalier de Territoire
ASG : Assistant de Soins en Gérontologie	GIR : Groupe Iso-Ressources
ASH : Agent des Services Hospitaliers	GIR 7 : Groupe Inter établissement de Réflexion (GCSMS)
CA : Conseil d'Administration	GMP : Gir Moyen Pondéré
CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles	GPMC : Gestion Prévisionnelle des Métiers et Compétences
CD : Conseil Départemental	HACCP : en anglais « analyse des risques et maîtrise des points critiques »
CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail	HAD : Hospitalisation A Domicile
CHU : Centre Hospitalier et Universitaire	HAS : Haute Autorité de Santé
CLACT : Contrat Local d'Amélioration des Conditions de Travail	IDE : Infirmier Diplômé d'État
CLIC : Comité Local d'Information et de Coordination	IDEC : Infirmier Diplômé d'Etat coordinateur
CMP : Centre Médico-Psychologique	MAIA : Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer
CTE : Comité Technique d'Etablissement	NTIC : Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication
CSP : Code de la Santé Publique	PDA : Préparation des Doses Administrées
CVS : Conseil de la Vie Sociale	PE : Projet d'Établissement
DARI : Document d'Analyse des Risques Infectieux	PMP : Pathos Moyen Pondéré
DMS : Durée Moyenne de Séjour	PMS : Plan de Maîtrise Sanitaire
DUERP : Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels	PVP : Projet de Vie Personnalisé
EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes	PUI : Pharmacie à Usage Intérieur
EMSP : Equipe Mobile de Soins Palliatifs	SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile
EPS : Établissement Public de Santé	

Introduction

« La démarche de soins se donne pour objet un sujet ; mais il ne s'agit pas de ce sujet dont les rois ont fait un objet. Il s'agit d'une personne », souligne le philosophe Yves Thiébaud¹.

1 L'adaptation continue des EHPAD à l'évolution du cadre de l'action sociale et médico-sociale

C'est dans cette préoccupation urgente de placer la personne au centre des structures et dispositifs que la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale est entrée en vigueur. Elle pose en son article 3 des principes d'intervention pour les EHPAD, qui doivent respecter l'égalité de dignité de tous les êtres humains, répondre de façon adaptée aux besoins de chacun d'entre eux et leur garantir un accès équitable sur l'ensemble du territoire.

Eu égard aux compétences générales dévolues aux institutions sociales et médico-sociales, telles que définies par l'article 1er de la loi de 1975 relative aux institutions, l'approche est désormais moins axée sur la mission d'hébergement en établissement que sur les missions d'accompagnement et d'assistance.

Dans ce cadre, les EHPAD « ont pour mission d'accompagner les personnes fragiles et vulnérables et de préserver leur autonomie par une prise en charge globale »². Ils accueillent des personnes âgées de plus de 60 ans qui ont besoin d'aide et de soins au quotidien, en raison d'un certain degré de perte d'autonomie psychique et/ou de dépendance physique.

Dans la continuité de la loi d'adaptation au vieillissement du 28 décembre 2015 qui affirme la nécessité d'une prise en charge sanitaire et sociale globale, continue et au plus près des lieux de vie, un décret du 26 août 2016 cherche à optimiser cet accompagnement global et continu des résidents en organisant plus concrètement les conditions d'organisation et de fonctionnement des EHPAD.

Les EHPAD doivent ainsi s'intégrer à « la coordination gériatrique locale » en se mettant en relation avec plateformes territoriales d'appui (PTA), les méthodes d'action pour

¹ Sous la direction de DOUSSOT Pierre, THIEBAUD Yves, "Du soin à la personne" INFIPP, Démarche et dossier de soins. Réflexion et pratique : 1990. Ch.4 : Au cœur de la méthode : la personne. p. 51 à 67

²<http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/choisir-un-hebergement/vivre-dans-un-etablissement-medicalise/les-ehpad>

l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA), les centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC). Le texte oriente aussi les EHPAD vers une mission de prévention et d'éducation à la santé auprès des résidents, en sus « des soins médicaux et paramédicaux adaptés » et « une aide à la vie quotidienne adaptée ». L'établissement doit proposer à la personne accueillie, et le cas échéant à sa personne de confiance, d'élaborer un projet d'accompagnement personnalisé favorisant l'exercice de ses droits.

Pour l'ex ministre de la santé et des affaires sociales Mme Touraine, il était aussi question d'inscrire, à part entière, les EHPAD dans une offre médico-sociale plus lisible et plus transparente. Les EHPAD doivent ainsi proposer des prestations d'administration, d'hôtellerie, de restauration, de blanchissage et d'animation de la vie sociale, un accompagnement de la perte d'autonomie et un encadrement des soins quotidiens. Autant de prestations qui correspondent à des besoins dans le parcours de soins, de santé et de vie des personnes âgées dépendantes.

Ce décret détermine donc l'offre de services commune et de prestations auxiliaires possibles des EHPAD, qui doivent concorder avec les objectifs d'accompagnement et avec la mission de ces établissements. Il va toutefois plus loin, en précisant les moyens dont les EHPAD doivent disposer.

2 La reconnaissance réglementaire de l'équipe pluridisciplinaire comme principal moyen de l'EHPAD dans la poursuite de ses missions

Selon l'article 1.1-II dudit décret, « pour assurer ses missions, outre son directeur et le personnel administratif, l'EHPAD dispose d'une équipe pluridisciplinaire comprenant au moins un médecin coordonnateur, un infirmier diplômé d'Etat, des aides-soignants, des aides médico-psychologiques, des accompagnants éducatifs et sociaux et des personnels psycho-éducatifs ». La formulation est synthétique, et l'exposé de ces moyens est bref.

En l'espèce, il s'agit de moyens humains, de ressources humaines séparées en trois entités distinctes, dont la place organisationnelle semble bien définie. En effet, le directeur apparaît comme premier responsable du bon fonctionnement de l'EHPAD dans la poursuite de ses missions. Le personnel administratif seconde le directeur pour garantir ce bon fonctionnement. Le texte ajoute l'existence d'une « équipe pluridisciplinaire » composée de professionnels du soin diplômés d'Etat, d'un médecin coordonnateur dont les fonctions *sui generis* sont fixées par un décret du 02 septembre 2011 mentionné au I de l'article L.313-12 du CASF, et de professionnels issus de secteurs voisins : médico-psychologique, psycho-éducatif et éducatif et social. Sans plus de précisions.

L'utilisation du terme « disposer » mérite cependant que l'on s'y arrête, car il revêt des significations différentes et complémentaires. Disposer c'est posséder, déterminer et distribuer, coordonner et arranger, c'est prescrire et décider. Ainsi, l'établissement, personne morale de droit public, s'organise et fonctionne sous la responsabilité d'un directeur qui en est le garant. Il est intéressant de noter qu'il est placé, avec le personnel administratif, hors de l'équipe pluridisciplinaire. Celui qui est en charge de l'organisation et du bon fonctionnement du travail de l'équipe n'en est pas membre. Il a toutefois en commun avec elle de participer à l'atteinte de ses missions.

Dans cette perspective la notion de travail qui désigne l'activité, sa méthode et son résultat en tant que transformation de la réalité³, a l'avantage de pouvoir désigner l'ensemble complexe des activités exercées par tous les professionnels dont dispose l'établissement. « L'accompagnement global et continu des résidents » qui y vivent et y habitent est l'intitulé d'une mission qui laisse facilement deviner des interventions variables dans leur nature, leur durée, leur fréquence, leurs modalités et leur degré de participation du destinataire.

Surtout qu'au-delà de l'utilisateur - citoyen et contribuable - c'est sur la personne et ses attentes que tous ces professionnels doivent poser leur regard. Leur travail, dans l'esprit de la législation susvisée, consiste à « aider la personne à affiner sa compréhension de sa situation, exprimer ses attentes et construire avec elle le cadre d'un accueil et d'un accompagnement personnalisés »⁴. Il faut donc comprendre que chaque professionnel de l'équipe pluridisciplinaire participe à « aider » et « construire, avec la personne ».

3 Les déterminants du travail en équipe pluridisciplinaire en EHPAD

Le travail comme ensemble d'activités est ici un processus au cours duquel chaque professionnel effectue les tâches assignées au poste auquel il est affecté selon les compétences et qualifications qui caractérisent son métier, relevant lui-même d'une profession, s'il est sociologiquement structuré⁵.

L'équipe pluridisciplinaire se compose donc de l'ensemble des professionnels qui contribuent aux services rendus aux usagers au sein de l'établissement. Elle est marquée par la coexistence de différents métiers et professions. Chaque membre de l'équipe a sa spécificité et ses fonctions, mais participe à la mise en œuvre globale des interventions et

³ Travail, Dictionnaire de philosophie, Noëlla Baraquin, Armand-Colin, 2007

⁴ Les attentes de la personne et le projet personnalisé, ANESM, décembre 2008, p.2

⁵ Tourmen, Claire. « Activité, tâche, poste, métier, profession : quelques pistes de clarification et de réflexion », *Santé Publique*, vol. 19, no. hs, 2007, pp. 15-20.

des projets, et à ce titre doit être à même de pouvoir porter ses informations à la connaissance de tous les membres qui constituent l'équipe.

Dès 1989 lors de la réforme des annexes 24 de la loi d'orientation de 1975, une circulaire vient préciser les modalités des interventions médico-sociales. « Les prises en charge en EHPAD doivent présenter une grande cohérence (...) Elles requièrent l'intervention de professionnels de différentes origines, qui doivent garder leurs spécificités (...) le bénéficiaire doit être en mesure d'identifier les rôles particuliers de chaque intervenant (...) les directeurs d'établissements sont garants de la cohérence des actions qui réunissent des interventions spécifiques ».

Un décret de janvier 2005 repère le travail de l'équipe interdisciplinaire comme « conjuguant des actions thérapeutiques, éducatives, pédagogiques, sous la forme d'interventions interdisciplinaires réalisées en partenariat (...) ces actions entrent dans le cadre d'un projet personnalisé d'accompagnement adapté à la situation et à l'évolution de la personne accueillie »⁶.

L'interdisciplinarité précède ainsi dans la loi celle de pluridisciplinarité. Si ces deux concepts évoquent un mode de fonctionnement consistant à travailler ensemble dans un but commun, il est possible de lire ce changement sémantique comme la volonté du législateur de passer, en termes d'action sociale et médico-sociale, de la prise en charge d'un usager seulement destinataire d'interventions croisées à l'accompagnement d'une personne qui consent à chaque fois aux différentes interventions qui lui sont proposées dans le respect de ses droits et libertés⁷.

En ajoutant le mot travail au mot équipe, on obtient selon la définition reprise par la HAS dans un outil en ligne⁸, la réunion d'un groupe qui définit « des objectifs communs, des responsabilités et des rôles précis et une prise de décisions interdépendante, et qui y adhère. Les patients sont au centre du travail de l'équipe et sont encouragés à prendre part aux décisions et à bien gérer leurs propres soins »⁹. La participation active d'un usager reconnu comme sujet raisonnable et responsable semble donc aussi devenir le leitmotiv du travail en équipe en milieu de soin.

⁶ Décret n° 2005-11 du 6 janvier 2005 fixant les conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques

⁷ Peny, Bernard. « L'accompagnement dans la loi : entre rupture et continuité », *Contraste*, vol. 24, no. 1, 2006, pp. 153-165.

⁸ https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1601003/fr/travailler-en-equipe

⁹ Frank JR et S. Brien, (corédacteurs) au nom du Comité directeur sur les compétences liées à la sécurité des patients. Les compétences liées à la sécurité des patients – L'amélioration de la sécurité des patients dans les professions de la santé. Ottawa (Ontario); Institut canadien pour la sécurité des patients; 2008.

D'un point de vue plus pratique, la répartition des responsabilités des actions d'une équipe interdisciplinaire peut se révéler délicate puisqu'elle implique que les membres de l'équipe soient « co-producteurs de l'œuvre », et dès lors qu'ils assument en commun la responsabilité d'une décision d'intervention et de sa réalisation. Dans une équipe pluridisciplinaire, les frontières seraient moins poreuses et les spécificités plus marquées.

Quant à distinguer une équipe pluriprofessionnelle d'une équipe pluridisciplinaire, il faut revenir à la définition de la discipline comme une « science, une matière pouvant faire l'objet d'un enseignement spécifique »¹⁰ et à celle de profession, qui implique à la fois une structuration forte de l'accès au marché du travail que ses membres contrôlent, une identité largement revendiquée et reconnue socialement, et des savoir-faire spécifiques bien identifiés. Si les professions et les disciplines ne sont pas immuables, il est plus fréquent de voir des professions naître et disparaître. L'usage du terme pluridisciplinarité permet peut-être d'éviter les débats sur ce qui est scientifique et ce qui ne l'est pas¹¹, et sur ce qui relève d'une profession ou qui n'en relève pas.

Le travail en équipe pluridisciplinaire en EHPAD est donc un processus suivant une organisation, un fonctionnement et une réalité complexes, pour ne pas dire parfois compliquées¹², comme le suggère entre autres, la publication du guide « le secteur médico-social : comprendre pour agir mieux » par l'ANAP en 2013. Hétérogénéité des besoins et attentes des personnes, manque d'interconnaissances entre les acteurs œuvrant parfois auprès d'un même public, réformes successives et complexification réglementaire, manque de visibilité et de lisibilité des dispositifs existants sont autant que constats de faits évoqués par les professionnels eux-mêmes¹³.

Le travail en équipe pluridisciplinaire en EHPAD est un sujet qui traite de ces trois tâches impossibles (éduquer, gouverner, soigner) évoqués par Freud (1937) ; de tout un ensemble d'activités mettant en jeu un « travail relationnel » où le service n'est ni à finalité commerciale ni administrative, mais plutôt à finalité psycho-socio-éducative¹⁴ et pour lequel la mesure de la qualité et de la performance trouvera ses propres indicateurs.

¹⁰Centre national des ressources textuelles et lexicales, créé par le CNRS <http://www.cnrtl.fr/>

¹¹ NICOLESCU B., La transdisciplinarité, Manifeste, Editions du Rocher Monaco 1996

¹² Monneraud, Lise. « Le regard des acteurs de santé sur le système de santé », *Les Tribunes de la santé*, vol. 23, no. 2, 2009, pp. 73-80.

¹³ Par exemple, voir l'interview pour ANAP.fr du jeudi 18 juillet 2013 de Sylvie PLATON - Directrice d'EHPAD dans le Puy de Dôme, Représentante de l'ADPA au Comité d'Orientation Stratégique de l'ANESM, Déléguée Régionale de la F.H.F. pour le secteur médico-social

¹⁴ Gonzalez, G.R.E ; Claire-Louisor, J. ; Weill-Fassina, A. 2001. « Les activités d'intervention psychosocio-éducatives : une catégorie spécifique de la relation de service », *Actes du Congrès de la self-ace*, 76-82

La question des leviers mobilisables par le directeur constituera le filtre et l'angle de traitement du sujet. Chargé d'assurer et de plus en plus d'optimiser le bon fonctionnement de l'équipe pluridisciplinaire sans en être membre, sa place de responsable et son rôle de garant lui confèrent ainsi un positionnement particulier au sein de l'établissement.

4 L'observation du fonctionnement pluridisciplinaire dans le cadre d'une immersion professionnelle en EHPAD

Néanmoins, « ce n'est point dans l'objet que réside le sens des choses mais dans la démarche » comme le souligne Antoine de Saint Exupéry dans Citadelle. L'immersion dans un établissement pendant les sept mois de la durée du stage de professionnalisation DESSMS a constitué une occasion privilégiée d'observer sur le terrain la réalité d'un fonctionnement de cette organisation en équipe pluridisciplinaire.

En l'espèce, il s'agissait d'un EHPAD public autonome relevant de la Fonction Publique Hospitalière, proposant 84 places d'hébergement permanent répartis sur 4 niveaux, tous équipés d'un « petit salon » collectif et d'une salle à manger. L'effectif autorisé est de 56,60 ETP, auquel il faut rajouter 2,57 ETP d'emploi aidé, principalement sur des fonctions d'entretien des espaces collectifs. La cuisine est internalisée, la lingerie entièrement externalisée, y compris pour le linge des résidents.

L'évaluation interne a été réalisée en 2014 et l'évaluation externe en 2015, permettant à l'établissement de renouveler son autorisation de fonctionnement à compter du 3 janvier 2017. Une mission de contrôle avait été menée par les autorités de tarification en octobre 2012, peu de temps après l'arrivée du directeur en poste actuellement ; le projet d'établissement couvrant la période 2011-2016.

L'établissement est engagé depuis cinq ans dans une réflexion sur un projet de restructuration, du fait de locaux vieillissants au 4ème niveau, de chambres à deux lits, de certaines chambres de petite taille sans douche. Ces travaux permettent également de rénover la cuisine et de l'agrandir en vue de la mutualisation de la cuisine de l'EHPAD et de la cuisine scolaire de la commune. Les contraintes liées à la localisation en bord de Rance ont ralenti l'évolution du projet et les travaux commenceront à la fin de l'année 2017.

L'établissement poursuit depuis 5 ans une dynamique d'ouverture sur l'extérieur grâce à l'intégration dans les réseaux locaux et les coopérations, un travail sur la place des familles et la poursuite d'un accompagnement centrée sur le résident, notamment en travaillant sur les projets de vie et sur le travail en équipe pluridisciplinaire. C'est ainsi que

les efforts ont été orientés vers l'augmentation du temps de psychologue, le recrutement d'un ergothérapeute, l'intervention d'un musicothérapeute, et pour les années à venir, une réflexion sur le recrutement d'un éducateur sportif et le salariat d'un kinésithérapeute.

La dynamique de cet établissement est le fruit d'une histoire marquée par plusieurs changements de direction favorisant une certaine instabilité institutionnelle et entraînant l'insécurité des personnels devenus méfiants à l'égard de la fonction. Ce passé peut contribuer à expliquer l'ancrage d'une forte présence syndicale et parfois une difficulté à faire évoluer les pratiques, qui ne s'inscrivent pas toujours dans un accompagnement global médico-social et un travail pluridisciplinaire spontané.

Dans ce contexte, l'étude des enjeux du travail en équipe pluridisciplinaire en EHPAD, pourra permettre d'identifier les leviers mobilisables par le directeur pour assurer et optimiser ce fonctionnement. Il s'agira ici, pour chaque enjeu repéré, d'une démarche articulée autour de trois déterminants complémentaires : connaître et comprendre pour agir.

Le recueil de statistiques et d'informations contenues sur 5 ans dans le bilan social, le bilan financier, le rapport d'activité de l'EHPAD ; la lecture des documents et outils de la direction en termes de projets engagés, de processus en place et de procédures existantes ; la consultation des comptes rendus des instances traitant de la question du travail en équipe pluridisciplinaire ont permis de cerner les modalités au moins techniques de cette organisation.

Pour compléter cette première représentation du travail en équipe pluridisciplinaire au sein de l'établissement, il était indispensable de procéder à l'observation de la réalité quotidienne du terrain, pour confronter les principes relevant de l'organisation aux pratiques relevant du fonctionnement¹⁵.

L'observation permet aussi d'identifier les logiques des acteurs concernés par ce sujet¹⁶. Le recours à la méthode de l'observation participante¹⁷ tout au long du stage a permis de recueillir un matériau d'enquête de nature qualitative et quantitative en mettant à profit le

¹⁵ DESROSIÈRES, A. (1998). "L'opposition entre deux formes d'enquête: monographie et statistique." p. 1-9 in *Justesse et justice dans le travail*, sd BOLTANSKI, L. et THÉVENOT, L. Paris: PUF.

¹⁶ HUGHES, E.C. (1996). "La place du travail de terrain dans les sciences sociales." p. 267-279 in *Le regard sociologique*, sd HUGHES, E.C. Paris: Editions de l'EHESS.

¹⁷ PENEFF J. (2009). *Le goût de l'observation. Comprendre et pratiquer l'observation participante en sciences sociales*, Paris: La Découverte/Grands repères.

statut d'élève directeur, qui positionne le stagiaire comme un acteur interne à la structure dans le cadre de la réalisation des missions qui lui sont confiées par le maître de stage.

Le recours à la technique de l'entretien semi-directif a été écarté dans la mesure où la préparation, l'animation et la synthèse de groupes de travail internes visant, entre autres, le renouvellement du projet d'établissement ont permis d'échanger largement avec les professionnels sur la question du travail en équipe pluridisciplinaire. Il s'agissait d'une de mes missions de stage, dont le périmètre allait de la préparation et l'animation des groupes de travail, à la rédaction et à la présentation en instances (CTE, CA, CVS, réunion du personnel).

La participation à toutes les instances et les réunions institutionnelles incluant CA, CTE, CHSCT, CVS, Comité Qualité, transmissions journalières, réunion de cuisine, réunion avec l'équipe de nuit, réunion du personnel, réunion de services (traitant soit des accompagnements soit de l'organisation) et réunion des cadres, a contribué à aiguiller les recherches documentaires et la consultation de littérature spécialisée sur le sujet. Il était effectivement impératif de rassembler des éléments d'objectivation de la situation et d'analyse des données de terrain.

De fait plusieurs champs de référence ont été retenus dont celui du management et de la gestion des ressources humaines, la formation des adultes et la professionnalisation, la psychologie du travail, les évolutions du travail dans le secteur social et médico-social. Cela permet d'opérer une sélection d'ouvrages généralistes faisant état des débats théoriques et méthodologiques, de références au regard de l'actualité de la recherche et des débats ; de contributions de certains auteurs spécialistes d'un thème précis.

Pour compléter les clefs de compréhension des enjeux du travail en équipe pluridisciplinaire appliqué aux EHPAD, récoltées au fil de cette démarche réflexive, et dans un souci de transposabilité des résultats de cette démarche, il semblait logique de chercher à élargir le recueil de données à d'autres établissements.

L'objectif n'était pas d'engager un travail de comparaison entre EHPAD de la région et/ou au niveau national, et le choix a été fait de construire un questionnaire dont la diffusion en ligne permettrait l'accès à tout professionnel, peu importe la fonction exercée au sein de l'EHPAD destinataire. L'échantillon ainsi obtenu n'avait pas vocation à être représentatif mais cherchait à garantir une diversité de points de vue. Le type d'informations recherchées dans ce cadre relevait de données quantitatives et qualitatives (*voir annexe 1*) autour de la perception et de l'organisation du travail en équipe pluridisciplinaire au

sein de leur établissement d'exercice. La liste de diffusion du questionnaire en ligne a rassemblé une trentaine d'EHPAD de la région correspondant notamment au réseau ouvert par le maître de stage à cette occasion.

5 Le rôle du directeur au regard du travail en équipe pluridisciplinaire en EHPAD

Le directeur dispose de leviers divers mais complémentaires pour mener à bien les missions qui relèvent de son champ de compétence. Ils sont d'ordre humain, organisationnel, technique, managérial, financier et environnemental. Selon le référentiel de positionnement DESSMS, créé en 2010 suite à la publication du référentiel métier avec la contribution de professionnels D3S, ils prennent la forme d'outils très variés autour des thèmes suivants :

- « Interrogation de son rapport a soi, aux autres et son environnement
- Expertise d'une problématique sanitaire ou sociale appliquée à des populations fragilisées sur un territoire
- Mobilisation et fédération des acteurs internes autour d'un projet d'établissement
- Innovation, conduite et valorisation de l'offre de service en mobilisant les acteurs externes
- Elaboration et gestion stratégique d'un projet d'établissement
- Initiation et organisation de coopération et de partenariat dans une dynamique de développement et d'optimisation
- Analyse et gestion économique, financière et logistique d'un établissement
- Gestion des situations de crise ».

A la lecture de ce champ de compétence du DESSMS, et conformément aux enseignements reçus en cours de formation DESSMS et tout au long d'expériences professionnelles passées, quatre dimensions du travail¹⁸ de directeur peuvent être mises en lumière.

Le directeur élabore, organise, analyse et décide. Il est en charge de la gestion économique, financière et logistique de l'établissement. Il est donc gestionnaire au sein administratif du terme ; il dirige l'établissement et le travail effectué en son sein par l'équipe pluridisciplinaire. Il doit veiller à donner du sens en termes de stabilité du cadre de travail, de structure¹⁹.

¹⁸ Travail entendu comme activité, méthode et résultat, cf p.3

¹⁹ FRACCAROLI, Franco. « L'expérience psychologique de l'incertitude au travail », *Le travail humain*, vol. vol. 70, no. 3, 2007, pp. 235-250.

Le directeur mobilise et fédère, conduit et valorise, il initie. Il est manager ayant autorité, dont la forme variable demeure cependant un principe constant et structurant pour l'organisation du travail en équipe pluridisciplinaire²⁰. Il doit ainsi veiller à donner du sens en termes de lien, de soutien et de professionnalisation des agents²¹.

Le directeur interroge, innove pour développer et optimiser l'offre de service ; il lui revient d'avoir l'audace²² de la projection et de la prospective. Il est à la recherche d'opportunités pour optimiser, renouveler le travail de l'équipe pluridisciplinaire dans sa mission d'accompagnement global des personnes accueillies au sein de l'établissement. Il doit ainsi veiller à donner du sens en termes de progrès²³.

Le directeur gère les situations de crise, dans la mesure où il prévoit, organise et analyse les modalités de réponses à un risque, une atteinte potentielle et/ou avérée à la sécurité des biens et au bien-être des personnes relevant de la responsabilité de l'établissement²⁴. Il doit ainsi veiller à donner du sens en termes de rationalisation de l'incertitude²⁵.

Finalement, le directeur serait responsable « du sens » en EHPAD, sans en être évidemment le détenteur ou l'unique traducteur. Le sens comme progrès, comme lien, comme structure et comme rationalité. En pilotant l'organisation du travail en équipe pluridisciplinaire, envisagé dans ses objectifs (Titre 1), son contenu (Titre 2), et ses modalités (Titre 3), le directeur impacterait le fonctionnement du travail en équipe pluridisciplinaire. C'est au travers de ces trois dimensions que ce travail tentera de répondre à la problématique de la meilleure garantie du fonctionnement pluridisciplinaire en EHPAD.

²⁰ MARINIER S. (2016). *Moi, manager ? Essai sur la légitimité et l'autorité managériale, de la philosophie à la pratique*. Coll. Vivre l'entreprise, série management et ressources humaines. Ed. L'harmattan

²¹BERNARD F. et VINCENT JOULE V. « Lien, sens et action : vers une communication engageante », *Communication et organisation* [En ligne], 24 | 2004, mis en ligne le 27 mars 2012

²² Sous la direction de HEINRY H. (2016). *La fabrique du changement au quotidien. Paroles de directeurs*. Presses de l'EHESP

²³HEGEL., *La Raison dans l'histoire. Introduction à la philosophie de l'histoire (Die Vernunft in der Geschichte, 1822-1830)*, trad. UGE, 1965, 311 p.

²⁴ AMYOT J.J, VILLEZ A. (2001). *Risques, responsabilité, éthique dans les pratiques gérontologiques*. Paris, Ed. Dunod, Fondation de France, 216p.

²⁵ PERRENOUD P. (1999). *Gestion de l'imprévu, analyse de l'action et construction de compétences*. Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation. Université de Genève

1 Les objectifs du travail en équipe pluridisciplinaire en EHPAD

1.1 Une réalité de terrain entre adhésion aux objectifs de travail et définition collective des principes d'intervention en équipe pluridisciplinaire

La notion d'objectif fait d'abord appel à celle de finalité, de but, de cible. L'objectif formule les orientations à poursuivre et se décline en une ou plusieurs actions. Elle va de la définition politique de finalités globales au choix d'objectifs instrumentaux liés à l'utilisation des moyens. L'objectif se traduit dans le cadre professionnel en termes de mission, de plan, de programme et d'actions. Selon la place qu'ils occupent dans le dispositif de pilotage de la performance, les objectifs peuvent être stratégiques ou opérationnels²⁶. La notion d'objectif évoque toutefois également le registre plus subjectif de l'intention, de l'aspiration, de la vocation.

1.1.1 L'influence du rapport des professionnels à l'éthique individuelle

Dans une enquête portant sur les conditions de travail en EHPAD, publiée en 2016 par la DRESS, deux raisons sont souvent mises en avant par les soignants pour justifier de leur orientation professionnelle : la vocation et le choix²⁷. Le registre de la vocation renvoie à ce qui s'impose à l'individu, en raison de sa nature ou de son destin et se traduit par des paroles du type : « je suis fait pour ça », « je ne me voyais pas faire autre chose ». L'éthique est fortement imbriquée dans cette notion, qui renvoie aux valeurs de l'individu, à l'engagement personnel dans l'activité, à la fidélité à cet engagement, et à la définition de soi au moment d'endosser l'identité professionnelle véhiculée par le métier.

Ensuite vient le choix qui se traduit par : « j'ai choisi ce métier ». Il s'agit là d'un mouvement délibéré de la personne, qui suppose un investissement personnel fort, de moyen ou long terme, mais dont le caractère contraignant est moins prononcé que dans le registre vocationnel. Certains professionnels tiennent cependant un discours moins enjoué. Comme le souligne l'enquête susvisée et comme j'ai pu le constater dans le cadre de mon stage lors de recrutement de personnels, des personnes souvent sans diplôme ou peu diplômées, peu mobiles et dans un contexte de rareté des opportunités professionnelles notamment en milieu rural, acceptent un poste d'agent de service par défaut.

²⁶ Henri Guillaume, Guillaume Dureau, Franck Silvent, *Gestion publique l'État et la performance*, Presses de sciences po et Dalloz, Paris, 2002

²⁷ Dossiers Solidarité et Santé, DREES, n°57, décembre. 21 Septembre 2016 /// N°5 *Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés*

1.1.2 La question de la qualité, en filigrane des objectifs de travail en équipe pluridisciplinaire

Etant chargée du pilotage de la démarche de renouvellement du projet d'établissement dans le cadre d'une de mes missions de stage, j'ai pu proposer lors de l'animation d'un groupe de travail interne un temps de réflexion individuelle autour de la question « Quelles valeurs m'animent dans l'exercice de mon métier au sein de L'EHPAD ? », suivi de la réalisation d'un « mur post-it » lors de la mise en commun (chacun devait préalablement écrire sur post it des mots évoquant ses valeurs au travail).

Malgré la variété des professions représentées (ont participé la psychologue, cinq aides-soignants, le médecin coordonnateur, l'infirmière coordinatrice, une IDE et le directeur), les membres du groupe de travail ont conclu à la prédominance de quatre notions, tenant à rassembler d'abord autour de celles d'équipe et de partage des valeurs telles que « convivialité », « échanges », « équipe », « partage », « coordination », « oser », « humour » et « sourire ». Nous en avons collectivement déduit qu'il ne pouvait y avoir d'équipe sans partage. L'accompagnement fut la deuxième notion choisie pour synthétiser les évocations suivantes : « accompagner », « comprendre le résident », « s'investir pour le résident », « vie », « communication ». L'écoute, qui suppose de respecter la personne, a aussi été largement évoquée par les participants (écoute citée 6 fois, respect citée 9 fois, dignité 1 fois). Enfin, c'est un ensemble d'attitudes professionnelles qu'ils ont rassemblées autour de la notion de bienveillance dont le « non jugement, adaptation, compréhension, objectivité, empathie, bienveillance, discernement, distanciation ».

Finalement, le groupe de travail a choisi d'affirmer que « l'accompagnement en équipe pluridisciplinaire des résidents, pour et avec eux, est fait de bienveillance, de respect, d'écoute et de partage ». Cela permet de dire que les valeurs individuelles peuvent être partagées collectivement, et seraient avant tout une éthique de l'action, la façon de travailler à la poursuite de la mission institutionnelle à savoir l'accompagnement des personnes âgées accueillies. Surtout, se dessinent des indicateurs qualitatifs d'un travail qui apparaît très relationnel²⁸.

1.1.3 L'empreinte du statut juridique d'établissement public sur les objectifs du travail en équipe pluridisciplinaire

Les EHPAD qui sont dotés de la personnalité morale de droit public doivent inscrire leur action dans les valeurs républicaines. Tout EHPAD public semble donc être appelé à

²⁸ Gonzalez, G.R.E ; Claire-Louisor, J. ; Weill-Fassina, A. 2001. « Les activités d'intervention psychosocio-éducatives : une catégorie spécifique de la relation de service », *Actes du Congrès de la self-ace*, 76-82

traduire et incarner, en fonction de ses attributions et de ses capacités, les notions de liberté, d'égalité et de fraternité. D'après le « Livre blanc sur l'avenir de la fonction publique » paru en 2008, les EHPAD publics doivent aussi faire vivre certaines valeurs institutionnelles qui fondent l'action du service public et de la fonction publique²⁹. Comme tout autre secteur d'activité, le service public ne peut remplir correctement ses missions que si les agents en charge de l'exécuter font preuve de professionnalisme. La loi rappelle que le fonctionnaire exerce ses fonctions avec dignité, impartialité, intégrité et probité. Selon ce livre blanc et dans la lignée des concepts de la nouvelle gestion publique³⁰, « toute activité requiert de l'efficacité, de la performance et de la qualité. L'établissement attend l'implication pleine et entière de l'agent dans les tâches qui lui sont confiées, la participation active à l'amélioration de la qualité du service au sein duquel il est affecté »³¹.

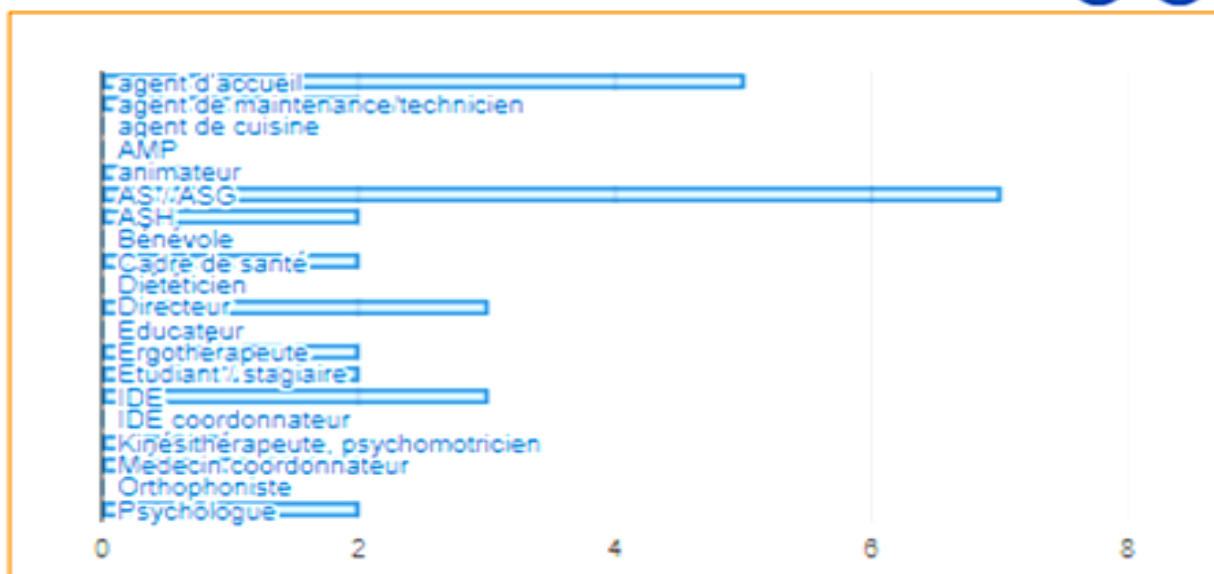
1.1.4 Des objectifs de travail en équipe pluridisciplinaire liés aux pratiques professionnelles des acteurs de terrain

Dans l'enquête en ligne diffusée auprès d'une trentaine d'EHPAD, la dernière question proposait une réponse libre : « Quelles sont pour vous les qualités nécessaires pour travailler au sein d'un établissement médico-social, au-delà de la fonction exercée ? ». Les 34 répondants, bien qu'exerçant leurs fonctions dans des établissements différents, ont constitué un panel représentatif de la pluralité des fonctions rencontrées dans une équipe pluridisciplinaire :

4. Votre fonction est

Question obligatoire

Synthèse des réponses



²⁹ Livre blanc sur l'avenir de la fonction publique : faire des services publics et de la fonction publique des atouts pour la France (Rapport Silicani, 2008)

³⁰ Bernard Abate (2000). La nouvelle gestion publique. Coll. Systèmes. Ed. L.G.D.J. 168 p.

³¹ Ibid, p.61

Les qualités nécessaires à ce travail en équipe pluridisciplinaire semblent abordées chez ces acteurs de terrain, non pas au travers d'objectifs formels mais plus fondamentalement, à partir de leurs pratiques professionnelles qui allient soin et accompagnement social, et sur le mode du vécu. Comme le montrent ces quelques réponses, il semble davantage être question d'une qualité de la relation de service que d'une qualité organisationnelle :

« L'écoute, la disponibilité, l'amour de son travail

De la disponibilité ; de l'humilité ; de l'écoute.

Patience et écoute, disponibilité, partage et tolérance

Savoir être à l'écoute, souriant, patient, respect de la confidentialité

Etre à l'écoute, respectueux, disponible, observateur, diplomate, calme, pédagogue

Savoir travailler en équipe, être à l'écoute, respect, polyvalence

Ecoute, patience, bienveillance, sérieuse, secret professionnel

Ecoute du personnel et de ses difficultés, ne pas se laisser influencer, tenter de rester neutre sur certains sujets, ne pas réagir à chaud

Etre polyvalent et toujours savoir que ce que l'on fait nous le faisons pour les usagers qui en EHPAD sont les résidents.

Etre capable d'écouter, de s'adapter à chacun, avoir un bon relationnel. Etre force de proposition, avoir envie de faire avancer, d'améliorer, l'organisation au quotidien.

Etre à l'écoute, disponible et ne pas oublier que nous sommes au service des personnes

Savoir partager ses pratiques et questionnements. Avoir de l'empathie

Ecoute, disponibilité, diplomatie, patience et empathie

Qualité d'écoute, respect des autres professionnels, échange et soutien mutuels

L'esprit d'équipe, l'écoute, la volonté d'accompagner les résidents avec les moyens octroyés, la disponibilité et l'empathie

Qualité d'écoute, d'empathie, respect de l'autre

Aider son prochain, courage volonté. Base : politesse et communication cadrée.

Travail en équipe, l'adaptabilité en fonction de l'état de santé ou les envies des résidents.

Empathie, discernement, goût du contact humain, disponibilité, technique, curiosité

Etre bienveillant, être patient et avoir de l'empathie

Patience, empathie et écoute. Car un soin n'est pas forcément un pansement

Humilité, adaptation, ouverture d'esprit

Aimer le travail en équipe, vouloir travailler pour le bien-être d'autrui

Ecoute, empathie, bienveillance, patience, confiance, détermination »

Le fait marquant qui se dégage des résultats est sans aucun doute le poids de la dimension interactionnelle. Les relations semblent bel et bien intervenir comme un principe organisateur d'un système d'interactions positives, marqué par la préoccupation centrale de rendre service à et d'être à l'écoute de l'utilisateur. Ainsi, les objectifs du travail en équipe pluridisciplinaire en EHPAD semblent mêler exigences et éthiques individuelles, responsabilités professionnelles et engagement institutionnel, dans le contexte plus global de l'action publique sociale et médico-sociale.

1.2 La qualité du travail au cœur des objectifs du fonctionnement en équipe pluridisciplinaire

1.2.1 La prescription réglementaire d'une démarche qualité articulée autour des objectifs de travail en équipe pluridisciplinaire

L'arrêté du 26 avril 1999 fixant le cahier des charges des conventions tripartites indique qu'il est « impératif que les partenaires conventionnels s'engagent dans une démarche d'assurance qualité garantissant à toute personne âgée dépendante accueillie en établissement les meilleures conditions de vie, d'accompagnement et de soins ». La mission, le mandat de l'établissement est réglementairement prescrit. Les valeurs font l'objet d'un processus de définition en interne, prenant en compte des influences déontologiques et éthiques. Mandat et valeurs permettent finalement de définir des objectifs, dont la qualité est évaluée régulièrement.

D'après les théories managériales en gestion de projet, quelle que soit la méthode utilisée pour fixer les objectifs, ceux-ci doivent être efficaces. Pour ce faire, ils doivent être³² reconnus par tous comme importants ; clairs et faciles à comprendre ; rédigés dans des termes précis ; mesurables et délimités dans le temps ; en accord avec la stratégie de la structure ; réalisables mais ambitieux ; validés par des gratifications appropriées. Des concepts comme la « roue de Deming » ou les « objectifs SMART » n'apparaissent pourtant pas tout de suite pertinents ou très parlants quand il s'agit de prendre soin et d'accompagner une personne. Un modèle d'intégration des mécanismes et processus de la qualité se basant sur « quatre perspectives de la qualité »³³ peut constituer une porte d'entrée intéressante.

La première est celle de la qualité attendue. Elle est celle que les personnes, bénéficiant de soins et de services, désirent au regard de leurs besoins, de leurs expériences ou des

³² Richard Luecke et Christopher Bartlett (2016). L'essentiel pour manager. Coll. HARVARD BUSINESS REVIEW. Editions Prisma. 263p.

³³ AQESSS, Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, Guide de gestion intégrée de la qualité, 2009.

informations qu'elles détiennent. Ainsi envisagé, l'accompagnement serait de qualité lorsqu'il répond aux besoins et attentes des personnes. L'expression de leurs attentes et besoins apparaît alors comme le point de départ de toute démarche d'amélioration de la qualité des services. La qualité voulue, recherchée correspondrait à celle que les professionnels et les gestionnaires recherchent en fonction de l'état de leurs connaissances, des normes professionnelles ainsi que des guides de bonnes pratiques. Elle interpelle l'ensemble du personnel de l'équipe pluridisciplinaire, des gestionnaires et des intervenants extérieurs.

La qualité rendue ferait quant à elle référence à celle délivrée par les professionnels et l'organisation en général. La mise en cohérence des actions obligatoires d'évaluation externe, d'évaluation interne, en vue du renouvellement de l'autorisation administrative d'activité contribue à l'évaluation de la qualité rendue. Ces processus permettent de juger de l'atteinte des cibles, de mesurer les effets et de vérifier si les résultats escomptés sont atteints. Ainsi la qualité rendue permet de mesurer les écarts entre les autres perspectives de la qualité et contribue à apporter des améliorations. Elle touche l'évaluation sous une forme plus objective notamment au travers des notions d'efficacité et d'efficience.

Enfin, la qualité perçue pourrait se mesurer lorsque la personne accompagnée ou ses proches témoignent ou portent un jugement de la qualité obtenue à partir de leur expérience vécue. Elle fait appel à une évaluation sous une forme plus subjective en faisant référence aux perceptions et à la satisfaction des personnes quant à l'accompagnement proposé et les résultats obtenus. Elle peut englober également les perceptions des partenaires et du personnel.

1.2.2 Une dynamique de poursuite des objectifs de travail en équipe pluridisciplinaire entre adaptation et continuité

L'outil Mobiquat 2.0³⁴ définit l'équipe pluridisciplinaire comme un « groupe de personnes de formations diverses, ayant la volonté de travailler ensemble et de façon complémentaire, autour de valeurs communes, pour une meilleure qualité de soins et de vie des malades et de leurs proches »³⁵. Chaque acteur de soin doit reconnaître qu'il ne

³⁴ Le programme MobiQual est né officiellement lors d'un lancement national au ministère de la Santé le 9 novembre 2006. Ont été élaborés et diffusés des outils pédagogiques sur des thématiques gériatriques et gérontologiques incontournables : Bien-être, Dépression et prévention du suicide, Douleur, Maladie d'Alzheimer, Alimentation et nutrition, Risques infectieux, Soins palliatifs et accompagnement de fin de vie.

³⁵http://www.mobiquat.org/soins-palliatifs/SOURCES/SHARED-DIAPORAMAS/ORGANISATION/PDF/C3_EQUIP_PLURIDISCIPLIN_2015.pdf

peut prétendre seul à son omni-compétence en matière médicale, sociale, psychologique, spirituelle³⁶.

Cela suppose une certaine forme d'adaptabilité, qui a pour corollaire l'anticipation pour en garantir la pertinence. Surtout dans la mesure où les caractéristiques des publics accueillis en EHPAD évoluent. Pour le cas des EHPAD, l'absence de possibilité de maintien à domicile par épuisement de l'aidant principal, l'inadaptation de l'environnement au handicap ou la dégradation de l'état de santé après une hospitalisation sont les principales causes d'entrée en établissement. Il est unanimement constaté une augmentation du niveau de dépendance des résidents et des entrants (nombre d'états pathologiques par résident, malades Alzheimer, augmentation de la prévalence des troubles cognitifs, moteurs, sensoriels, prévalence des maladies chroniques). Les résidents entrants ou postulants sont de plus en plus âgés, et la durée moyenne de séjour est donc de plus en plus courte³⁷.

L'évolution du public accompagné passe aussi par le changement du rapport au collectif marqué par une plus grande exigence d'individualisation de la prestation. Il s'agit donc d'innover, afin de tenir compte de la modification des comportements sociaux et des évolutions technologiques. C'est une valeur issue du terrain qu'il convient de consacrer.

La continuité est indissociable de la mission d'hébergement et d'accompagnement quotidien des personnes âgées accueillies au sein de l'établissement. La sécurité physique des personnes doit constamment être assurée, l'approvisionnement en biens vitaux et en soins ne doit pas s'interrompre. La continuité justifie l'application aux agents chargés du service public de sujétions particulières. Elle est la conséquence de la responsabilité de garant de la cohésion sociale qui incombe aux services publics et implique un engagement constant de la part de l'équipe pluridisciplinaire.

La question restante est celle des leviers permettant concrètement de s'assurer de l'adhésion libre et éclairée des membres de l'équipe aux objectifs du fonctionnement pluridisciplinaire.

³⁶ Bernard Matray (2004) La présence et le respect : Ethique du soin et de l'accompagnement. Ed. Desclée de Brouwer. 272p.

³⁷ Marianne Muller (DREES), 2017, « 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015 », Études et Résultats, n°1015, Drees, juillet

1.3 La nécessité de poser un « cadre de sens » pour l'engagement institutionnel propre à l'établissement

Au-delà de l'harmonisation des pratiques, qui est nécessaire mais non suffisante, il est important de rappeler la complémentarité nécessaire des professionnels de l'établissement. Sans l'un ou l'autre de ces professionnels, il n'est pas possible d'offrir une prestation de qualité aux résidents. Cela suppose de considérer chaque professionnel de l'établissement comme un membre d'une seule et même équipe, partageant les mêmes valeurs d'accompagnement, respecté et écouté.

1.3.1 S'assurer que l'équipe pluridisciplinaire partage une vision et une compréhension commune des orientations

Chaque professionnel doit être capable de comprendre les objectifs, généraux et opérationnels, du travail en équipe pluridisciplinaire en EHPAD. La formation constitue pour cela un levier intéressant, même si ce n'est pas son unique vocation. Selon Michel Fabre³⁸, il faut souligner que former vise des "compétences". Cela évoque une action profonde sur la personne, impliquant une (trans)formation de tout l'être ; une action globale qui porte à la fois sur les savoirs, les savoir-faire, le savoir être ; et implique que ce qui est appris passe dans la vie, soit mis en pratique.

Par hypothèse, je considérerai que la professionnalisation pour les agents en EHPAD est un processus qui revêt trois dimensions complémentaires : connaître le public accompagné (besoins, attentes, droits, responsabilités, capacités, potentialités, aspirations, craintes...), pour mieux le comprendre (garantie de qualité et de sécurité des prestations, plus de personnalisation, d'anticipation...) et ainsi pouvoir agir de la façon la plus professionnelle (action réflexive, objectivée).

Dans cette optique, reconnaître les profils dans les équipes, identifier les potentiels, former et trouver des modalités de rémunération des compétences nouvelles acquises ; organiser le transfert des savoir-faire clé entre les plus expérimentés et les jeunes grâce au dispositif du tutorat ; améliorer la qualité de l'accueil des stagiaires et l'intégration des nouveaux arrivants dans les équipes constituent des pistes d'actions. Cela suppose pour le directeur d'être présent auprès des agents pour mieux les connaître.

La direction de l'établissement élabore chaque année, et dans une perspective pluriannuelle, un plan de formation au bénéfice de tous les agents, contractuels et

³⁸ Michel Fabre (1994). *Penser la formation*, Paris, PUF, p23.

titulaires, qui doit suivre des objectifs variés et complémentaires³⁹ : la satisfaction des besoins des usagers ; le perfectionnement des connaissances ; l'amélioration de la qualité des soins ; le développement professionnel des agents, l'accès à la mobilité ; l'exercice des fonctions dans les meilleures conditions d'efficacité et de bien-être au travail.

Les actions de formation touchent des domaines complémentaires : formation professionnelle et promotionnelle (AS, IDE, ASG, bilan de compétence...), compétences relationnelles (bientraitance, relation d'aide, relation avec les familles et les aidants non professionnels...), outillage face aux nouveaux enjeux (gestion des troubles du comportement et des troubles cognitifs, manger main, animation pour personnes démentes...), ou encore prévention des Troubles Musculo Squelettiques et des Risques Sociaux Professionnels (gestion du stress, PRAP, gestes et postures, épuisement professionnel...). Les actions de formation continue sont souvent ciblées et ponctuelles : préparation des repas, manutention des personnes, communication verbale et non verbale....

Des visites d'autres établissements ou services, voire des échanges de personnel ou des formations conjointes avec d'autres institutions ou services gérontologiques constituent aussi une formidable source d'apprentissages. La tentation peut être grande de miser fortement sur la formation. Mais le volume horaire et la densité d'information trop importante peuvent empêcher que les nouvelles compétences et connaissances soient bien assimilées par les agents dans leurs pratiques au quotidien. Un recours trop intense à la formation fait aussi peser des contraintes organisationnelles en termes de gestion des absences et devient alors contreproductif. Il est probable que les équipes se montrent plus réceptives aux différentes offres de formations proposées dans le cadre d'un plan que le directeur élabore chaque année, en fonction des besoins identifiés et des demandes formulées.

Les entretiens annuels d'évaluation sont notamment l'occasion d'aborder la question de la formation, pour intégrer par la suite et si besoin les souhaits émis au plan de formation. Cela favorise aussi le développement d'une logique de projets professionnels qu'il s'agira d'optimiser en articulant la formation externe individuelle, la participation à des colloques, et la formation intra collective, la formation transversale... Il s'agit également de renforcer l'évaluation des actions de formation et de favoriser les « retours » en équipes. En effet, si

³⁹ Décret n° 2008-824 du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière

la formation bénéficie au professionnel, il est important qu'elle soit également utile à l'établissement.

Pour le directeur, en tenant compte des enjeux liés aux réformes en cours, le recours à la formation permet d'assurer une adéquation des qualifications aux missions confiées à l'établissement. Cela signifie la mise en place pour certains professionnels de formation qualifiante ou diplômante ou bien d'une VAE, ainsi que le développement de nouveaux métiers⁴⁰.

1.3.2 Développer un socle de compétences communes dans une perspective de résultats collectifs

La formation est un vecteur d'adhésion et de compréhension des objectifs incontournable, mais qui ne doit pas faire oublier l'importance d'un socle de compétences professionnelles communes au sein de l'équipe pluridisciplinaire. Processus du temps long, une formation ne transforme pas d'un coup, mais confirme ou oriente d'abord. D'où l'importance des échanges entre collègues pour une diffusion durable. L'établissement a donc tout intérêt à travailler aussi sur la question de la transmission et de la diffusion des acquis des formations (continues, initiales).

L'établissement a donc tout intérêt à accompagner la professionnalisation continue des agents qui y travaillent, pour acquérir et développer un socle de compétences commun⁴¹.

Pour le cas des EHPAD, il pourrait s'agir de :

- Comprendre les dimensions psychologique, médicale et sociale du vieillissement des personnes
- Créer et développer une relation de confiance et d'aide avec la personne accueillie et / ou son entourage
- Faire exprimer les besoins et les attentes de la personne, les reformuler et proposer
- Adapter son comportement, sa pratique professionnelle à des situations critiques / particulières, dans son domaine de compétence
- Identifier les limites de son champ d'intervention dans des situations de crise, de violence en prenant du recul par rapport à la personne et à sa situation

⁴⁰ Étude prospective des métiers sensibles de la fonction publique hospitalière. Tome 2. Monographies de 10 métiers et groupes métiers sensibles. Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports. 2007 éditions de l'école nationale de la santé publique

⁴¹L'Institut pour la démocratie en santé projette de construire un référentiel du "savoir-être" soignant construit autour de sept items : questionner éthiquement ;écouter ;annoncer-expliquer un processus de soin ou d'accompagnement ;évaluer et prendre en compte l'état psychologique d'une personne ; co-construire une décision avec la personne soignée et/ou ses proches ;comprendre et prendre en compte les représentations sociales, culturelles et religieuses à l'égard du corps et de la maladie, y compris les attitudes de défiance à l'égard du système de santé.

- Travailler en équipe pluridisciplinaire / en réseau
- Etablir une communication adaptée à la personne et à son entourage
- Ecouter la personne et son entourage et prendre en compte les signes non verbaux de communication sans porter de jugement
- S'exprimer et échanger en adaptant son niveau de langage, dans le respect de la personne et avec discrétion
- Expliquer les raisons d'un geste professionnel
- Apporter des conseils en fonction de son domaine de compétences

Dans cette perspective, il paraît judicieux de reconnaître l'importance de chaque métier dans le projet d'établissement. Ce document stratégique, qui est à la fois une feuille de route pour le directeur, un support de communication et d'information pour les usagers, et un guide de référence pour les professionnels, permet de valoriser les compétences professionnelles et le travail en équipe pluridisciplinaire, à condition de le mettre en cohérence avec les autres documents stratégiques et institutionnels. Il peut constituer un outil de pilotage particulièrement aidant lorsqu'il s'agit de fédérer l'équipe pluridisciplinaire autour des objectifs de travail. Il s'agit alors d'opter pour une approche globale, transversale et transparente que ce soit lors de son renouvellement, de sa présentation ou de son suivi sur 5 ans.

1.3.3 Favoriser l'appartenance institutionnelle

Dans l'enquête diffusée en ligne, une proposition pour définir la notion d'équipe pluridisciplinaire comme un « *Groupe de personnes de formations diverses, ayant la volonté de travailler ensemble et de façon complémentaire, autour de valeurs communes, pour une meilleure qualité de soins et de vie des résidents et de leurs proches* » était suivie de la question suivante : « Trouvez-vous cette définition pertinente ? Ajouteriez-vous un élément ? ». Si les réponses allaient dans le sens de la validation de cette proposition, il est à noter quelques commentaires significatifs : « Le but de l'équipe disciplinaire est-il nécessairement de travailler pour une meilleure qualité de soins et de vie ? La pluridisciplinarité ne participe-t-elle à la qualité de vie au travail et à la reconnaissance de la valeur professionnelle des agents ? Et n'y a-t-il pas possibilité de faire entrer dans ces équipes des "non-professionnels" : résidents, aidants familiaux, bénévoles ... ? ». « Ne pas oublier la qualité de vie au travail ». « Ajouter : dans le respect de chacun et de chaque fonction ».

La question de la qualité de vie au travail semble donc liée à l'adhésion durable aux objectifs caractéristiques du travail en équipe pluridisciplinaire. La question de l'usure (invalidités, accidents du travail, absentéisme) est majeure et ne saurait s'améliorer sans

effort particulier, la tendance étant même à l'augmentation de la pénibilité (recherche d'efficacité, difficulté à remplacer les absents, exigences accrues, stress éventuel dû aux relations dégradées avec les collègues, les patients, les familles, etc.) mais aussi à la difficile conciliation entre le travail et la vie de famille (horaires, temps de transport, hébergement cher, etc.).

Sur ce plan, il peut être intéressant d'avoir une politique d'établissement (stratégie, méthodologie, principes d'action, budget, accompagnement, communication) voire inter-établissements visant à réduire la pénibilité (horaires, stress, postures anti-lombalgie, réduction des surcharges de travail, équipement adapté, aménagement et architecture adaptés des locaux, mobilité, participation aux décisions, groupe de parole, évaluation des pratiques...). Il pourra s'agir par exemple de travailler sur les conditions d'exercice (horaires, organisation du travail), en lien avec les problématiques de transport ; ou de réfléchir à des solutions aux questions de l'habitat, de la garde des enfants (convention avec les mairies pour les crèches, chèques services...).

Le fait d'introduire, par la formation-action, un temps de recul sur les pratiques mais aussi d'expression des chocs émotionnels et du stress peut aussi contribuer à améliorer les pratiques professionnelles collectives en resituant les objectifs. Il faut enfin noter que les cadres de proximité peuvent constituer au sein d'un établissement de véritables relais pour la direction. Pour les reconnaître, les rassurer et les responsabiliser dans l'exercice de leurs fonctions, essentielles au sein de l'équipe pluridisciplinaire, il peut être judicieux de sensibiliser et former les cadres à l'accueil puis à l'écoute individualisée des besoins et attentes ; à l'explicitation du projet d'établissement au niveau des services et pour chaque soignant ; et à la création d'un bon climat de travail au niveau des services par le repérage des profils et la valorisation des compétences.

2 Le contenu du travail en équipe pluridisciplinaire en EHPAD

La notion de contenu évoque d'abord celles d'étendue, de matière. Mais ce qui est contenu est aussi contrôlé, borné. Enfin le terme contenu évoque la charge, la contrainte. Appliqué au travail en équipe pluridisciplinaire en EHPAD, il s'agira d'observer puis d'analyser ces aspects pour identifier des leviers d'actions pour le directeur.

2.1 Les attentes et les besoins des personnes accueillies au cœur des évolutions du travail en équipe pluridisciplinaire en EHPAD

2.1.1 L'influence d'un contexte national sur le contenu du travail en équipe pluridisciplinaire en EHPAD

Force est de constater d'abord la profusion de recommandations de bonnes pratiques professionnelles qui touchent à différents aspects du travail en équipe pluridisciplinaire en EHPAD. Quel que soit le public accueilli, l'établissement doit garantir et offrir la possibilité aux résidents d'exercer leurs droits individuels et collectifs. Il s'agit aussi de personnaliser l'accompagnement proposé par l'ensemble des professionnels, de prévenir et de gérer les risques liés à la santé et à la situation de vulnérabilité, de perte d'autonomie. Ces recommandations se distinguent des normes techniques de fonctionnement qui sont édictées par décret. Alors que les normes techniques présentent un caractère obligatoire dont le respect est directement lié à l'autorisation de fonctionnement, les recommandations laissent aux établissements une marge d'interprétation et d'adaptation liée à la spécificité de chaque établissement. Cet ensemble façonne le contenu du travail.

Le développement de la gestion publique par contractualisation, par objectifs, privilégiant le contrôle a posteriori va pourtant de pair avec une certaine tendance à la centralisation dans le domaine de la santé, au moins au niveau régional, comme le démontre la généralisation du recours aux appels à projets ARS pour le développement et l'adaptation de l'offre sanitaire et médico-sociale. L'allocation de ressources aux EHPAD est de plus en plus conditionnée par la définition et le suivi d'indicateurs correspondant à une logique d'évaluation en continu. Ce mouvement impacte nécessairement le contenu du travail en équipe pluridisciplinaire dont la dimension relationnelle doit trouver à rentrer en cohérence avec une démarche de traçabilité écrite des interventions et de leurs résultats.

Le déploiement de la GPMC et de la gestion des ressources humaines par la compétence sont également facteurs d'évolution. L'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier

des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales proposait des indicateurs relatifs à la compétence du personnel axés autour de la notion de qualification. Par exemple, le texte recommande de mesurer le « pourcentage de personnel qualifié : titulaire d'un diplôme, le pourcentage de personnel pour lequel le poste correspond à la qualification ; le pourcentage de personnel ayant bénéficié d'une formation continue dans l'année précédente, y compris les personnels sous contrat précaire, sur quel(s) thème(s), durée moyenne par agent ; la stabilité du personnel : ancienneté du personnel (...) ; le pourcentage de personnels ayant des contrats précaires en distinguant selon les fonctions : personnel administratif, d'hôtellerie... ». Mais aujourd'hui, l'adaptation à l'emploi est une terminologie que l'on rencontre de plus en plus dans le secteur social et médico-social, sans qu'elle soit stabilisée dans ses acceptions. L'ANESM a donc publié une recommandation à ce sujet mais « au regard des personnes accompagnées ».

Le cœur du propos est de dire que le travail en EHPAD consiste en une rencontre des personnels avec les populations accompagnées. « Il s'agit d'une rencontre chaque fois spécifique au regard des besoins, des vulnérabilités et des ressources de chacune de ces populations. Empreinte, à des degrés divers, d'incertitude et de complexité, cette rencontre ne va pas de soi, tant à court terme qu'à moyen et long terme. Elle suppose une adaptation »⁴². Il est possible de déduire de cette vision du travail une évolution de la posture du « manager » comme accompagnateur des accompagnants, plutôt que chef hiérarchique, allant de pair avec une évolution des représentations de l'autorité : du charisme à la reconnaissance par la compétence d'accompagnement⁴³. Ainsi par exemple, la création du Diplôme d'Etat d'Accompagnant Educatif et Social (DEAES), par décret du 29 janvier 2016 symbolise assez bien l'évolution de la qualification autour de la notion de compétences.

2.1.2 L'officialisation progressive de l'éthique dans le contenu du travail en EHPAD

D'après l'enquête EHPA de la DREES conduite en 2007, 42 % des résidents en EHPAD ont été diagnostiqués comme souffrant d'une pathologie démentielle, soit environ 240 000 personnes. Par ailleurs, des publics auparavant non représentés dans les établissements tendent à apparaître parmi les résidents : personnes handicapées vieillissantes, personnes âgées atteintes de troubles psychiatriques ou encore personnes présentant des conduites addictives. Préalablement pris en charge par d'autres institutions ou accédant nouvellement à une espérance de vie accrue, ces publics sont intégrés parmi

⁴² Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées. Recommandation ANESM. Juin 2008, p.9

⁴³ La crise de la culture (1954), H. Arendt, Paris, Gallimard

les résidents sans pour autant bénéficier d'une réponse spécifique en matière d'accompagnement.

Face à ces changements, les EHPAD assistent à l'introduction de la démarche éthique dans les pratiques professionnelles des agents, en parallèle de la montée en puissance des politiques et des outils de l'amélioration continue de la qualité dans les EHPAD, ainsi que ceux de la gestion des risques. La mise en balance des bénéfices attendus et des risques potentiels des différentes solutions envisagées est une nouvelle façon de travailler, dans des EHPAD et notamment les EHPAD où règne encore une certaine culture sanitaire attachée à la sécurité des soins⁴⁴. Le fonctionnement en équipe pluridisciplinaire et avec une collégialité des débats est décrit comme le meilleur garant contre les excès et les erreurs. Dans cette lignée, les équipes se voient de plus en plus proposer la méthode d'analyse des pratiques, pour laquelle les directeurs reçoivent des propositions d'offre de toute l'année (catalogues, démarchage téléphonique ou informatique, toutes formes de publicité d'organismes multiples).

2.1.3 L'impact de la conciliation d'un lieu de vie et d'un lieu de soins sur le contenu du travail en équipe pluridisciplinaire au sein d'une ancienne « maison de retraite »

Avec le passage de la « prise en charge » à « l'accompagnement », le directeur de l'EHPAD m'accueillant en stage faisait le constat d'agents souvent insécurisés. En EHPAD, une large majorité des agents sont de catégorie C avec une fonction d'exécution. Ils ont l'habitude de suivre et d'appliquer des protocoles, des fiches de tâches et des procédures claires, surtout dans le domaine soignant (IDE, AS, ASHQ) et des fonctions support (cuisine, maintenance, administration voire animation). On constate un certain besoin d'être guidé et sécurisé dans les tâches à accomplir. Or, les dynamiques à l'œuvre aujourd'hui vont plutôt dans le sens d'une autonomisation des agents, peu importe leur corps, grade ou catégorie. On parle beaucoup de responsabiliser pour mieux valoriser, reconnaître, motiver. Le vocabulaire évolue : transversalité, pluridisciplinarité, projet, bientraitance, « humanité », confiance, coopération, participation...

Les agents se retrouvent à devoir, plus que jamais, gérer des paradoxes au quotidien et dans toutes leurs actions. Concilier sécurité et liberté, individuel et collectif, projet de soins et projet de vie, besoins et attentes. Cela peut engendrer une forme d'insécurité des agents puisqu'il leur est clairement demandé de passer d'un rôle d'exécutant à un rôle d'adaptation ou des décisions du quotidien sont à prendre. L'insécurité provient du

⁴⁴ Voir annexe 2

changement de posture qui entraîne du coup une impression de ne plus savoir faire, de ne pas être un bon professionnel. La résistance au changement peut parfois venir de là.

L'EHPAD qui se veut lieu de vie et lieu de soins doit veiller aussi à considérer les personnes accompagnées dans leur singularité, leur totalité, leur histoire personnelle, leur style de vie, leurs attentes, leurs désirs et leurs potentialités, au-delà du souci de leur nourriture, de leur sommeil et de leur bilan de santé. Le changement de paradigme, avec le passage de la prise en charge à la notion d'accompagnement, implique une évolution des principes et pratiques d'intervention des agents en EHPAD. Ainsi et par exemple, la Convention tripartite 2014 de l'EHPAD dans lequel j'ai effectué mon stage de professionnalisation prévoit que « la direction s'engage dans un délai de 5 ans à : renforcer la communication entre les services ; poursuivre le décloisonnement et l'harmonisation des pratiques ; permettre un travail de qualité autour de valeurs communes ; accompagner la professionnalisation de l'équipe ; renforcer l'approche pluridisciplinaire ; finaliser les documents qualité nécessaires : protocoles, fiches de signalement, indicateurs... ; développer une culture de la méthode projet ».

Le niveau de dépendance des résidents accueillis est au-dessus de la moyenne des EHPAD du département, et influe nécessairement sur le contenu du travail à effectuer. Dans ce contexte, et dans la limite des moyens humains, matériels et financiers de l'établissement, une forme d'équilibre est recherchée à savoir préserver la dimension lieu de vie avant d'être lieu de soins. Une augmentation supplémentaire du niveau de dépendance tendrait en effet à faire glisser la structure vers une offre d'hébergement plus médicalisée. Le choix est fait de garder le niveau de dépendance actuel. La commission d'admission, composée du directeur, de la chargée d'accueil, de l'infirmière coordinatrice, du médecin coordonnateur, se prononcera dès lors sur les possibilités d'accueil de chaque personne ayant déposé un dossier auprès de l'établissement.

2.1.4 Le parcours de la personne accueillie au sein de l'EHPAD comme prisme de lecture du contenu du travail en équipe pluridisciplinaire

Il est possible d'identifier différentes étapes, différentes dimensions du séjour et du parcours du résident au sein de l'établissement, avec des dispositifs et des outils dédiés, pour aborder la question du contenu du travail en équipe pluridisciplinaire en EHPAD. Dans de cas de la structure de stage, l'accueil, constitué d'une phase de pré-admission et d'admission rassemble par exemple une visite de pré-admission (chez le futur résident si nécessaire), une rencontre de la famille/proches, la signature du contrat de séjour, le recueil de l'histoire de vie, des habitudes, des goûts, des directives anticipées le cas échéant, une évaluation gériatrique à l'entrée.

La commission d'admission pluridisciplinaire permet l'actualisation et l'orientation des candidats sur la liste d'attente. Le dispositif « personne de confiance », le contrat de séjour actualisé, et le PVP dématérialisé et sécurisé font quant à eux partie des supports proposés à cette étape.

Les soins, dans une perspective d'accompagnement global, rassemblent des soins techniques et complexes, une approche socio-éducative, du soin relationnel et psychologique, et une dimension psychique et neurologique. La grille AGGIR et l'outil PATHOS proposent d'attribuer et de dimensionner les soins nécessaires à chaque résident. Parmi les autres outils et dispositifs entourant les soins peuvent compter : transmissions soignantes ; traçabilité et suivi des événements indésirables ; adaptation et pertinence des interventions assurées par des temps de réunions complémentaires consacrés au suivi des résidents ; plan de soins individuel dématérialisé ; sécurisation du circuit du médicament ; suivi des escarres, de la douleur ; comité qualité : calcul bénéfices/risques, recherche de solutions, volet éthique, suivi d'indicateurs qualité.

La vie quotidienne est aussi évidemment une dimension majeure du contenu du travail en équipe pluridisciplinaire en EHPAD. Elle est certes rythmée par les temps du lever, de repos journaliers et du coucher mais aussi par les sorties à l'extérieur ; le voyage annuel des résidents ; différentes formes d'animation en semaine et le week-end autour d'un projet d'animation à visée thérapeutique pour la personne âgée, découpé en trois axes : la stimulation au quotidien, le maintien des acquis et la communication. Comptent aussi le conseil de vie sociale ; les visites des proches et des familles des résidents ; l'aspect personnalisation des chambres ainsi que l'aménagement et l'animation des espaces collectifs.

L'hôtellerie, autour des fonctions de restauration, d'hygiène et d'entretien du linge et des locaux, est une autre dimension importante du contenu du travail en équipe pluridisciplinaire en EHPAD, en l'espèce autour des petits déjeuners ; déjeuners ; goûters ; dîners ; collations ; commission des menus ; consultation journalière du résident sur ses préférences (mets de substitution et choix de plats) ; cuisine interne ou externe à l'établissement, privilégiant les circuits courts ; prise en compte des non-goûts et des régimes ; entretien du linge résident, ici compris dans le prix de journée ; suivi de l'hygiène bucco-dentaire ; service maintenance interne pour être réactifs.

Les liens avec l'environnement extérieur influent aussi sur le contenu du travail en équipe, passant par exemple par : réunion des intervenants libéraux ; réunion annuelle avec les

bénévoles ; charte des bénévoles et bien sur les nombreuses interventions extérieures : médecins libéraux, coiffeurs, podologues, kinés, bénévoles, ministre du culte...

Enfin, l'étape de la sortie définitive du résident, par décès ou transfert principalement, offre une autre clef de lecture sur le contenu du travail en équipe pluridisciplinaire. En l'espèce, elle recouvre plusieurs outils et dispositifs : convention avec la filière gériatrique (HAD, fiche de liaison résident) ; présence de SOS médecins sur le territoire ; accompagnement de la fin de vie en interne ; directives anticipées ; mise à disposition d'une chambre funéraire ; possibilité d'organiser une cérémonie dans la chapelle interne à l'établissement ; écoute et soutien psychologique par un professionnel de l'établissement.

Il semble ici évident que le contenu du travail en équipe pluridisciplinaire en EHPAD recouvre une réalité complexe et pluridimensionnelle, mais qui trouve une cohérence lorsqu'il se déploie en actes d'accompagnement pour et avec les personnes accueillies.

2.2 L'impératif de cohérence du contenu du travail en équipe pluridisciplinaire

2.2.1 L'organisation des soins

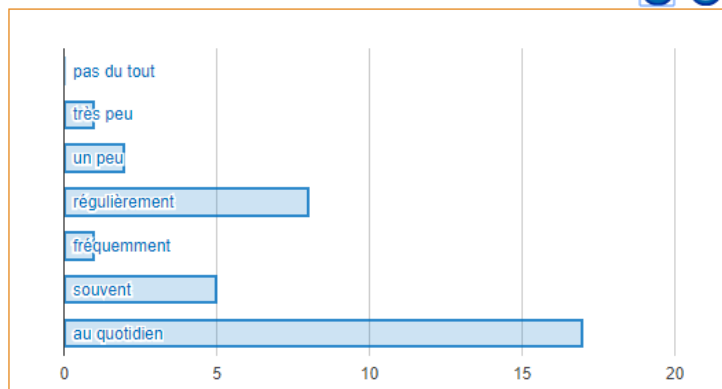
Théoriquement, la répartition du travail est organisée selon un schéma univoque. Le responsable de l'établissement, chargé de la direction et de la gestion de l'établissement, doit être un véritable animateur impulsant un projet institutionnel dynamique, au bénéfice des résidents, mis en œuvre par l'ensemble des personnels. L'existence d'un médecin coordonnateur compétent en gériatrie répond à un objectif de santé publique, visant à garantir une meilleure qualité de prise en charge gériatrique et une maîtrise adaptée des dépenses de santé. Avec l'équipe pluridisciplinaire, il définit les priorités de soins. Il facilite la coordination avec les autres prestataires de soins externes à l'institution, notamment les médecins libéraux. Il contribue à une bonne organisation de la permanence des soins, à la formation gériatrique continue du personnel, donne un avis sur les admissions et les critères d'évaluation des soins.

Le personnel infirmier doit constituer une ressource pour le personnel soignant de l'établissement. Il assure un bon suivi des prescriptions médicales, dans le respect de soins et aides gériatriques de qualité. La perte d'autonomie des résidents est compensée au quotidien dans ses deux dimensions soins et dépendance par les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire. Ce sont essentiellement les infirmiers salariés et libéraux qui assurent la composante soins de la prise en charge en collaboration avec les aides-soignants, les aides médico-psychologiques et les autres personnels psycho-éducatifs. « L'aspect dépendance domestique sociale et relationnelle est assuré par les

agents de service et pour partie par les aides-soignants », dans le respect des dispositions du décret du 15 mars 1993. Dans le cadre d'un projet assurant une prise en charge globale de la personne, ces différents professionnels travaillent en étroite relation.

Dans le cadre de l'enquête en ligne, au travers de la question « dans votre quotidien, avez-vous l'impression de travailler en équipe ? », le travail en équipe semble en effet

Synthèse des réponses

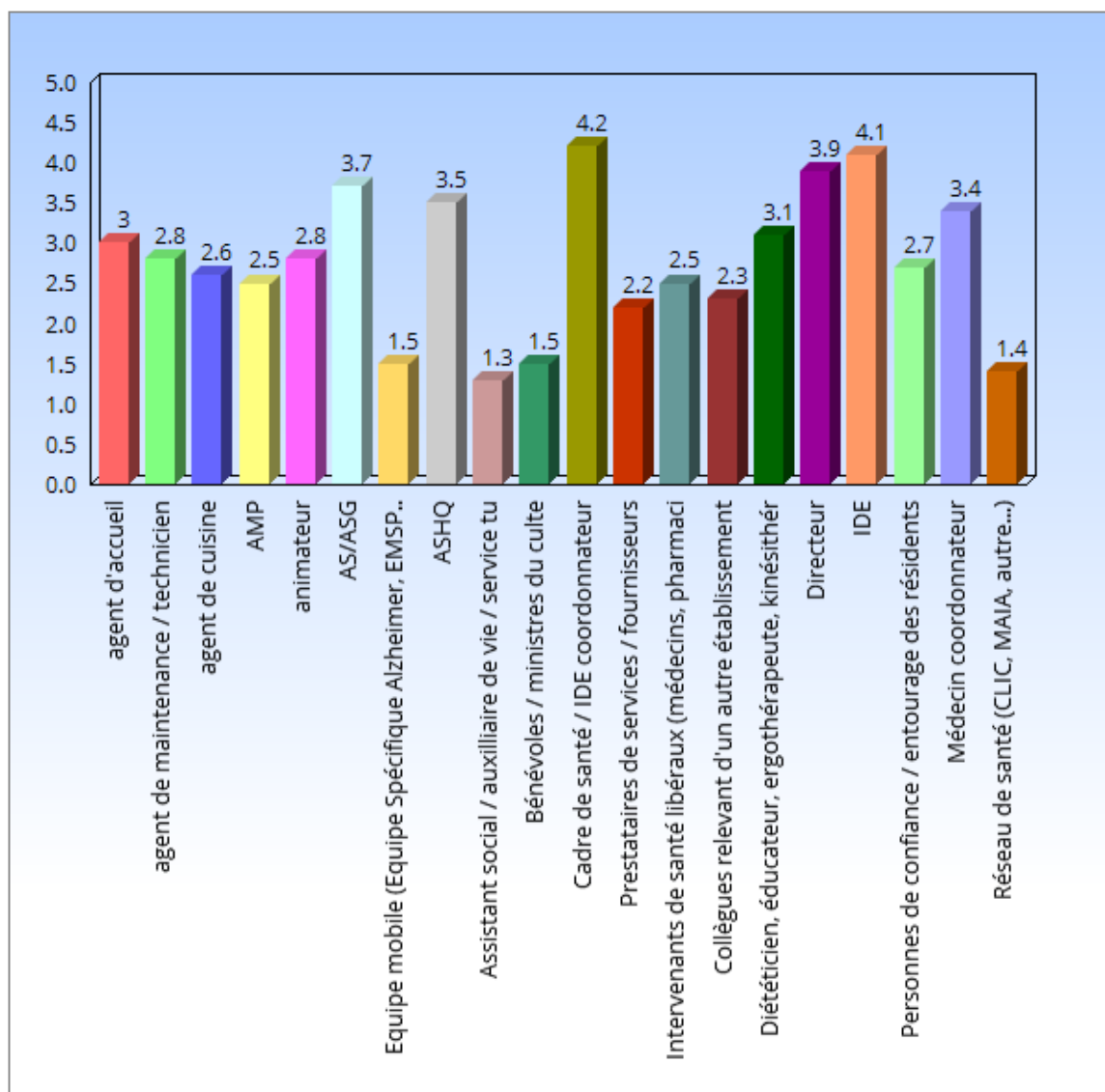


être une réalité pour les répondants, mais avec une fréquence et un vécu différents selon la fonction exercée, comme le montrent les commentaires suivants : « on ne peut prendre soin des gens seul, différents regards, différents caractères, sont

utiles à une prise en charge car chaque personne est unique. » « Au quotidien : travail de binôme la nuit ». « Un peu : en tant que directeur dans une petite structure il est parfois compliqué d'impliquer certains membres de l'équipe selon les sujets ». « Au quotidien : Transmissions d'informations au quotidien avec (entre autres) ma collègue de l'Accueil, l'Infirmière Co ainsi que la Direction pour maintenir une fluidité dans les échanges avec les résidents, les familles et les agents ». « Régulièrement : Nous nous concertons régulièrement sur les besoins des résidents, sur les accompagnements que nous pouvons proposer en fonction de nos compétences respectives ». « Régulièrement : participation aux transmissions, aux groupes de travail, aux réunions ; disponibilité pour tout professionnel ». « Souvent : car une équipe est censée englober tous les services et cette notion d'équipe n'est pas forcément réaliste en ce qui concerne l'administration/direction ». « Régulièrement : Projets réalisés en groupe de travail. Travail avec l'agent d'accueil et l'adjoint des cadres au quotidien (proximité physique facilitant ce travail) ». « Au quotidien: travail basé sur une collaboration entre soignants, IDE, médecins traitants, rééducateurs... ; étroite collaboration avec la direction ». « Au quotidien : Dans mon service j'ai 2 AMP qui font des animations individuelles et collectives lorsque je ne suis pas présente. Pour les projets de sorties nous travaillons plus ensemble car elles connaissent mieux que moi les résidents et leurs capacités. De plus étant remplaçante elles savent déjà ce qui a été fait, ce qui plait... ». « Régulièrement : l'équipe aide-soignante est en première ligne des soins à effectuer (résidente qui ne va pas bien moral, physique, psychologique) ». « Souvent : travaillant sur deux établissements, je trouve que la dimension d'équipe est plus développée sur un établissement de 70 places ». « Au quotidien : avec mes collègues AS/AH/IDE/CUISINE par contre c'est plus

complicqué avec la maintenance, les AMP et l'administration ». « Au quotidien : C'est la base de mon travail ».

La question « Avec quels intervenants travaillez-vous le plus ? (le moins = 1; le plus = 5. Plusieurs réponses possibles par niveau de priorité) », visait à mieux cerner la place que prend chaque fonction dans une équipe pluridisciplinaire. Les 34 réponses ont permis d'établir le graphique suivant :

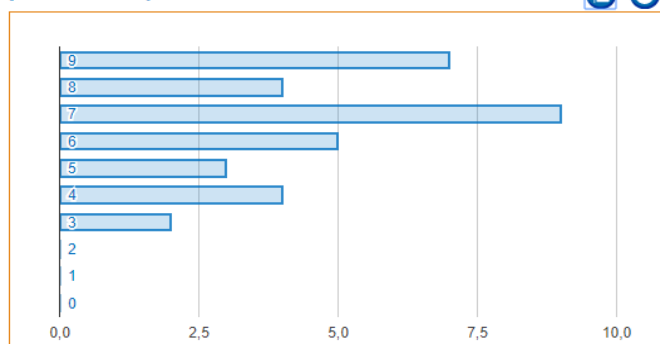


Les répondants exerçant tous des fonctions différentes, le but était ici de représenter une variété de points de vue. Par ordre de priorité, 3 « groupes » de fonctions se dégagent. Le cadre de santé/IDEC, suivi des IDE, du directeur, des AS/ASG, des ASH, puis le médecin coordonnateur apparaissent comme un ensemble de fonctions centrales dans la réalisation du travail en équipe pluridisciplinaire. Les intervenants paramédicaux, suivi des agents administratifs, des agents de maintenance, des animateurs, des proches et entourage des résidents, suivis des agents de cuisine et des AMP, constituent un deuxième ensemble qui intervient avec une fréquence un peu moins élevée dans la

réalisation du travail en équipe pluridisciplinaire. Enfin, un troisième ensemble moins présent, constitué des intervenants libéraux, suivis des collègues d'autres structures, des fournisseurs, des équipes mobiles, des bénévoles et ministres du culte, des réseaux de santé, se clôture en ordre d'importance par les services sociaux et juridiques de protection des majeurs.

Ensuite, la question « Selon vous, sur une échelle de 0 à 9, le travail en équipe pluridisciplinaire est-il une réalité dans le fonctionnement de l'établissement au quotidien (9), ou pas du tout (0) ? » visait à faire s'exprimer les répondants sur leur perception du degré de constance du fonctionnement pluridisciplinaire au sein de leur établissement, non plus du point de vue individuel mais cette fois du point de vue collectif. Un répondant ayant voté 5 a laissé pour commentaire : « il est compliqué d'impliquer le personnel pour des réunions après une journée parfois pénible de travail ». Une personne ayant voté 3 précise qu'il « est important de connaître les tâches de chacun, pour comprendre voire se

Synthèse des réponses



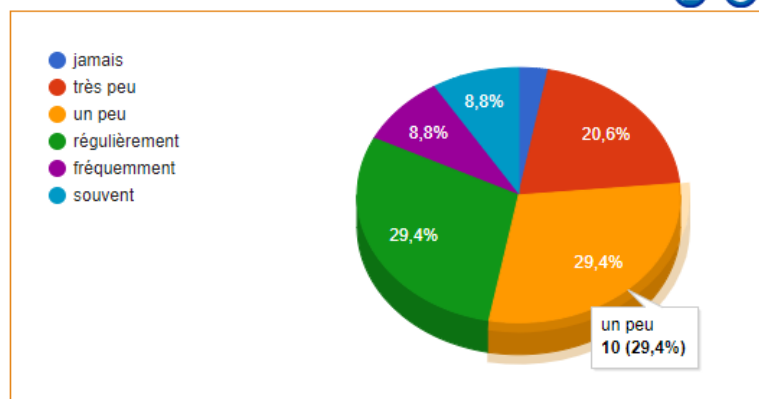
Moyenne
6.6

mettre à la place du collègue ». Un autre professionnel, avec une note de 6 a lui considéré qu'il « existe encore des professionnels qui font "cavalier seul", mais grâce à des formations communes, cette réalité s'estompe progressivement. Problématique également des personnalités fortes qui ont des difficultés à "s'effacer" au profit du groupe et/ou à se remettre en question ». Une note de 4 est accompagnée du commentaire suivant : « oui entre les AS/ASH/IDE/CUISINE mais avec les autres catégories professionnelles cela reste difficile. On sent que quoi qu'on dise ce sont nos supérieures donc la décision finale ne nous appartient pas et parfois on a des doutes sur la prise en compte de nos demandes et attentes ». Enfin par exemple, une note de 5 est justifiée par un répondant qui affirme que « c'est une volonté au sein de l'établissement mais bien souvent j'ai l'impression qu'on en est loin ». Finalement, la moyenne de 6.6 /9 attribuée à la « réalité quotidienne du fonctionnement en équipe pluridisciplinaire en EHPAD » évoque bien le fait que derrière une organisation a priori cohérente et adaptée à la mission et aux objectifs de travail, la répartition des rôles, des tâches de chaque membre de l'équipe n'est pas seulement fonction de la place qui lui est attribuée mais aussi de la place qu'il prend activement dans l'organisation. Il faut alors s'intéresser à la question des interactions entre les personnes, et à celle des espaces spatio-temporels dédiés à la communication.

2.2.2 Espaces de communication et interactions

A la question « avez-vous l'occasion d'échanger tout de même avec les personnes avec qui vous considérez travailler le moins ? », les réponses sont assez disparates, comme le

Synthèse des réponses



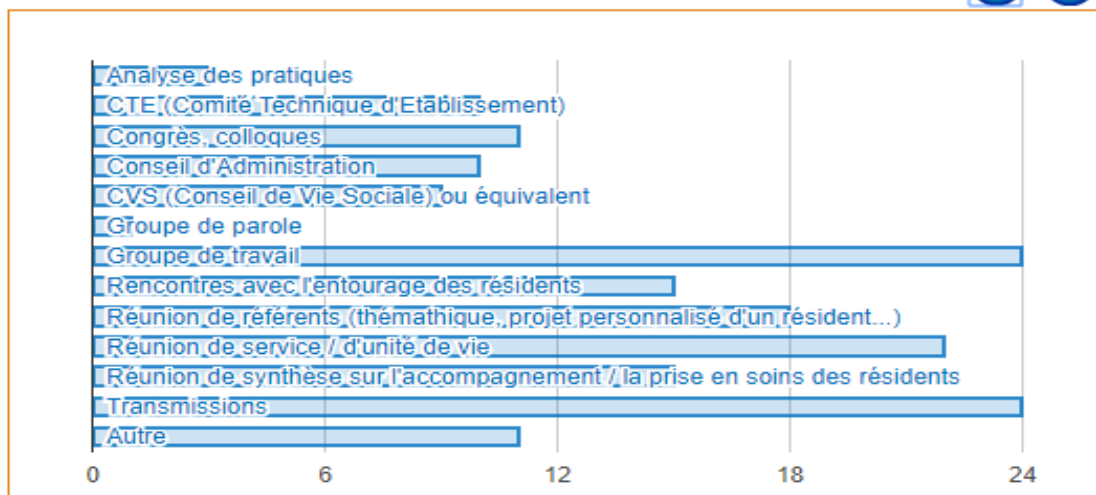
montre ce graphique. Pour les personnes ayant répondu « très peu » ou « un peu », les occasions évoquées sont « les réunions qualité », les « transmissions entre les équipes pluridisciplinaires, transmissions de messages

téléphoniques », « au hasard, dans les couloirs », les « rencontres, réunions, passage dans les services », « lors des réunions qualité, du personnel ou dans les couloirs. Lors des pauses. Ce sont des échanges entre collègues appartenant à une même équipe ». Certains évoquent l'occasion de « problématiques très ponctuelles », ou « dans le cadre du repas de midi. Il est pris sur un horaire commun. Il n'y a pas de formalisation de temps particuliers en dehors de ces moments pour certaines catégories de travailleurs ». A noter le commentaire d'un agent de maintenance qui justifie le peu d'échanges avec le reste de l'équipe du seul fait de sa fonction.

Pour les personnes ayant répondu « Régulièrement », les « échanges informels dans le couloir », les temps de « transmissions orales et dans le cadre plus informel des repas » reviennent aussi. Sont citées également « les demandes où il y a obligation de passer pas ses agents », par exemple « dans le cadre de demandes spécifiques (conseils sur du matériel...) ou sur l'organisation générale de l'établissement ». Les « réunions de services tous les 15 jours / commission menu / messagerie interne / entretien individuel de fin d'année avec la direction » sont aussi mentionnés. Un autre répondant évoque l'occasion de croiser des collègues « parfois pour des actions transversales », ou « liées aux résidents ». Enfin, ceux qui ont répondu « souvent » et « fréquemment » font mention de « la prise d'informations précises concernant le résident au quotidien ou de l'activité professionnelle de la personne », ou affirment qu'il « est important en tant que directeur de garder un contact permanent avec les agents de la structure et d'instaurer un climat de confiance ». Un autre répondant écrit : « surtout au téléphone. Après une fois qu'ils font ce qu'ils doivent faire on ne les voit en général pas ».

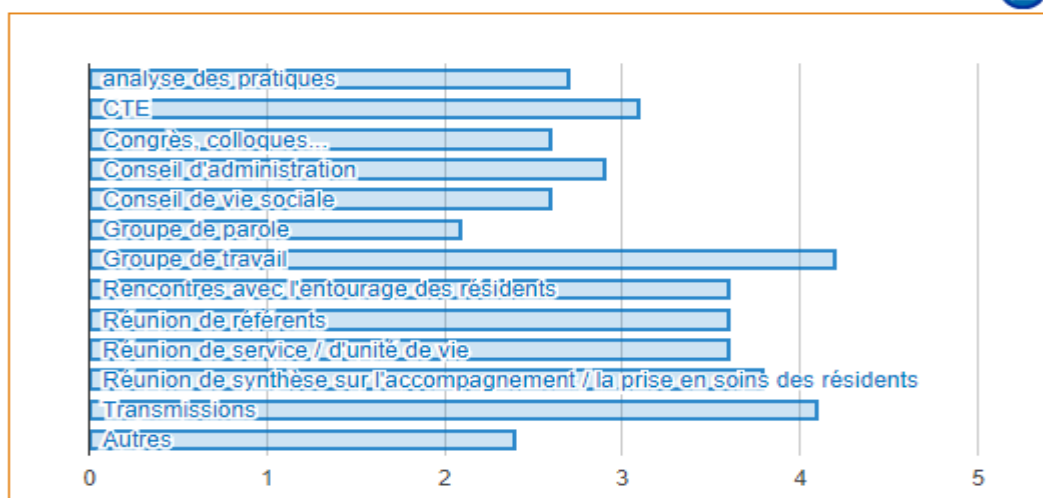
Des temps de rencontre institutionnalisés complètent donc les échanges informels du quotidien. Les répondants à l'enquête participent d'ailleurs tous à plusieurs réunions, au sens de regroupement d'équipe autour d'un objectif défini. Les réunions de services, les transmissions et les groupes de travail sont les 3 le plus citées par les professionnels, suivis par les réunions autour de l'accompagnement personnalisé des résidents, et à l'inverse des groupes de parole et des groupes d'analyse des pratiques qui semblent peu répandus.

Synthèse des réponses



Toutefois, lorsque la participation aux temps de rencontre institutionnels n'est plus envisagée en termes de simple présence mais en termes d'utilité perçue, les réunions les plus citées ne sont plus tout à fait les mêmes. Ainsi, les réponses à la question « Pour les réunions auxquelles vous participez le plus, pouvez vous citer celles que vous considérez comme les plus utiles dans votre travail: (le moins utile = 0; le plus utile = 5. Plusieurs réponses possibles par niveau de priorité) » donnent le résultat suivant :

Synthèse des réponses

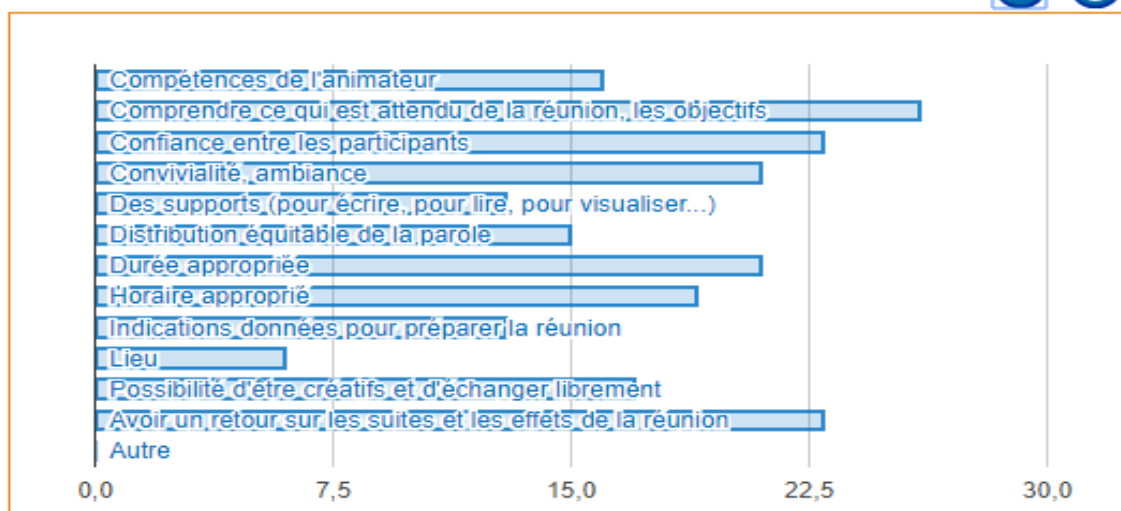


Les temps d'analyse des pratiques, les groupes de paroles et les temps de rencontre avec l'entourage des résidents se voient attribuer une utilité plus importante que la

fréquence de participation. Les réunions de synthèse et de suivi sur l'accompagnement personnalisé des résidents, ainsi que les transmissions et les groupes de travail ont un taux de participation et un degré d'utilité importants. L'intitulé « autres » a permis aux répondants d'évoquer les réunions portant sur la démarche d'amélioration continue de la qualité, ainsi que le CHSCT. Le taux de participation faible tranche pourtant avec le degré d'utilité perçu.

Lorsque l'on s'intéresse aux éléments qui influent sur le taux de participation et surtout sur le degré d'utilité perçu des différentes réunions organisées en EHPAD, les réponses des professionnels visés par l'enquête permettent d'identifier trois facteurs principaux. D'abord, une information claire en amont autour des enjeux, des objectifs et en aval autour des résultats, des effets de la réunion. Ensuite, la confiance entre les participants, qui favorise la liberté des échanges et la sérénité de l'atmosphère apparaît comme un facteur favorisant. Enfin, le temps dédié à la réunion, en termes de choix d'horaire et de durée est un facteur qui passe avant la qualité de l'animation et de la distribution de la parole. Certains répondants soulignent toutefois le manque de temps et de moyens pour optimiser l'exploitation de ces temps de rencontre et d'échange professionnels, ainsi que le manque supposé d'intérêt ou d'investissement de certains professionnels.

Synthèse des réponses



Si le contenu du travail en équipe pluridisciplinaire, sa réalisation, nécessite outre une organisation dans la distribution des tâches et l'aménagement d'espaces de communication permettant de réguler les interactions, l'analyse du questionnaire de terrain montre bien l'importance de la qualité de ces échanges. Surtout dans la mesure où les professionnels du secteur soulignent la nécessité de faire preuve d'écoute, d'empathie, de patience et de bienveillance pour y exercer.

2.2.3 La relation et l'éthique

L'éthique, si on la définit comme « morale de l'action », consiste à orienter le choix de la réponse à donner à une situation, et découle de l'articulation de valeurs et principes inscrits plus ou moins profondément dans la personne (code déontologique de la profession, exigence professionnelle, valeurs personnelles) avec des considérants plus factuels (état physique et psychologique du moment, influence d'évènements vécus récemment, relations interpersonnelles, moment de la journée...). Face à une situation (une attitude, une parole, une abstention, un geste) qui pose question (étonnement, choc, incompréhension, agacement, émotion positive ou négative...) à la personne qui doit y apporter une réponse, celle-ci passe mentalement et très rapidement en revue une variété d'actions-réponses possibles (passives, actives, rationnelles, émotionnelles, abstention...). La réponse donnée sera dite ici éthique dans la mesure où les valeurs et le rationnel prévalent sur les influences subjectives et émotionnelles, et que la posture correspond au professionnalisme attendu dans le cadre de l'exercice d'un métier. Dans ce cadre la réponse attendue fait écho à la notion de déontologie professionnelle ; la réponse voulue fait écho aux valeurs et exigences personnelles ; la réponse rendue fait écho à la notion d'éthique et d'action réflexive ; la réponse perçue fait écho aux relations interpersonnelles et aux aléas de la communication humaine.

La notion d'éthique peut donc faire référence à une posture professionnelle (éthique intégrée au fonctionnement collectif et individuel), mais peut aussi ouvrir la porte à la mobilisation d'un espace dédié à cette réflexion. Dans les deux options, le professionnalisme appliqué au travail quotidien en EHPAD d'hébergement se traduit par un "penser et agir pour le bien de la personne" correspondant, au-delà de la mission de service public et des responsabilités afférentes, à l'engagement et aux valeurs affirmées par l'institution⁴⁵.

L'enquête en ligne interrogeait les répondants sur leur perception de la qualité d'écoute et de prise en compte de leur avis au sein de l'établissement. La fonction de direction a fait l'objet du plus grand nombre de commentaires. Ainsi, « la position de direction biaise la réponse. L'autorité de la fonction facilite beaucoup la prise en compte de l'avis donné. Néanmoins, je pense que la qualité d'écoute et de prise en compte des avis de chacun repose sur une dose de contradictoire dans les débats/un management par la concertation ». Un répondant indique que le fait d'être « non cadre, parole moins écoutée ». « Les décisions sont souvent prises en amont ». « Peu d'écoute par ma hiérarchie ». « Bonne écoute de la part de la direction, parfois plus difficile avec les AS et ASHQ que ce soient de jour ou de nuit ». Un agent de direction évoque le « respect de

⁴⁵ L'éthique est une compétence professionnelle (mars 2003). Tribune de NILLES J.J

mes compétences mais parfois difficulté pour les soignants de mettre en œuvre les consignes, qui demandent du temps ou une remise en question de pratiques ». Un membre d'équipe pluridisciplinaire a un ressenti plus négatif en disant « Malgré le fait qu'on nous dise que la direction a confiance en ses équipes nous nous sentons constamment épiés et en attente que l'un d'entre nous fasse une erreur. Il nous est parfois difficile de travailler dans ce climat, pour le bien être du résident et le nôtre ». Dans un autre cas, « Les remarques sont entendues mais manquent de suivi sur le long terme, dû sans doute à un manque de communication entre les équipes et à mon temps de présence insuffisant ». « Direction souvent occupée ». « Bonne qualité d'écoute du fait de la taille de la structure ». « Bonne prise en compte de mes avis et de mon côté j'accepte de revoir certaines positions ». « L'entente cordiale et professionnelle est nécessaire pour faire avancer les projets ». « Négatif : il faut répéter les mêmes consignes très régulièrement. Positif : un climat de confiance est instauré ».

La situation pour les agents soignants est plus homogène sans être forcément toujours positive : « On n'est pas toujours écouté lors de nos transmissions » ; « On peut donner notre avis et dire ce qu'on attend mais j'ai pas l'impression d'être entendu à chaque fois (exemple notre détresse face à des résidents difficiles ou alors face à la douleur des résidents...) » ; « Mon avis est pris en compte, comme celui des autres corps de métier. Cela ne signifie pas qu'il est toujours accepté et "respecté", mais il a une place dans un ensemble ». « Je ne sais pas si mon avis est pris en compte, pas de retour sur les transmissions que je fais sur le dossier de soins ». « L'écoute est rapide dans l'équipe soignante c'est positif par contre sur un point plus administratif c'est plutôt négatif ». « L'écoute pour le bien-être du résident est toujours prise en compte celui de notre bien-être professionnel beaucoup moins ».

Les fonctions paramédicales et ayant un rôle de coordination et de conseil semblent évoquer un degré d'écoute qui n'est pas acquis mais qui se construit dans la durée : « Remarques positives : travail à temps plein au sein de la structure qui permet un suivi des conseils prodigués et qui obligent à avoir un rôle qui va au-delà du rôle de l'ergothérapeute. Remarques négatives : lors des transmissions, place difficile à trouver compte tenu du nombre d'informations "soignants" à donner ». « L'écoute est là mais l'inertie est encore importante pour l'applications de mes conseils ». « Mon avis est écouté et pris en compte. Le plus souvent, il est attendu et on me sollicite pour avoir mon avis, (écoute liée au) rôle du médecin coordonnateur ». « La qualité d'écoute est très bonne avec les aides-soignantes du moment qu'on les respecte et respecte aussi leur avis cela doit être un échange, avec les médecins je suis moins écouté ou longtemps après ». « Il faut je crois travailler sur la représentation d'un psychologue au début, qui n'est pas formé

qu'à l'écoute. Il est capable de mener des projets, des analyses institutionnelles, a une connaissance globale des individus et des groupes. Nous sommes dans un milieu FPH, avec un fonctionnement hiérarchique donnant grande place au médecin. Il faut faire sa place mais ça se fait ». Finalement, ce dernier commentaire résume assez bien le sentiment de la plupart des professionnels répondants : « Etre écouté ne veut malheureusement pas toujours dire être entendu... ».

Les valeurs et l'organisation affirmées par un établissement trouvent donc à être incarnées au quotidien dans le cadre d'espaces et de temps de communication, et sont sujettes à la fluctuation des interactions et des relations guidées par une réflexivité de l'action qui demande une vigilance constante de la part de tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire contribuant à la réalisation du travail d'accompagnement.

2.3 La reconnaissance et la responsabilité, deux domaines d'investissement formidables pour le directeur souhaitant agir sur le contenu du travail en équipe pluridisciplinaire

Certains auteurs mettent en évidence le caractère essentiel de la reconnaissance au travail⁴⁶. Ainsi, pour C. Dejours, la reconnaissance est un vecteur de l'identité. Pour Boursier et Palobart, elle est source de motivation. Pour E. Morin, elle constitue le sens du travail. Pour Brun, elle est un pivot de la santé mentale au travail, en constituant un facteur de résistance au stress. Enfin, pour Applebaum et Kamal, elle influence positivement la productivité et la performance, en contribuant à la satisfaction au travail des employés.

2.3.1 L'enjeu de la reconnaissance des personnes accompagnées

D'abord, fonder toute organisation du travail en équipe pluridisciplinaire autour d'une approche globale de la personne accompagnée permet de donner le sens véritable de toute intervention. Par exemple, une de mes missions de stage consistait à piloter une démarche pluridisciplinaire en interne pour structurer l'accompagnement de la « toute fin » de vie, des derniers moments. Le groupe de travail réuni pour l'occasion se composait du médecin coordonnateur, de l'infirmière coordinatrice, de l'élève directrice et sur les bases du travail entamé en Comité qualité qui a réuni en plus 2 AS, 1 AMP, le directeur et un représentant des familles, formés sur le sujet. La difficulté de la séance s'est trouvée dans le constat que chaque professionnel avait un point de vue spécialisé,

⁴⁶ BRUN. Jean-Pierre, DUGAS. Ninon. La reconnaissance au travail : analyse d'un concept riche de sens.

JODELET. Denise. Les représentations sociales. Paris, PUF, 1989

FLAMENT. C. Structure et dynamique des représentations sociales. dans JODELET. D. Représentations sociales : un domaine en expansion. Paris, PUF sociologie d'aujourd'hui, 2003

orienté sur le sujet de cet accompagnement spécifique. Investissement sur les soins de confort, adaptation du protocole infirmier, lien avec les équipes mobiles, rôle et place de la famille, décision médicale d'arrêt de traitement, directives anticipées et personne de confiance constituaient autant d'éléments à intégrer. La situation ne s'est débloquée que lorsque chacun a fait l'effort de se projeter dans la situation d'une personne en toute fin de vie. Un consensus s'est ensuite naturellement opéré dans le choix des outils, sur le fond comme sur la forme. Les participants sont d'ailleurs sortis enthousiastes de la séance, satisfaits d'avoir travaillé « dans le bon sens ».

Et le résident ne doit pas être vu que par l'angle de la pathologie, il doit être considéré comme une personne avant tout, qui a une histoire, un environnement qu'il convient de respecter. Dans le respect des règles déontologiques et éthiques clairement identifiées au sein de chaque institution, la qualité d'accompagnement s'apprécie donc au regard de la satisfaction des résidents et de leur famille, par rapport à l'habitat, à la restauration, à l'existence ou non d'un sentiment de sécurité, de solitude et à la qualité d'ensemble de la vie sociale ; des actions menées pour aider la personne âgée à conserver un degré maximal d'autonomie sociale, physique et psychique dans le respect de ses choix et de ses attentes.

Le directeur, notamment à l'occasion du renouvellement du projet d'établissement, dans le cadre d'une démarche d'évaluation ou lors de la contractualisation CPOM, pourra trouver l'opportunité de penser ou d'optimiser collectivement l'organisation autour d'une approche globale des besoins et attentes de la personne accueillie au sein de l'EHPAD, en intégrant les RBPP. Par exemple :

Axe 1 : Faire que la personne accueillie se sente écoutée et respectée

- I. La garantie des droits individuels
- II. La garantie des droits collectifs

Axe 2 : Faire que la personne soit bien soignée et en sécurité

- I. La recherche du juste soin
- II. L'organisation de la continuité et de la permanence des soins
- III. L'application de protocoles issus de l'appropriation des recommandations de bonnes pratiques professionnelles

Axe 3 : Faire que la personne puisse maintenir son autonomie

- I. Le cadre de vie collectif
- II. La possibilité du maintien des liens sociaux

Axe 4 : Faire que la personne puisse se sentir comme chez elle

- I. Le projet de vie personnalisé
- II. La personnalisation des activités individuelles et collectives

Axe 5 : Accompagner en confiance la fin de vie de la personne

Cela suppose que l'équipe s'engage à accueillir les familles, à utiliser les éléments de l'histoire et de la personnalité du résident qui permettent de renforcer la personnalisation de l'accompagnement, sans faire preuve d'une curiosité déplacée. Cela suppose aussi de respecter les choix, sans jugement et avec bienveillance, tout en assurant la sécurité du résident. Il s'agit aussi de considérer avec humilité que l'établissement est le lieu de vie des résidents qui y habitent, avant d'être un lieu de travail. Travailler dans le respect de la « charte des droits et libertés de la personne accueillie » est sans doute une vraie garantie en ce sens.

2.3.2 L'enjeu de la reconnaissance des professionnels

A la question « pensez-vous que vos collègues connaissent suffisamment votre travail ? », les répondants sont plus de 56% à répondre « peu » ou « pas assez ». A la question de l'adéquation entre travail, compétences et rémunération, 8.8% l'estiment très mauvaise, 11.8% l'estiment mauvaise, 23,5% l'estiment faible, 26.5% l'estiment moyenne, et 26.5% l'estiment bonne, seulement 2.9% très bonne.

Et quand l'enquête proposait aux répondants de s'exprimer sur la définition de leur rôle dans l'organisation, les réponses varient. Un certain nombre semble souligner l'importance de la valorisation et de la reconnaissance de la part de la direction. « Non. Manque de communication sur les attributions et le rôle de chacun. Cela complexifie l'intervention de la bonne personne au bon moment auprès de la bonne personne ». « Oui, mais peut-être pas assez mise en valeur ou reconnu ». « La direction joue un rôle important, elle doit légitimer la fonction de chacun ». « Non, les fonctions au sein de l'équipe non connues, les fonctions des "soignants" sont valorisées et reconnues ».

Plusieurs répondants évoquent plutôt une forme de dichotomie entre mission prescrite et tâches effectuées : « Mon rôle est défini par décret, et donc dans l'organisation de base, mais je déborde de mes missions pour rendre service dans le cadre de l'accompagnement du résident ». « Il est défini au niveau organisationnel mais partiellement connu des différents professionnels au sein de l'EHPAD ». « Ça va mais manque de dialogue et de moments/lieux d'échanges ». « Non car nous faisons beaucoup de travail de cadre et de secrétariat ». « Pas toujours, on est dans les soins pas au ménage ». « Les résidents ont compris, les équipes également, les partenaires extérieurs. Si par hasard, je fais quelque chose en dehors, pour aider, les équipes soulignent que ce n'est pas à moi de faire cela ». « Oui j'ai un rôle mais on nous en demande toujours

plus ». « Oui tout est écrit et notre journée est établie sur une journée à la minute près pas un instant de vide ».

L'enjeu consiste donc bien ici dans la connaissance et la reconnaissance de la place de chacun. Un organigramme hiérarchique et fonctionnel pourra permettre à tous les professionnels de comprendre les missions et la place de chacun. Le directeur est appelé à veiller à ce que chaque professionnel bénéficie d'une fiche métier identifiant les responsabilités, délégations, attributions. Dans le cadre de la mise en œuvre des réformes en cours, les fiches métiers trouvent à être actualisées et déclinées en fiche de poste pour chaque professionnel. Chaque professionnel doit pouvoir être en mesure de situer ses limites d'intervention tout en ayant une lecture flexible de sa fiche de poste.

La co-construction de la fiche de poste entre l'agent et le supérieur hiérarchique, en liaison avec ses collègues peut permettre d'intégrer à la fois le cadre global des missions du service et la répartition des activités de chacun. Il s'agit cependant de sélectionner et hiérarchiser les activités essentielles, et de la réactualiser périodiquement, au cours de l'entretien d'évaluation par exemple. Pour l'agent c'est l'occasion de communiquer avec son supérieur hiérarchique sur son poste et de faire connaître l'ensemble des activités qu'il effectue et ses contraintes, de pouvoir s'exprimer sur les évolutions souhaitables de son poste, d'améliorer la connaissance du service et l'appartenance à un service, et surtout de prendre en compte le besoin de chaque personnel d'être partie prenante et responsabilisé dans son activité professionnelle. Pour l'équipe pluridisciplinaire dans son ensemble, la fiche de poste favorise la formalisation des situations de travail de chaque agent, une meilleure connaissance des contributions de chacun, l'amélioration de l'organisation du travail, la reconnaissance de l'importance du rôle de l'encadrement, et pourquoi pas l'émergence de projets. Toutefois il faut garder à l'esprit que la répartition des tâches entre les professionnels d'une même équipe est souvent informelle. Elle repose d'une part sur la communication verbale entre les membres d'équipe, qu'elle intervienne au fil de la journée de travail ou lors de moments dédiés (transmissions, réunions d'équipe) ou spécifiques (pauses) et d'autre part souvent sur des réflexes ou des ajustements « naturels », sans avoir besoin d'être explicitée par le collectif de travail ou par l'encadrement.

2.3.3 Adapter l'offre de services pour responsabiliser les personnels sur des missions innovantes et transversales

Les orientations définies par les politiques nationales tendent à faire évoluer et diversifier les modes de prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie en renforçant notamment les dispositifs favorisant le maintien à domicile. C'est l'occasion pour les

EHPAD d'afficher et d'affirmer leur volonté de s'inscrire dans la dynamique portée par les politiques publiques régionales et départementales en faveur des personnes âgées, notamment au travers de la filière gériatrique, qui vise « l'accompagnement des personnes âgées dans le cadre d'un réseau de soins de proximité multi-partenarial et d'une filière hospitalière ».

Dans cette perspective, l'établissement peut faire le choix de créer une unité spécifique au sein de la structure, dans l'esprit d'un parcours cohérent et pertinent proposé aux résidents. Cela suppose de définir les critères d'entrée, les modalités d'accompagnement et les critères de sortie éventuels en fonction de l'évolution de la maladie ; de proposer un environnement architectural adapté, rassurant ; de se doter d'un plan de formation spécifique pour tous les professionnels en contact avec les personnes atteintes de pathologies neurodégénératives, dans et hors des unités spécifiques.

Les EHPAD, dans la limite de leurs capacités et de sa mission, auront aussi de plus en plus vocation à accompagner les personnes âgées souhaitant rester à domicile tant qu'elles en ont la possibilité. Cela peut prendre la forme de conférences et de groupes de parole ouverts à tous les aidants familiaux, le développement de l'accueil de nuit et de l'hébergement temporaire, se faire le relais du CLIC et de la MAIA en délivrant des informations à destination des usagers, ou encore de profiter de la commission d'admission pour orienter les personnes postulantes qui ne peuvent être accueillies au sein de la structure vers les dispositifs appropriés. En tant qu'acteur de santé publique, l'EHPAD peut aussi contribuer à prévenir le risque de perte d'autonomie physique, cognitive ou sociale, en ouvrant aux non-résidents les ateliers nutrition, prévention des chutes, mémoire, etc. qu'il peut organiser en son sein.⁴⁷ Il peut aussi simplement s'agir de mettre à disposition des locaux pour les partenaires en besoin d'infrastructure.

En matière de partenariat, de coopération voire de coordination et de mutualisation, il y a de nombreux possibles. L'objectif est de faire plus et de meilleure qualité, avant la recherche d'économies. Cela implique de partir des besoins de chaque établissement mais dans une perspective d'amélioration de la qualité et de la performance à long terme, en prenant en compte les évolutions de l'offre, des besoins et des contraintes sur le territoire. Les bénéfices peuvent toucher plusieurs domaines comme les ressources humaines : mise en commun de formations, échanges et analyse de pratiques entre collègues, question des contraintes administratives et techniques... ; gestion et qualité :

⁴⁷ Ouvert à la vie locale, l'EHPAD envisagé comme centre de ressources pourra mettre à disposition des acteurs du territoire (hôpitaux, HAD, SSIAD, CLIC...) et des personnes âgées qui vivent chez elles de nombreux services et prestations autour des thèmes "manger et bouger" et éviter ainsi les 4 risques principaux de fragilités identifiés dans le cadre du dispositif PAERPA : le risque de dénutrition, le risque de chute, le risque d'isolement et le risque iatrogénique.

travail en commun sur la gestion des risques, travail sur le circuit du médicament, réflexion commune sur les modalités de la politique qualité, de la façon d'intégrer les questions éthiques et de bienveillance (mettre en commun les compétences propres à chacun pour les adapter aux besoins de chaque établissement) ; développement et achats : appels à projet en commun pour la télémédecine par exemple, marchés publics et commandes groupées... ; vie sociale des résidents : possibilité de faire profiter les résidents des animations, voire de mettre en place des activités en commun...

Il y a toutefois des conditions *sinequanone* pour qu'une de ces démarches soit pérenne. Il faut fédérer les personnels, les résidents, les familles mais aussi les associations locales, les autorités de tutelle, les fournisseurs par une communication claire et continue en interne et en externe. S'appuyer sur des personnes sensibles au sujet pour les identifier en tant que personnes ressources peut aider à créer et faire vivre un groupe de travail pluridisciplinaire réunissant toutes les parties prenantes (y compris les représentants du Conseil de la vie sociale) et réfléchissant aux actions à mettre en œuvre. Faire appel à des interlocuteurs externes avisés : le Comité pour le développement durable en santé (C2DS), l'Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie (Ademe), l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact) etc. Mutualiser les efforts, les actions et bonnes pratiques avec d'autres établissements. Enfin et surtout, il s'agit de faire des choix et de privilégier les actions concrètes plutôt que les projets ambitieux mais théoriques, pour insuffler et entretenir une dynamique d'équipe stimulante.

En effet, la durée de séjour moyenne des résidents en EHPAD a tendance à diminuer autour de 2.5 ans. Cela implique pour les professionnels un renouvellement fréquent du public des résidents et un effort d'adaptation récurrent. Il s'agit à chaque fois d'apprendre à connaître de nouvelles personnes et leurs familles, de s'adapter à leurs habitudes de vie et d'élaborer des projets personnalisés. Parallèlement, l'augmentation de la moyenne d'âge des nouveaux entrants confronte les personnels à des décès plus fréquents, avec la charge traumatique que le contact répété avec la mort implique. La pénibilité mentale de ces évolutions est donc prononcée et le développement d'activités annexes ne doit pas constituer une charge supplémentaire au travail de l'équipe pluridisciplinaire.

3 Les modalités du travail en équipe pluridisciplinaire en EHPAD

La notion d'objectif évoque le « pourquoi » du travail en équipe pluridisciplinaire ; le contenu évoque plutôt la matière, l'étendue, le « quoi ». Les modalités du travail en équipe pluridisciplinaire se rapportent plus aux conditions, à la façon de faire, aux particularités. Il s'agit de s'intéresser ici au « comment ».

3.1 La perfectibilité évidente du fonctionnement pluridisciplinaire

3.1.1 La persistance d'un certain cloisonnement des actes d'accompagnement entre intervenants externes et équipe pluridisciplinaire interne à l'établissement

Lors d'un groupe de travail pluridisciplinaire portant sur le renouvellement du projet d'établissement de la structure de stage, les échanges ont été abondants au sujet des échanges entre l'équipe pluridisciplinaire et les autres intervenants, professionnels ou non. Les participants ont ainsi exprimé le côté aléatoire du contact avec les familles. « Parfois, elles semblent exprimer peu de reconnaissance mais il faut aussi admettre qu'on retient plus facilement le négatif que le positif. C'est aussi souvent en fin d'accompagnement que les familles témoignent des remerciements. Impression de décalage entre les exigences quotidiennes et la satisfaction globale quant à l'accompagnement proposé ». La relation devient problématique quand des sentiments négatifs (peur, culpabilité, angoisses...) ou l'envie de bien faire amènent à s'exprimer « à la place du résident ». « Les familles ont de plus en plus de mal à comprendre notre travail au quotidien, ne voyant pas ou ne voulant pas vouloir voir leur parent vieillir. Il nous arrivent fréquemment d'être -en- tension auprès de ces derniers (...) je trouve ça dommage car ils ont un rôle primordial également dans l'accompagnement ».

Les agents ont aussi regretté le manque de communication avec les bénévoles, ne serait-ce que pour transmettre des précisions sur l'état de santé du résident au moment de l'intervention (régime alimentaire, état de fatigue, programme de douche/toilette, comportement, etc.), et ce malgré l'existence d'une charte encadrant le bénévolat. De même, les participants ont souligné le manque d'échanges avec les intervenants libéraux, et notamment les kinés. « Il faut plus de communication et travailler plus sur le mode de l'équipe pluridisciplinaire : relais et complémentarité (...) Cela permet de valoriser le travail de chacun, d'échanger sur les bonnes pratiques et d'assurer la continuité des soins ». Les transmissions via le logiciel interne fonctionneraient plus ou moins, en fonction des intervenants. Quant à la mise en place et au renouvellement de partenariats

avec l'extérieur, les participants affirment que cela dépend souvent de la bonne volonté des personnes concernées ou impliquées. Le succès du partenariat avec une crèche témoigne du potentiel des animations favorisant des liens intergénérationnels. Le dispositif « Familéo » qui commence à être connu et de plus en plus utilisé, montre comment le résident peut être un élément fédérateur dans les liens familiaux. Les résidents expriment régulièrement un ressenti négatif : « ma vie est faite », et l'impression d'être inutile voire une charge pour autrui.

L'intervention des médecins traitants au sein de la structure peut aussi rentrer en conflit avec les valeurs portées par l'équipe. En fait, il existerait presque autant de pratiques que d'intervenants. « Le problème est de trouver la façon de faire adhérer les médecins traitants à la philosophie de l'Etablissement, sachant que presque une vingtaine de professionnels interviennent au sein de l'EHPAD ». Le médecin coordonnateur note le fort taux de recours à SOS médecin, ce qui ajoute une difficulté à l'harmonisation des pratiques médicales. Toutefois, la présence de cet organisme sur le territoire est reconnue comme une chance et une sécurité. « La question est donc de les faire adhérer aussi aux valeurs et principes d'intervention de l'établissement. Comment concilier indépendance et liberté d'exercice des médecins libéraux avec les valeurs et la recherche d'harmonisation des pratiques de la structure ? ».

La question de la prise en compte de la souffrance psychique, évoquée en s'appuyant sur la synthèse ANESM à ce sujet, a ensuite permis de rappeler la nécessité d'une posture commune de vigilance contre la banalisation des plaintes. Les participants ont unanimement reconnu l'importance de la formation et du soutien psychologique des personnels pour être outillés, prendre du recul. Mais surtout, plusieurs participants ont fait le lien avec la question des suites données aux repérages des soignants, dans le cadre du travail en équipe pluridisciplinaire (tenir compte de l'alerte, réflexion et transmissions même si pas de résultat). Souvent, ils n'auraient pas de réponse sur les problèmes psychiques, psychologiques et les douleurs, remontés en transmissions orales ou écrites qui resteraient sans suite : « les soignants sont en droit d'attendre une réponse, même si ça ne résout pas le problème ».

Finalement, le groupe de travail a conclu sur l'importance du passage de relais aux professionnels extérieurs à l'établissement, même si la limite est la liberté d'exercice et de prescription des intervenants libéraux, qui ne font pas toujours de retour à l'équipe qui peut avoir un sentiment d'inaction alors que c'est un problème de circulation de l'information. « En retour, les soignants doivent aussi comprendre que la résolution d'un

problème peut prendre du temps et mobiliser les non-soignants suite au repérage et au passage de relais » qu'ils ont effectués.

3.1.2 L'influence des caractéristiques des publics accueillis sur les particularités du travail en équipe pluridisciplinaire en EHPAD

Les caractéristiques des publics accueillis en établissement sont souvent fonction des modalités d'admission à l'entrée. Les pathologies ou les situations de handicap sont amenées à être prises en compte, car susceptibles d'entraîner diverses complexités de prise en charge (démence, désorientation, agressivité vis-à-vis des professionnels ou des autres résidents, troubles du comportement, etc.) avec un soutien financier de la part des autorités de tarification qui ne prend pas toujours l'ensemble des charges induites en compte. Dans la structure de stage, et au nom du principe d'égalité de traitement des demandes, le niveau de dépendance de la personne, son origine géographique ne sont pas des critères qui entrent en compte. Les membres de la commission d'admission analysent plutôt, outre l'urgence de la situation, le lien entre l'état de santé de la personne et les capacités de la structure (par rapport à la charge en soins liée à la pathologie, les besoins en termes de présence infirmière la nuit ou non, la mise en place de certains dispositifs médicaux...). Faisant le choix de la mixité, l'établissement n'opère pas de sélection pour l'attribution des chambres disponibles, ni de critères de répartition des résidents par étages, afin de faciliter, pour chaque résident, la prise et le maintien de repères. Cela permet aussi au résident de pouvoir rester dans sa chambre tout au long du séjour.

Les professionnels exercent dans le cadre de ces modalités, et disposent d'une certaine autonomie dans la réalisation concrète de leurs missions afin de répondre aux objectifs de personnalisation de l'accompagnement (respecter les habitudes de vie de la personne et savoir répondre à un besoin ponctuel qui sortirait de l'ordinaire : organiser un réveil plus tardif après une mauvaise nuit par exemple) et répondre aux urgences et imprévus, sans mettre à mal l'ensemble de l'organisation. En questionnant de façon informelle les agents sur cette autonomie, elle semble ressentie comme un gage de confiance. Toutefois, certains ont exprimé le regret que « la hiérarchie ne passe pas plus souvent dans les services ». En demandant alors si ces passages ne seraient pas perçus comme un contrôle, une surveillance, les agents en question ont répondu que « tout dépend de la façon de faire », qu'ils « n'avaient rien à cacher » et que « l'intérêt ainsi démontré par la direction est important pour les soignants ». Cette autonomie au travail est donc une caractéristique inéluctable en équipe pluridisciplinaire, et semble s'appliquer à tous les agents, qu'ils soient contractuels ou titulaires, qualifiés en termes de diplôme ou non, et peu importe l'ancienneté dans la fonction ou la structure. Les remarques faites par des

agents soignants amènent à s'interroger sur la frontière entre autonomie, liberté et solitude dans la réalisation des actes d'accompagnement : jusqu'où l'agent peut-il aller, à qui peut-il se référer ?

3.2 Une médiation garante de la continuité du fonctionnement en équipe pluridisciplinaire

3.2.1 Le rôle de l'encadrement dans le travail en équipe pluridisciplinaire

L'autonomie semble être reconnue aux membres de l'équipe pluridisciplinaire au titre de l'adaptabilité et de la disponibilité dont ils doivent faire preuve à l'égard des résidents. Le travail auprès de personnes dépendantes suppose de considérer que l'expression, peu importe sa forme, a toujours une signification. Il y a un parti à prendre sur le regard porté sur les résidents, pour créer et entretenir une dynamique positive.

Faire le pari que la personne entend, comprend, est présente, même lorsqu'elle ne communique pas ou plus de façon expresse, requiert une particulière vigilance et attention aux gestes, mots, attitudes et comportements du résident permet de repérer d'éventuelles difficultés. Outre les compétences que cela suppose, se pose la question de l'autonomie des agents par exemple quand un résident entre en urgence, ce qui arrive régulièrement, et qu'il y a beaucoup d'informations à transmettre et à réceptionner en même temps auprès de l'entourage (famille, proches, intervenants professionnels), qui n'est pas toujours disponible pour entendre et adhérer à la philosophie de l'établissement.

Le rôle de la hiérarchie, et notamment du cadre de proximité, est souligné par les professionnels quand il s'agit de « bien communiquer avec l'entourage et de poser les règles du jeu ». Il est attendu de sa part qu'il soit garant du professionnalisme des personnels, par exemple en intervenant de manière impartiale pour encadrer les conflits interpersonnels ou pour accorder les visions de chacun sur ce que serait un accompagnement personnalisé et de qualité pour les résidents.

En EHPAD, la hiérarchie, le cadre de proximité est de plus en plus fréquemment incarné dans la fonction d'infirmière diplômée d'état coordinatrice (IDEC). La fonction d'IDEC n'apparaît pas au répertoire des métiers de la PFH⁴⁸. Selon l'APEC, le « cadre de santé ou le chef de service paramédical est un cadre de proximité qui a pour mission d'organiser les activités paramédicales ou de soins au sein d'un service ou d'une unité de

⁴⁸ IDEC n'est pas non plus reconnu dans le répertoire dans la « sous-famille coordination en santé », qui regroupe « l'ensemble des activités de planification, de suivi et d'évaluation des interventions et de coordination des acteurs sociaux, sanitaires, et médicosociaux » <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/spip.php?page=fiche-sousfamille&idsubfam=67>

soins en veillant à la qualité et la sécurité des prestations. Il anime et encadre les équipes placées sous sa responsabilité, coordonne et optimise les moyens mis en œuvre. Autres intitulés : cadre infirmier, cadre de santé rééducateur, chef de service paramédical, Infirmier coordinateur, IDEC, surveillant ».

D'après une professionnelle⁴⁹, les activités des IDEC s'articulent autour de « l'évaluation des gens, des besoins, savoir repérer ce dont ils vont avoir besoin urgemment (matériel, soins infirmiers, soins de kiné, et d'arriver à coordonner toutes les interventions ». « Je ne suis plus soignante du tout, je ne fais aucun soin ». Les IDEC ont effectivement une fonction de cadre « On fait plus du management ». Cependant, elles différencient leur approche de celle de la fonction de cadre de santé hospitalier par leur proximité avec les personnes soignées. « On a une fonction cadre tout en ayant encore l'approche du patient et familles, on est encore sur le terrain. ». D'après elles « ce métier [n'est] pas reconnu ». Les résidents et leur entourage identifient tout d'abord « l'infirmière » car « coordinatrice les gens ne savent pas au départ ». C'est donc avec le temps que les personnes soignées «font la connaissance du métier ». Elles jugent leur fonction « très riche » et leur « rôle nécessaire, sachant que la formation infirmière est indispensable pour la vue globale et l'observation clinique lors des suivis ».

3.2.2 La place de la hiérarchie dans le fonctionnement pluridisciplinaire en EHPAD

Malgré la diversité des professions représentées en EHPAD (psychologue, ergothérapeute, kinésithérapeute, psychomotricien, médecins, etc.), les interactions et le travail commun des soignants avec d'autres types de professionnels restent limités. En effet, le recrutement des professionnels paramédicaux n'est pas aisé, surtout dans les établissements situés hors des zones urbaines, ce qui limite la représentation de ces professionnels dans les établissements. Leur temps de travail au sein de la structure reste en plus souvent faible, entre 0,2 et 0,5 ETP très souvent. De ce fait, les opportunités de rencontres sont réduites ou inexistantes en l'absence de réunions pluridisciplinaires.

De plus, la notion de hiérarchie, très ancrée dans le milieu hospitalier, se manifeste de façon plus floue au sein d'un EHPAD. Le positionnement des professionnels considérés comme cadres au sein des EHPAD n'est pas aisé, notamment à l'échelle des relations entre les infirmiers d'une part et les équipes AS, AMP et ASH soins d'autre part. Le positionnement de hiérarchie fonctionnelle des IDE vis-à-vis des équipes soignantes apparaît parfois contesté par ces dernières, notamment lorsque des écarts d'âge, d'ancienneté et par conséquent d'expérience sont à l'œuvre. « C'est difficile de trouver sa place dans une équipe, les soignants testent la nouvelle infirmière qui arrive ». La

⁴⁹ « Les nouveaux métiers de la coordination » (2016), Module interprofessionnel de Santé Publique, EHESP, Groupe n°14, pp. 21-24

hiérarchie entre les AS, AMP, AVS et ASH faisant fonction, pour hétérogène qu'elle soit d'une structure à l'autre, qu'elle soit fonctionnelle ou non, est bien affirmée. Le positionnement du psychologue semble aussi délicat au sein de l'équipe pluridisciplinaire, comme le suggère le propos de Duftot en 1990 : « En ces temps-là, nous nous cherchions... ».

Le fait que les liens soient seulement fonctionnels entre les membres de l'équipe, et non hiérarchiques, peut être problématique en cas de conflit, et peut entraîner une confusion dans la répartition des responsabilités, outre la valeur des propos selon que l'on soit un expert, un conseiller, un coordonnateur, un technicien. A titre informatif, les écarts de salaires sont en plus faibles voire inexistantes : « pour être responsable d'un service et d'une équipe je trouve étonnant que les animateurs soient moins payés que les AMP. Les animateurs ont plus de responsabilité ». Il y a aussi, au sein de l'équipe pluridisciplinaire, une sorte de dichotomie entre les agents dits soignants et ceux qui seraient non soignants. Le soin recouvrerait strictement ici les actes techniques, les toilettes et les actes relevant du champ de compétence des IDE, oubliant les dimensions relationnelle, psychique, psychologique ou simplement matérielle et logistique.

Henry MINTZBERG, dans son livre « Le manager au quotidien, les dix rôles du cadre »⁵⁰, envisage le cadre comme une personne responsable de toute ou partie d'une organisation, avec dix rôles : de symbole, d'agent de liaison, de leader, d'observateur actif, de diffuseur, de porte-parole, d'entrepreneur, de régulateur, de répartiteur de ressources, de négociateur. Un travail qui serait identifié par tous les niveaux de la hiérarchie, excepté le plus bas. Henry FAYOL et Luther GULICK, dans l'ouvrage d'Henry MINTZBERG cité précédemment, vont reconnaître à l'encadrement cinq fonctions : planifier - organiser - coordonner - commander - contrôler. D'autres, comme Joseph SCHUMPETER n'y verront qu'une fonction exclusive de prise de décision. Pour d'autres, elle consiste à concevoir, modifier les procédures, et planifier le travail des subordonnés. En psychologie du travail, le management participatif est un concept qui vise l'autonomie de l'équipe soignante, sa responsabilisation, sa motivation et sa cohésion. Ses modalités pourraient donc plus faire écho aux impératifs du travail en équipe pluridisciplinaire.

3.2.3 L'impérieuse circulation de l'information

Nicole AUBERT affirme que ce qui caractérise l'information, c'est son contenu, qui permet à celui qui le reçoit de disposer des éléments qui lui manquent pour agir. L'information a une date de péremption, et prend toute sa valeur dès lors qu'on peut l'échanger, la traiter

⁵⁰ MINTZBERG. Henry (1994). Le manager au quotidien, les dix rôles du cadre. Paris : les Editions d'organisation

avant la date où elle perdra une grande partie de sa valeur⁵¹. Ce qui caractérise la communication, c'est qu'elle est centrée sur la relation. La valeur essentielle de la communication repose sur la prise en compte des facteurs relationnels et sur la possibilité de créer une véritable interaction entre les protagonistes. Ce qui suppose d'accepter le principe que toute situation de communication n'a de sens qu'à partir du moment où s'engage un processus d'influence réciproque, concrétisé par la possibilité du feed-back. Information et communication se complètent donc, à condition de trouver un point d'équilibre entre contenu et relation et sachant que c'est l'importance accordée à autrui qui fait le moteur de toute véritable communication.

Dans un EHPAD, il semble évident que l'IDEC ou le cadre de santé détient un rôle prépondérant en matière de communication car il est au carrefour de l'information. Sa position est stratégique car il lui appartient de faire parvenir l'information provenant de la direction, de l'administration, de ses collègues au cœur du service et par ailleurs il lui incombe également de restituer les idées, les demandes du service à ces mêmes différents niveaux. Aides-soignants et infirmiers placent le cadre de santé dans l'équipe soignante, mais notent cependant que son statut de supérieur hiérarchique l'empêche d'y être à part entière⁵². Par sa présence, le cadre établit des relations privilégiées avec l'équipe. Cela lui permet de bien connaître les soignants, leurs compétences, leurs valeurs, et ainsi de les reconnaître. Un cadre présent sur le terrain évalue la charge réelle du travail, et ainsi reconnaît le travail effectué et les besoins inhérents. Il peut faire passer des informations à l'équipe et faire remonter les demandes de l'équipe à la direction. Communiquer, c'est parler, mais c'est aussi écouter et entendre. Par sa présence sur le terrain, le cadre favorise un style de management participatif, contrôle le travail effectué ce qui lui permet de garantir la qualité des soins et la sécurité des patients. La communication et le partage d'informations sont facilités. Cela favorise la reconnaissance de l'équipe, par la prise en compte du travail réel. Mais sa présence ne doit pas «étouffer» l'équipe. Il doit laisser une part d'autonomie, mais aussi une part d'intimité aux soignants entre eux. Tout l'art réside dans la nécessité pour le cadre de santé d'être là, sans y être complètement...

⁵¹ AUBERT Nicole (janvier 2006). Diriger et motiver. Editions d'organisation

⁵²MARTY Christine, étudiante Cadre de santé (2007). La place et le rôle du cadre de santé dans l'unité de soins

3.3 Réaffirmer les notions de transversalité, d'unité et de cohérence, comme bases du travail en équipe pluridisciplinaire

3.3.1 La dynamique du projet

Autour des projets de vie personnalisés peuvent se mettre en place et s'entretenir des processus, des dispositifs qui contribuent à favoriser l'interdisciplinarité, le croisement des points de vue, la confrontation des pratiques et la coordination entre professions différentes. Parmi les outils de veille et les modalités d'une évaluation régulière des capacités, besoins et attentes des personnes accueillies, la direction pourra s'assurer de l'existence de :

- Evaluation gériatrique du résident à l'entrée
- Recueil des habitudes, des goûts et de l'histoire de vie du résident
- Comité d'accompagnement personnalisé, réunion de suivi
- Référent pour chaque résident
- Bilan et actualisation du projet personnalisé
- Référents thématiques (alimentation, bains/douches, incontinence, gestion des risques, plans de soin...)
- Comité qualité
- Groupes de travail

Ce qui importe est bien la collégialité de la prise de décision, en équipe pluridisciplinaire, ainsi que l'évaluation régulière des situations, au cas par cas. Il s'agit bien d'accompagner l'équipe dans la personnalisation quotidienne d'un accompagnement qui en devient forcément plus exigeant. Les leviers pour faire vivre ces principes sont donc d'ordre humain avec le système des référents ; organisationnel : réunions d'équipe (transmissions, réunion de service, du personnel, bilan AMP, Comité qualité, etc...) ; et technique : logiciel de soutien à l'accompagnement, protocoles, conduites à tenir...

Une difficulté pour les soignants porte sur le fait que les professionnels externes à l'équipe pluridisciplinaire fassent un diagnostic sur un instant donné. Il faut leur amener un complément d'information si nécessaire. Il est donc nécessaire de communiquer, et c'est une chaîne d'action qu'il faut boucler : repérage, alerte (dont les libéraux doivent tenir compte, c'est une question de confiance dans le diagnostic et l'expertise des équipes), accompagnement, passage de relais, diagnostic ET communication en continu entre tous les professionnels (externes et internes, soignants et non soignants) jusqu'à clôture de l'action.

Enfin, la dynamique de projet se traduit dans l'organisation du temps de travail. La constitution d'un protocole d'accord en CTE, après consultation et implication du CHSCT avec les agents permettra de définir une base horaire journalière adaptée aux fiches de poste (agents soignants de jour et de nuit, médecin coordonnateur, cadre, paramédicaux salariés, fonctions logistiques et de restauration, emplois aidés) ; de négocier les RTT ; de discuter de l'opportunité des postes en horaire coupé. En gardant en tête que l'obligation de continuité de service implique qu'une majorité d'agents occupent des emplois à repos variable (+ de 10 dimanches et jours fériés travaillés par an). Il est bien sûr recommandé de s'adapter au rythme de vie des personnes accueillies grâce à la souplesse des horaires et du fonctionnement dans la vie quotidienne, et d'organiser les fiches de tâches des agents de nuit pour les rendre disponibles à l'écoute, l'échange et la réassurance des résidents pour qui la nuit est source d'angoisse.

3.3.2 Positionner les cadres en véritables coordinateurs

Cette recherche de cohérence et d'efficacité dans l'organisation et le management des soins requiert la mise en œuvre de plusieurs actions qui se complètent. Il s'agit de mettre en œuvre des formations partagées sur les pratiques et l'organisation des soins : entre les cadres de santé de proximité, et avec les autres professionnels intervenant dans le parcours. Il faut aussi travailler collectivement sur l'organisation des processus d'accompagnement, en lien avec les fonctions support du système d'information, de procédures et méthode (organisation), de l'information médicale, du recours à des plateaux techniques en externe. Il faut aussi orienter l'activité de l'équipe de cadres pour qu'ils soient plus autonomes dans la coordination et l'organisation des soins et des activités au niveau de leur service.

Sur un temps long, il peut être intéressant de mettre en place des parcours de professionnalisation individualisés avec des possibilités d'aller se former avec des cadres d'autres secteurs et d'introduire le principe de stage dans un autre environnement pour analyser les processus de décision. La capacité à manager peut aussi se développer par la formation et l'échange d'expérience : analyse et évaluation de situation complexe, des processus de décision, de la prise en charge, la coopération en réseau, de la conduite du changement... Organiser des formations-actions réunissant les cadres, les médecins et les administratifs, dans le prolongement des initiatives prises dans le cadre de la mise en place de la nouvelle gouvernance.

Il est impératif de reconnaître et affirmer clairement le positionnement des cadres de santé, et cela peut passer par une politique de rémunération qui prenne en compte de façon plus nette, la responsabilité accrue et l'acquisition des compétences des cadres⁵³.

En effet, ils ont « pour rôle de cadrer l'équipe en tenant compte des observations et des besoins de chaque professionnel. Ainsi il est nécessaire qu'il vienne poser une consigne que chacun devra respecter. De ce fait, il peut trancher le débat »⁵⁴, exerçant un management directif si nécessaire. Ils doivent aussi faire ressortir la capacité de l'équipe à se concerter pour parler d'une et même voix, même avec des pratiques, des outils et des références professionnels différents. C'est pour cela que les réunions régulières, les moyens de transmission, les lieux de discussion, la communication sont indispensables. La cohésion de l'équipe en dépend et ce sont les cadres qui les animent selon un mode de management alors participatif.

A l'issue d'une consigne donnée par l'IDEC lors de mon stage, des agents ont critiqué la décision pendant des temps informels, et la pratique de chacun a donc été faussée, du fait d'une incompréhension de la position prise. Ces temps informels n'ont pas été très productifs ; ceci dit, ils ont permis d'aborder le sujet en réunion quelques jours plus tard. Dans cette situation, la communication verbale fut absente, ou en tout cas confuse. En effet, le fait que le cadre a simplement donné l'ordre de ce qu'il fallait faire, sans donner ni explication auprès de l'équipe, manquant alors une occasion d'exercer un management délégué permettant de laisser s'exprimer un professionnel plus expert sur le sujet par exemple ; de prendre le temps d'expliquer sa décision sinon, sur un mode de management persuasif.

Le cadre doit donc permettre à l'équipe de se mobiliser, d'être responsable, autonome quant à la résolution de problèmes, dès lors que ces derniers ne font pas appel à une autorité *stricto sensu* du cadre. Cela permet donc la cohésion de l'équipe. La présence du cadre lui permet d'observer les situations, d'évaluer et de contrôler le travail effectué pour garantir la qualité des soins et la sécurité des résidents, et contribue donc d'une certaine façon à la reconnaissance des agents.

⁵³ Voir annexe 3

⁵⁴ DU BUIT C. (2014) Journal d'étude Clinique, « *Le manque de communication, un conflit latent* ». Diplôme d'Etat d'Educateur Spécialisé. Domaine de compétence 3 communication professionnelle. 1ère partie : Travail en équipe pluriprofessionnelle

3.3.3 Développer les complémentarités entre la structure et les autres acteurs du réseau local

Une équipe pluridisciplinaire qui se conçoit comme autosuffisante et fonctionne en autarcie risque de se figer dans ses pratiques et ses certitudes. Il est majeur qu'elle puisse trouver un relais, un médiateur, un regard extérieur en cas de conflit, de saturation ou simplement quand une forme de routine installée empêche toute prise de recul. Il peut donc être intéressant pour la direction de créer et entretenir des liens avec les équipes mobiles psychiatriques ou en soins palliatifs, tant pour une amélioration de l'état de santé des résidents que pour prodiguer, en lien avec le médecin coordonnateur, aides et conseils au personnel de l'établissement.

Pour ce faire, la politique d'admission de l'établissement et son projet institutionnel doivent être clairement définis et connus de l'ensemble des partenaires. Il est aussi intéressant de passer une convention avec au moins un établissement de santé public ou privé, dispensant des soins en médecine, chirurgie et disposant d'un service ou d'une unité soit de réanimation, soit de soins intensifs, en privilégiant les services les plus orientés vers la gérontologie. Il convient également de développer les collaborations avec d'autres institutions et services associatifs ou spécialisés en gérontologie, afin de conforter les projets d'animation, promouvoir des formules d'accueil de jour ou d'hébergement temporaire communs, procéder à des échanges de personnel...

Toutefois, l'équipe pluridisciplinaire doit aussi aller au contact de ces professionnels extérieurs, pour les accueillir, les guider et les intégrer. Les intervenants libéraux complètent l'action de l'équipe en interne et peuvent prodiguer conseils et soutien. Le directeur pourra se charger en amont d'identifier les partenaires adaptés, en fonction du contexte et de la situation de l'établissement. Il s'agira en parallèle de se doter d'un système d'information facilitant la traçabilité et le partage sécurisé des données, ou du moins de se joindre à la dynamique des CLIC, MAIA et PAERPA qui travaillent à ce maillage territorial des acteurs au service des personnes âgées.

Conclusion

Le fonctionnement en équipe pluridisciplinaire en EHPAD s'appuie sur le consentement renouvelé de la part de chaque professionnel, des usagers et des partenaires. Ce qui suppose d'accepter de prendre du temps, d'écouter et d'entendre ; de se former et de se rencontrer ; de se confronter aux différences et aux conflits ; à la prise de risque et à l'incertitude. C'est accepter aussi de s'évaluer, d'évaluer l'organisation, et d'évaluer les résultats produits au travers d'une démarche qualité. Il revient alors au directeur de proposer et de garantir les conditions nécessaires et favorables à cette adhésion, qui sont certes d'ordre financier et matériel, mais surtout des conditions communicationnelles, relationnelles, de pouvoir et d'autonomie.

La qualité du travail en équipe pluridisciplinaire est fonction de plusieurs facteurs : les moyens financiers dont dispose l'établissement conditionnent les dotations en personnel, et par conséquent le taux d'encadrement et la charge de travail par personne ; la capacité du directeur à gérer, négocier, piloter et anticiper ; la reconnaissance du travail réalisé, le soutien face aux difficultés ou aux critiques, l'association aux projets transversaux et la responsabilisation des personnes. Enfin la qualité des relations est un facteur majeur puisque le travail soignant en EHPAD est un exercice collectif. Par ailleurs, l'équité et la solidarité dans le partage des tâches, la cohérence de l'accompagnement proposé aux résidents sont des facteurs de satisfaction et d'investissement pour les professionnels d'une équipe pluridisciplinaire élargie.

Finalement, il convient de resituer le travail en équipe pluridisciplinaire dans une perspective de vraie innovation. En effet innover, du latin "in-novare", signifie "revenir à, renouveler". S'inscrire réellement dans un fonctionnement pluridisciplinaire, c'est à la fois renouveler l'exercice de sa mission en en pénétrant davantage le sens, dans un esprit de partage permanent, tout en continuant de s'adapter à des besoins et un environnement extrêmement évolutifs qui nécessitent, dans une logique de projet, une capacité de "projection", et donc d'anticipation et de changement. C'est pourquoi les objectifs de management et de gestion de projet doivent trouver en fait à se combiner avec les considérants propres au processus et à l'organisation du travail en équipe pluridisciplinaire en EHPAD. En gardant à l'esprit que la personne, avec ses besoins, ses attentes, ses droits, ses capacités et ses préoccupations doit constituer le sens de toute action de l'équipe pluridisciplinaire.

Bibliographie

Ouvrages

- ABATE B. (2000). *La nouvelle gestion publique*. Coll. Systèmes. Ed. L.G.D.J.
- AMYOT J.J, VILLEZ A. (2001). *Risques, responsabilité, éthique dans les pratiques gérontologiques*. Paris, Ed. Dunod, Fondation de France
- ARENDT H. (1954) *La crise de la culture*. Paris, Gallimard
- AUBERT Ni. (2006). *Diriger et motiver*. Editions d'organisation
- BARAQUIN N. (2007). *Travail, Dictionnaire de philosophie*, Armand-Colin
- BRUN. J.P, DUGAS. N. *La reconnaissance au travail : analyse d'un concept riche de sens*.
- FABRE M. (1994). *Penser la formation*, Paris, PUF
- FLAMENT. C. (2003) *Structure et dynamique des représentations sociales. dans JODELET. D. Représentations sociales : un domaine en expansion*. Paris, PUF sociologie d'aujourd'hui
- GUILLAUME H., DUREAU G., SILVENT F (2002), *Gestion publique l'État et la performance*, Presses de sciences po et Dalloz, Paris
- HEGEL F. (1965), *La Raison dans l'histoire. Introduction à la philosophie de l'histoire (Die Vernunft in der Geschichte, 1822-1830)*, trad. UGE
- JODELET D. *Les représentations sociales*. Paris, PUF, 1989
- LUECKE R. et BARTLETT C. (2016). *L'essentiel pour manager*. Coll. HARVARD BUSINESS REVIEW. Editions Prisma
- MARINIER S. (2016). *Moi, manager ? Essai sur la légitimité et l'autorité managériale, de la philosophie à la pratique*. Coll. Vivre l'entreprise, série management et ressources humaines. Ed. L'harmattan
- MATRAY B. (2004) *La présence et le respect : Ethique du soin et de l'accompagnement*. Ed. Desclée de Brouwer
- MINTZBERG. H. (1994). *Le manager au quotidien, les dix rôles du cadre*. Paris : les Editions d'organisation
- NICOLESCU B. (1996), *La transdisciplinarité*, Manifeste, Editions du Rocher Monaco
- PENEFF J. (2009). *Le goût de l'observation. Comprendre et pratiquer l'observation participante en sciences sociales*, Paris: La Découverte/Grands repères

- PERRENOUD P. (1999). *Gestion de l'imprévu, analyse de l'action et construction de compétences*. Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation. Université de Genève
- Sous la direction de HEINRY H. (2016). *La fabrique du changement au quotidien. Paroles de directeurs*. Presses de l'EHESP

Revue et documentation professionnelles

- AQESSS, Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, Guide de gestion intégrée de la qualité, 2009.
- Dossiers Solidarité et Santé, DREES, n°57, décembre. 21 Septembre 2016. N°5 Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés
- Dossiers Solidarité et Santé, DREES, n°18, 2011. La vie en établissement d'hébergement pour personnes âgées du point de vue des résidents et de leurs proches
- DU BUIT C. (2014) Journal d'étude Clinique, « Le manque de communication, un conflit latent ». Diplôme d'Etat d'Educateur Spécialisé. Domaine de compétence 3 communication professionnelle. 1ère partie : Travail en équipe pluriprofessionnelle
- Étude prospective des métiers sensibles de la fonction publique hospitalière. Tome 2. Monographies de 10 métiers et groupes métiers sensibles. Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports. 2007 éditions de l'école nationale de la santé publique
- Frank JR et S. Brien, (corédacteurs) au nom du Comité directeur sur les compétences liées à la sécurité des patients. Les compétences liées à la sécurité des patients – L'amélioration de la sécurité des patients dans les professions de la santé. Ottawa (Ontario); Institut canadien pour la sécurité des patients; 2008.
- Gonzalez, G.R.E ; Claire-Louisor, J. ; Weill-Fassina, A. 2001. « Les activités d'intervention psychosocio-éducatives : une catégorie spécifique de la relation de service », Actes du Congrès de la self-ace, 76-82
- Les attentes de la personne et le projet personnalisé, ANESM, décembre 2008,
- Livre blanc sur l'avenir de la fonction publique : faire des services publics et de la fonction publique des atouts pour la France (Rapport Silicani, 2008)
- Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées. Recommandation ANESM. Juin 2008, p.9
- http://www.mobiquial.org/soins-palliatifs/SOURCES/SHARED-DIAPORAMAS/ORGANISATION/PDF/C3_EQUIP_PLURIDISCIPLIN_2015.pdf
- https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1601003/fr/travailler-en-equipe

Textes réglementaires

- Décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière
- Décret n° 2005-11 du 6 janvier 2005 fixant les conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques
- Décret n° 2008-824 du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière
- Décret n° 2016-1164 du 26 août 2016 relatif aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- Instruction n° DGCS/SD5C/2017/123 du 7 avril 2017 relative à la mise en œuvre des dispositions du décret relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux tarifs journaliers des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles

Articles

- Sous la direction de DOUSSOT Pierre, THIEBAUD Yves, "Du soin à la personne" INFIPP, Démarche et dossier de soins. Réflexion et pratique : 1990. Ch.4 : Au cœur de la méthode : la personne. p. 51 à 67
- « Les nouveaux métiers de la coordination » (2016), Module interprofessionnel de Santé Publique, EHESP, Groupe n°14, pp. 21-24
- BERNARD F. et VINCENT JOULE V. « Lien, sens et action : vers une communication engageante », Communication et organisation [En ligne], 24 | 2004, mis en ligne le 27 mars 2012
- DESROSIÈRES, A. (1998). "L'opposition entre deux formes d'enquête: monographie et statistique." p. 1-9 in Justesse et justice dans le travail, sd BOLTANSKI, L. et THÉVENOT, L. Paris: PUF.
- FRACCAROLI, Franco. « L'expérience psychologique de l'incertitude au travail », Le travail humain, vol. 70, no. 3, 2007, pp. 235-250.

- Gonzalez, G.R.E ; Claire-Louisor, J. ; Weill-Fassina, A. 2001. « Les activités d'intervention psychosocio-éducatives : une catégorie spécifique de la relation de service », Actes du Congrès de la self-ace, 76-82
- HUGHES, E.C. (1996). "La place du travail de terrain dans les sciences sociales." p. 267-279 in Le regard sociologique, sd HUGHES, E.C. Paris: Editions de l'EHESS.
- L'éthique est une compétence professionnelle (mars 2003). Tribune de NILLES J.J
- Marianne Muller (DREES), 2017, « 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015 », Études et Résultats, n°1015, Drees, juillet
- MARTY Christine, étudiante Cadre de santé (2007). La place et le rôle du cadre de santé dans l'unité de soins
- Monneraud, Lise. « Le regard des acteurs de santé sur le système de santé », Les Tribunes de la santé, vol. 23, no. 2, 2009, pp. 73-80.
- Peny, Bernard. « L'accompagnement dans la loi : entre rupture et continuité », Contraste, vol. 24, no. 1, 2006, pp. 153-165.
- Sylvie PLATON - Directrice d'EHPAD dans le Puy de Dôme, Représentante de l'ADPA au Comité d'Orientation Stratégique de l'ANESM, Déléguée Régionale de la F.H.F. pour le secteur médico-social. Interview pour ANAP.fr du 18 juillet 2013
- Tourmen, Claire. « Activité, tâche, poste, métier, profession : quelques pistes de clarification et de réflexion », Santé Publique, vol. vol. 19, no. hs, 2007, pp. 15-20.


Sites internet

- ANESM <http://www.anesm.fr/>
- ANAP <http://www.anap.fr/>
- CAIRN, <http://cairn.info/>
- Centre national des ressources textuelles et lexicales, par le CNRS <http://www.cnrtl.fr/>
- Haute Autorité de Santé Publique <http://www.has.fr/>
- Légifrance <http://www.legifrance.fr/>
- Ministère des Solidarités et de la Santé <https://sante.fr/>
- Portail d'information pour les personnes âgées et leurs familles <http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/>
- <http://www.grimes.fr/formation-deaees-diplome-detat-daccompagnant-educatif-et-social>
- <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/spip.php?page=fiche-sousfamille&idsubfam=67>

Liste des annexes

Annexe 1 – Résultats du questionnaire autour des enjeux du travail en équipe pluridisciplinaire en EHPAD

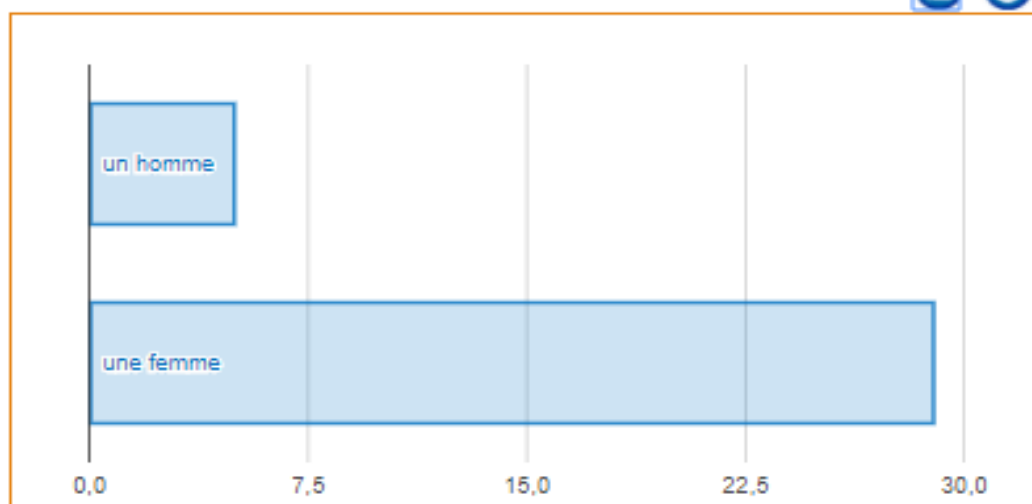
4 Suivi des réponses à votre questionnaire

Questionnaire	
Nom questionnaire	Enquête sur le travail en équipe pluridisciplinaire en ESMS
Créateur	maria.brajeul@eleve.ehesp.fr
Date création questionnaire	23-06-2017
Nombre de questions	23
Nombre de questions obligatoires	22
Bilan des réponses	
Nombre total de destinataires	34
Nombre de destinataires ayant répondu	34
Pourcentage de destinataires ayant répondu	 100%

Résultats de votre questionnaire

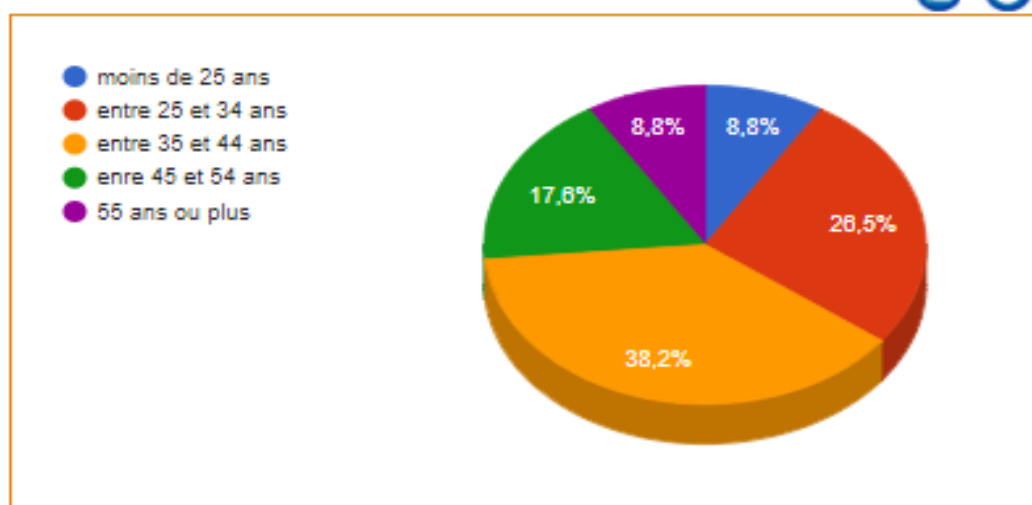
1. Vous êtes
Question obligatoire

Synthèse des réponses



2. Vous avez
Question obligatoire

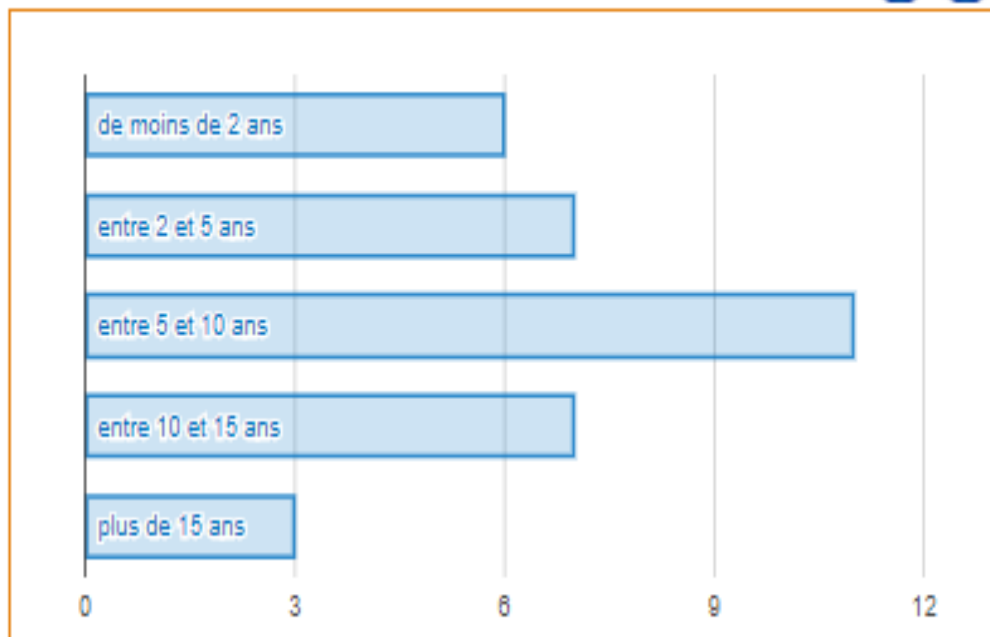
Synthèse des réponses



3. Votre ancienneté dans la structure est

Question obligatoire

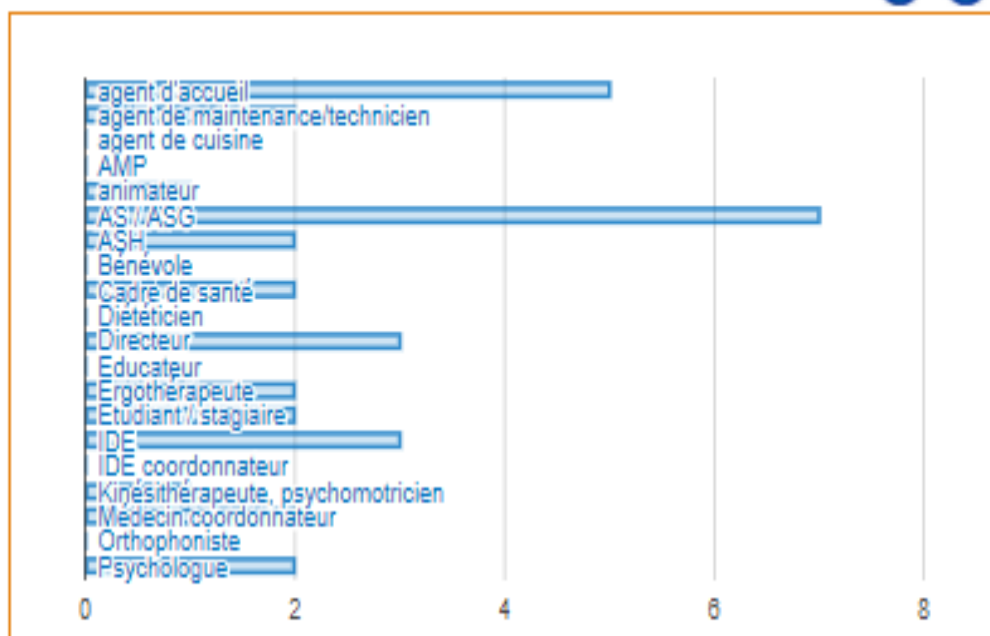
Synthèse des réponses



4. Votre fonction est

Question obligatoire

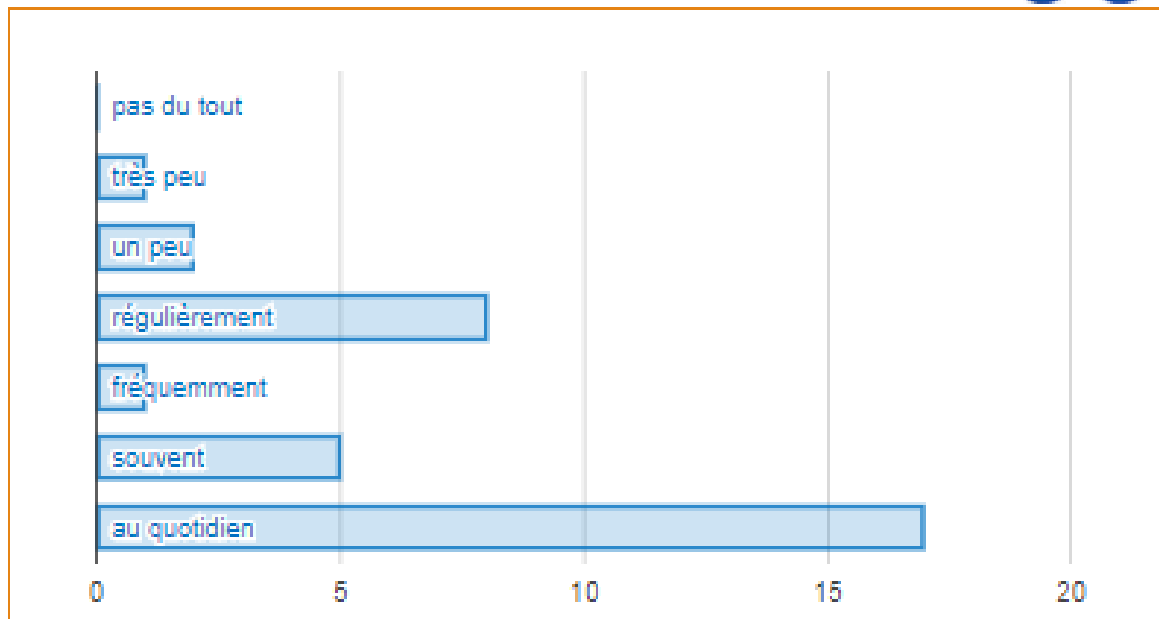
Synthèse des réponses



5. Dans votre quotidien, avez-vous l'impression de travailler en équipe ? Pourquoi ?

Question obligatoire

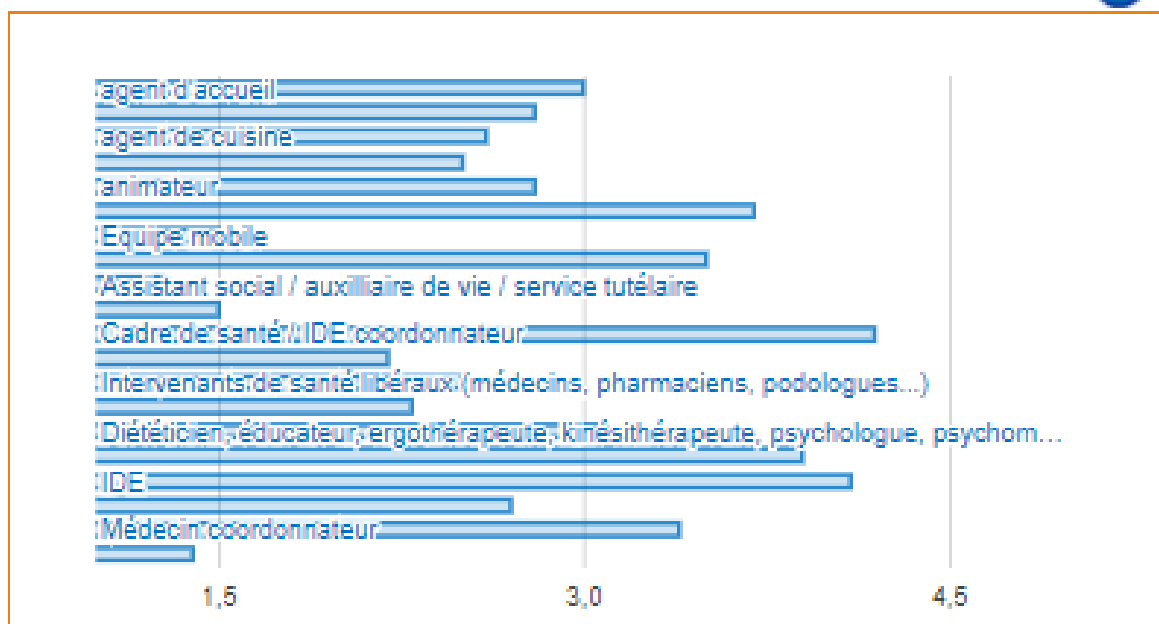
Synthèse des réponses



6. Avec quels intervenants travaillez vous le plus ? (le moins = 1; le plus = 5. Plusieurs réponses possibles par niveau de priorité)

Question obligatoire

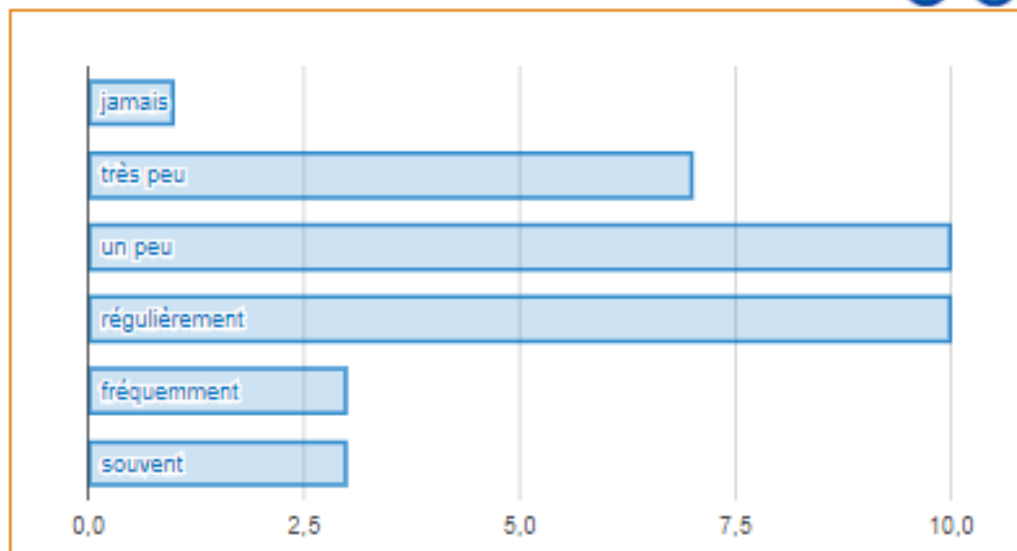
Synthèse des réponses



7. Avez-vous l'occasion d'échanger tout de même avec les personnes avec qui vous considérez travailler le moins ? Si oui, dans quel cadre ?

Question obligatoire

Synthèse des réponses



8. Avec quels collaborateurs pensez-vous travailler le mieux ? Pourquoi ?

Question obligatoire

Destinataires	Réponses
U4uGc7rMe4Z	Aide soignant
U6tyoHbKgLO	Cadres de santé. Le directeur est très peu présent dans les structures en raison du nombre d'établissements qu'il a en gestion (4). Les médecins sont difficilement joignables, très peu disponibles en raison du nombre de résidents en soin (950). La taille de la structure fait des cadres de proximité les premiers interlocuteurs pour accompagner les équipes.
U7vdkXdFkqK	binome cadre
UB1tBkXNUa2	direction, cadre, ide, as,ashq,sos medecins
UcicLXb2l6X	las as et ash
UCJmacYDASx	Mes collègues à l'administration
UCLMA2097Qd	infirmier Ash. Aide soignant nous relevons du décret de l'infirmier qui nous délègue des soins sous sa responsabilité. l'ASH nous

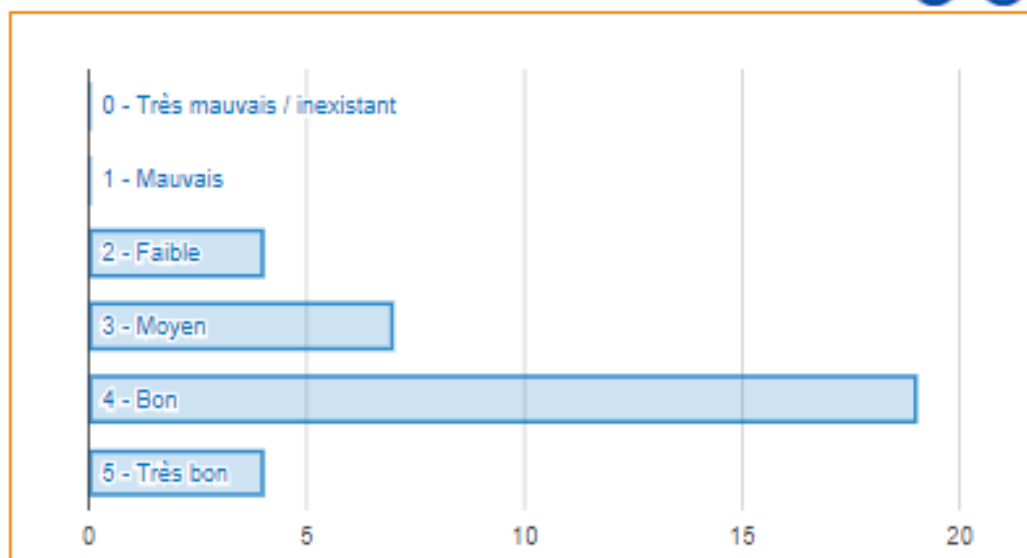
	accompagne pour certains accompagnement à la toilette au quotidien pour des transferts de résidanst et pour assurer les taches alimentaires
UcWKVyl3ejL	avec mes collègues de l'administration
UDIBv9CKN2h	as / ash / ide car en lien direct
UERtA7Zd2LJ	Directeur qui donne les grandes lignes
Ug8LfFxLQrj	Les Aide soignant et ASH
UhNMBB8o2ej	infirmière coordinatrice qui est véritablement le bras droit pour gérer toute sorte de difficultés
Ujnnk0C87tg	Directeur, IDE, Animateur, psychologue, ergothérapeute.
Uk259H2rTnZ	Un cadre de santé, l'ergo, l'animatrice, l'équipe administrative, l'équipe IDE, le médecin co, la psychologue, le responsable maintenance et le responsable de cuisine.
UKLo1Oo647N	Avec Collègue Accueil, IDEC et Directeur : collaborateurs au quotidien, relation directe (pour les autres intervenants, les contacts sont moins réguliers et peuvent passer par support communication (mail, logiciel de transmissions interne, etc...))
Uml3v7QrQbL	tous de part ma fonction
UppMCpV50JV	Avec animatrice, médecin coordonnateur, cadre de santé, directeur, ergothérapeute et IDE. Nous définissons ensemble la ligne directrice de nos actions.
UQHh1IV9f69	equipe soignante
UqMs2vTDvhW	psychologue, ergothérapeute, IDE: partenaires les plus proches de mon métier
Ur1slxuQ3ju	Avec les AS car c'est un échange bilatérale. Chacun est à l'écoute de l'autre. Les conseils prodigués sont appliqués et elles sont très en demande.
URcfSLuj2Kz	les AS et ASH de l unité où je travaille car heureusement nous avons une bonne cohésion d'équipe et on sait s'écouter pour s'améliorer et s'entraider
URO5lq2pNRD	AS, IDE, IDEC car ce sont les personnes que je rencontre le plus dans les services

UulpZzLg9u5	cadre de santé, directeur, adjoint, ergothérapeute, IDE
UvihzINEgtJ	Directrice. Travail au quotidien, encadrante de stage.
UWjUmB4n8bD	Ergothérapeute, éducateur sportif, médecin coordonnateur. Par la proximité des bureaux et les projets communs
UwSE5Huq70n	Les soignants et les techniciens, car coeur de métier différent
UwUsGUScsiy	cadre IDE, direction.
UXqcx7BszW6	Les AMP car elles font parties du même service, nous avons le même bureau nous nous voyons plusieurs fois par jours
UXQHY8jr6px	les aide soignantes c'est elles qui dirigent mes soins
Uyi9eqaWMya	IDEC, médecin co, agent d'accueil, direction, ASG, AMP (projets spécifiques dont accueil de jour donc des collègues avec qui je travaille quotidiennement)
Uyj6CTXXUQC	As ash et amp car c est mes plus proche collaboratrice
Uz3umqm6u6W	les AS/ASH et IDE
UZcR6gQWJgG	AS ou IDE, ceux avec lesquels je partage la vision de notre travail, le même fonctionnement.
UzZCWtR8h6l	cadres

9. Sur une échelle de 0 à 5, à combien évaluez-vous la qualité d'écoute et de prise en compte de votre avis ?

Question obligatoire

Synthèse des réponses



10. Quelles sont vos remarques positives et négatives sur la qualité d'écoute et de prise en compte de votre avis ?
Question obligatoire

Destinataires	Réponses
U4uGc7rMe4Z	Les remarques ne sont ni positives ni négatives , elles sont là pour apporter un confort et une qualité pour des prise en charge individuel optimal
U6tyoHbKgLO	La position de direction biaise la réponse. L'autorité de la fonction facilite beaucoup la prise en compte de l'avis donné. Néanmoins, je pense que la qualité d'écoute et de prise en compte des avis de chacun repose sur une dose de contradictoire dans les débats/un management par la concertation.
U7vdkXdFkqK	peu d'écoute par ma hiérarchie
UB1tBkXNUa2	bonne ecoute de la part de la direction, parfois plus difficile avec les as et ashq que se soient de jour ou de nuit
UcicLXb2l6X	pas assez écouté
UCJmacYDASx	Non cadre parole moins écouté
UCLMA2097Qd	-
UcWKVyl3ejL	ras
UDIBv9CKN2h	les décisions sont souvent present en amont.
UERtA7Zd2LJ	Bonne qualité d'écoute du fait de la taille de la strucutre
Ug8LfFxLQrj	On n'est pas toujours écouté lors de nos transmissions
UhNMBB8o2ej	négatif : il faut répéter les mêmes consignes très régulièrement positif : un climat de confiance est instauré
Ujnnk0C87tg	Je ne sais pas si mon avis est pris en compte, pas de retour sur les transmissions que je fais sur le dossier de soins.
Uk259H2rTnZ	Bonne prise en compte de mes avis et de mon côté j'accepte de revoir certaines positions.
UKLo1Oo647N	Les informations transmises sont écoutées qu'elles soient

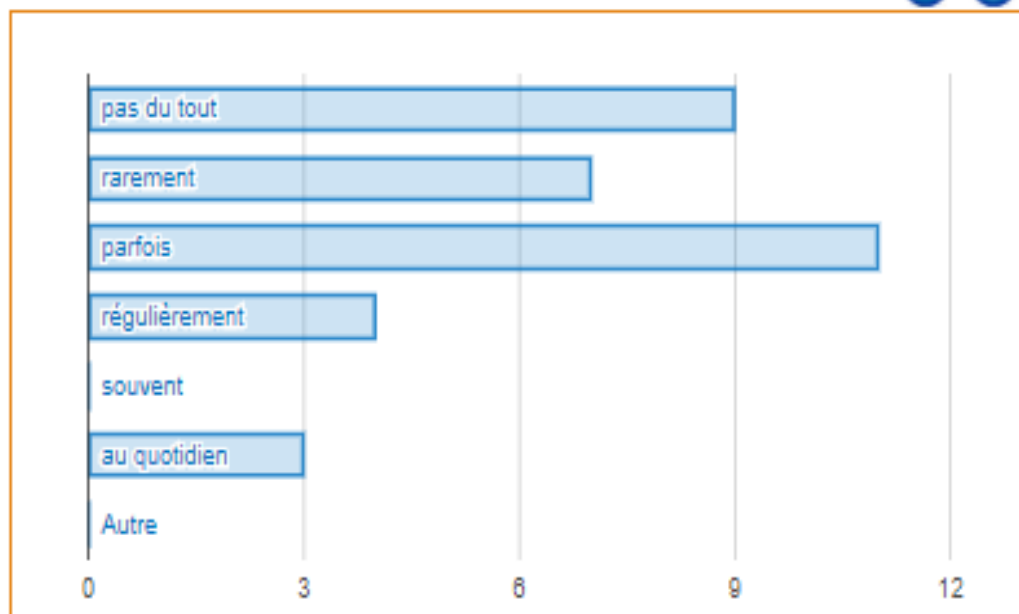
	positives ou négatives.
Uml3v7QrQbL	L'entente cordiale et professionnelle est nécessaire pour faire avancer les projets
UppMCpV50JV	Mon avis est pris en compte, comme celui des autres corps de métier. Cela ne signifie pas qu'il est toujours accepté et "respecté", mais il a une place dans un ensemble.
UQHh1IV9f69	l'ecoute est rapide dans l'equipe soignante c'est positif par contre sur un point plus administratif c'est plutot negatif
UqMs2vTDvhW	+ : respect de mes compétences - : parfois difficulté pour les soignants de mettre en œuvre les consignes, qui demandent du temps ou une remise en question de pratiques
Ur1sIxuQ3ju	remarques positives : travail à temps plein au sein de la structure qui permet un suivi des conseils prodigués et qui obligent à avoir un rôle qui va au-delà du rôle de l'ergothérapeute. Remarques négatives : lors des transmissions, place difficile à trouver compte tenu du nombre d'informations "soignants" à donner
URcfSLuj2Kz	malgré le fait qu'on nous dise que la direction a confiance en ses équipes nous nous sentons constamment épié et en attente que l'un d'entre nous fasse une erreur. Il nous est parfois difficile de travailler dans ce climat, pour le bien être du résident et le notre.
URO5lq2pNRD	Les remarques sont entendues mais manquent de suivi sur le long terme, dû sans doute à un manque de communication entre les équipes et à mon temps de présence insuffisant.
UulpZzLg9u5	l'écoute est là mais l'inertie est encore importante pour l'applications de mes conseils.
UvihzINEgtJ	+ : réelles discussions et échanges. - : position d'élève directeur peu facile dans certaines circonstances. Sur certaines décisions le directeur tranche malgré des arguments pertinents en faveur de la position inverse...
UWjUmB4n8bD	Pas d'idée

UwSE5Huq70n	Direction souvent occupée
UwUsGUScsiy	Mon avis est écouté et pris en compte. Le plus souvent, il est attendu et on me sollicite pour avoir mon avis =[>] Rôle du médecin coordonnateur
UXqcx7BszW6	Je n'ai pas encore eu l'occasion
UXQHY8jr6px	la qualité d'écoute est tres bonne avec les aide soignantes du moment qu'on les respecte et respecte aussi leur avis cela doit etre un echange , avec les médecins je suis moins écouté ou longtemps après
Uyi9eqaWMya	Il faut je crois travailler sur la représentation d'un psychologue au début, qui n'est pas formé qu'à l'écoute. Il est capable de mener des projets, des analyses institutionnelles, a une connaissance globale des individus et des groupes. Nous sommes dans un milieu FPH, avec un fonctionnement hiérarchique donnant grande place au médecin. IL faut faire sa place mais ça se fait.
Uyj6CTXXUQC	L écoute pour le bien-être du resident est toujours pris en compte celui de notre bien-être professionnel beaucoup moins
Uz3umqm6u6W	on peut donner notre avis et dire ce qu on attend mais j ai pas l impression d'être entendu à chaque fois (exemple notre détresse face à des résidents difficiles ou alors face à la douleur des résidents...)
UZcR6gQWJgG	Etre écouté ne veut malheureusement pas toujours dit être entendu..
UzZCWtR8h6I	aucune

11. Vous arrive-t-il de vous sentir isolé ? Pourquoi ?

Question obligatoire

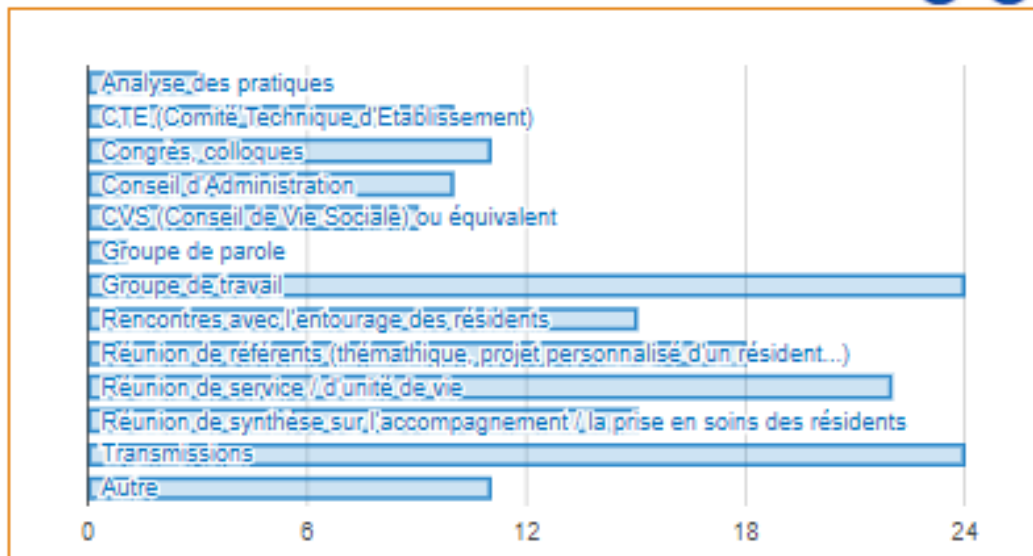
Synthèse des réponses



12. A quels types de réunion participez-vous ?

Question obligatoire

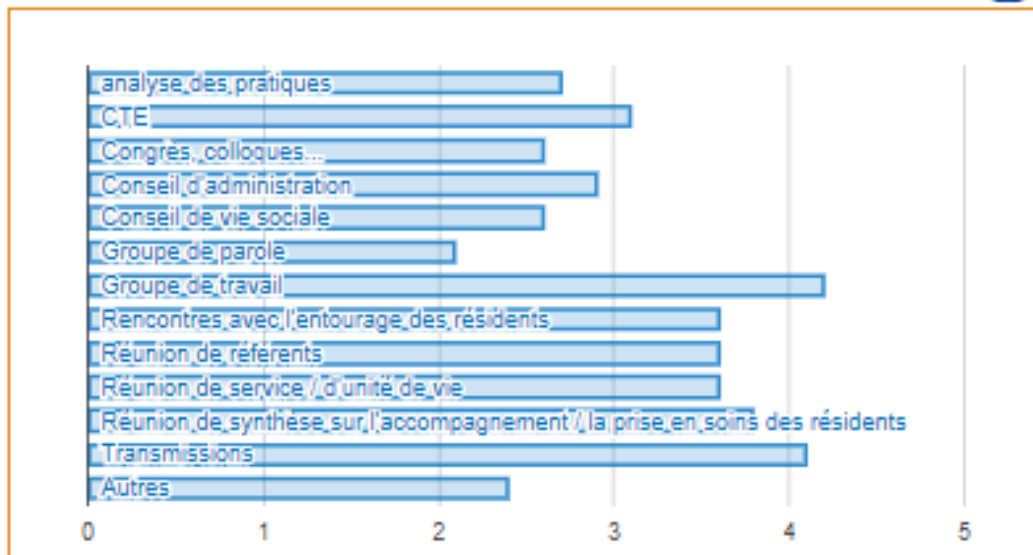
Synthèse des réponses



13. Pour les réunions auxquelles vous participez le plus, pouvez-vous citer celles que vous considérez comme les plus utiles dans votre travail: (le moins utile = 0; le plus utile = 5. Plusieurs réponses possibles par niveau de priorité)

Question obligatoire

Synthèse des réponses



14. Lors de ces réunions, la prise de parole est-elle facile pour vous ? Pourquoi ?

Question obligatoire

Destinataires	Réponses
U4uGc7rMe4Z	Tout dépend.

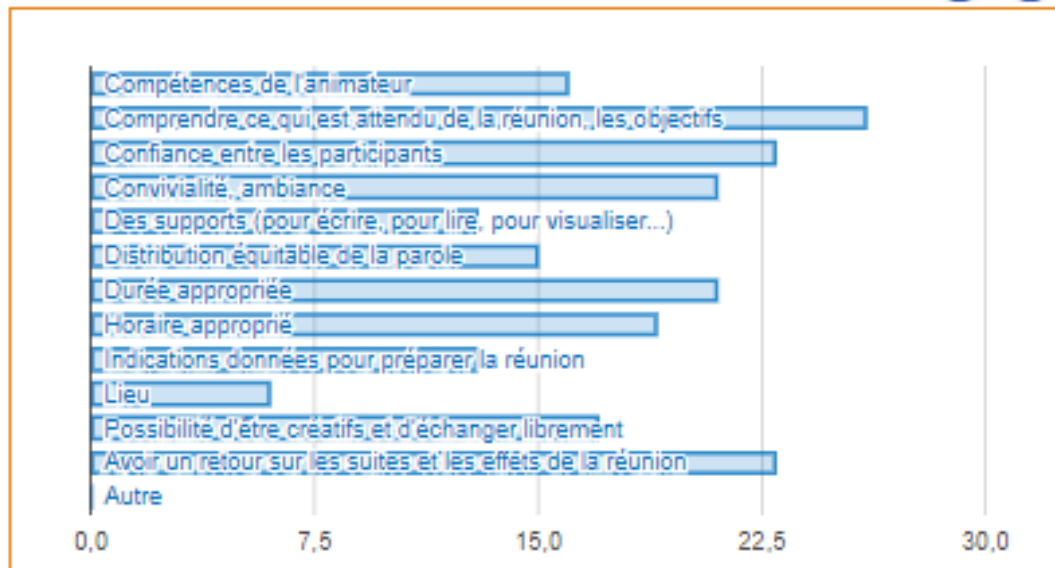
U6tyoHbKgLO	Oui ; en raison de la position de direction
U7vdkXdFkqK	oui
UB1tBkXNUa2	oui
UcicLXb2I6X	oui
UCJmacYDASx	Pas forcément car l'impression de ne pas toujours être écouté
UCLMA2097Qd	chaque acteur peut prendre la parole autant qu'il le veut dans le respect des règles de bienséance afin de relater des observations ou proposer des objectifs
UcWKVyl3ejL	je ne prends jamais la parole sauf si on m'interpelle, j'écoute et je prend des notes
UDIBv9CKN2h	non. pas a l'aise.
UERtA7Zd2LJ	Oui
Ug8LFFxLQrj	Oui mais pas on n'est pas souvent écouté, les transmission sont trop courte
UhNMBB8o2ej	oui le positionnement du directeur reste très respecté. les sujets abordés sont maitrisés ce qui permet de ne pas stresser
Ujnnk0C87tg	Oui, sauf des transmissions ce sont plus des échanges médicaux que je ne peux pas intervenir.
Uk259H2rTnZ	Oui étant le directeur.
UKLo1Oo647N	non, pas d'aisance dans la prise de parole, mais j'y travaille et le déroulement des réunions s'y prête généralement
Uml3v7QrQbL	Oui, pour alimenter les débats, animer les réunions, apporter des idées, ...
UppMCpV50JV	Oui, parce que cette une parole attendue par rapport à certaines situations
UQHh1IV9f69	chaque questionnement peut avoir son utilité
UqMs2vTDvhW	facile: réunions en petits groupes, connaissance des personnels, des thématiques; organisation des réunions avec leader éveiller, animateur...

Ur1slxuQ3ju	Oui, discussion sur l'accompagnement globale des résidents
URcfSLuj2Kz	oui car j'ai facilité à exprimer mes demandes et attentes
URO5lq2pNRD	Cela dépend du nombre de personnes car je ne suis pas très à l'aise pour prendre la parole devant une grande assemblée.
UulpZzLg9u5	oui vis à vis de mes fonctions
UvihzINEgtJ	Oui. Ce sont des réunions dans lesquelles tout le monde est susceptible de s'exprimer. L'écoute est bienveillante.
UWjUmB4n8bD	Non, je n'ai pas forcément de commentaire à faire à l'instant t. Concernant les résidents, la prise de parole est au contraire plus évidente
UwSE5Huq70n	oui car j'ai pris l'habitude de m'exprimer en public mais ca n'a pas toujours été le cas et je comprends les personnes qui n'osent pas
UwUsGUScsiy	oui
UXqcx7BszW6	oui car lors des temps de référence PVp l'animateur a une place importante
UXQHY8jr6px	oui du moment que cela reste un échange entre plusieurs acteurs
Uyi9eqaWMya	oui, la place est donnée à chacun. Je pense ne pas rencontrer de difficultés aussi à m'exprimer devant un groupe également
Uyj6CTXXUQC	Oui car je suis une personne qui participe et aime s investir dans son travail pour faire évoluer les choses
Uz3umqm6u6W	oui suivant les réunions il en va de mon rôle de délégué.
UZcR6gQWJgG	Pas toujours : selon les personnes participantes, il faut parfois savoir s'imposer pour au moins être écouté..
UzZCWtR8h6l	oui

15. Qu'est ce qui est important pour vous lors de ces réunions?

Question obligatoire

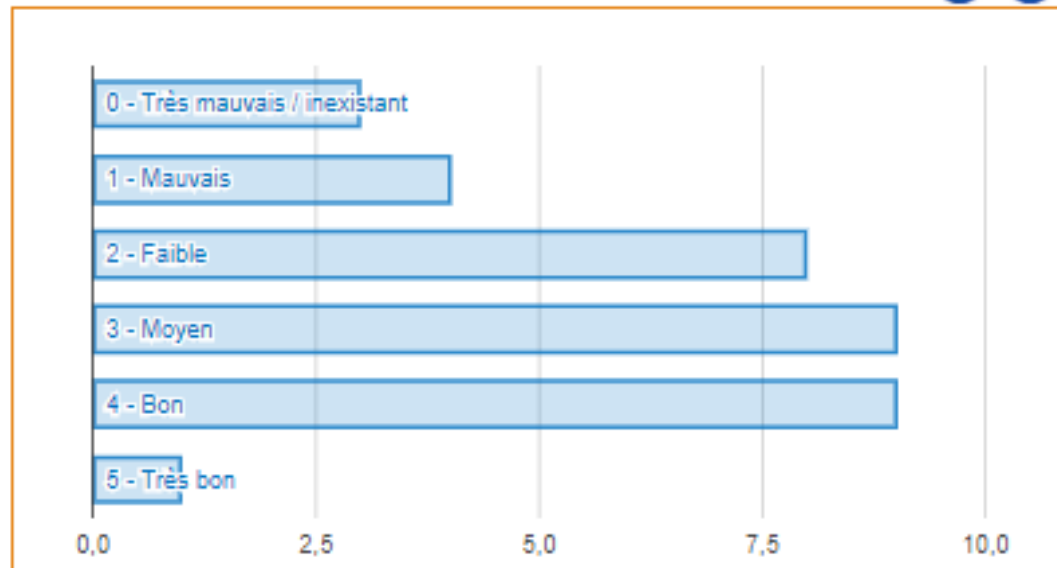
Synthèse des réponses



16. Sur une échelle de 0 à 5, à combien évaluez-vous l'adéquation entre votre travail / vos compétences et votre rémunération ?

Question obligatoire

Synthèse des réponses

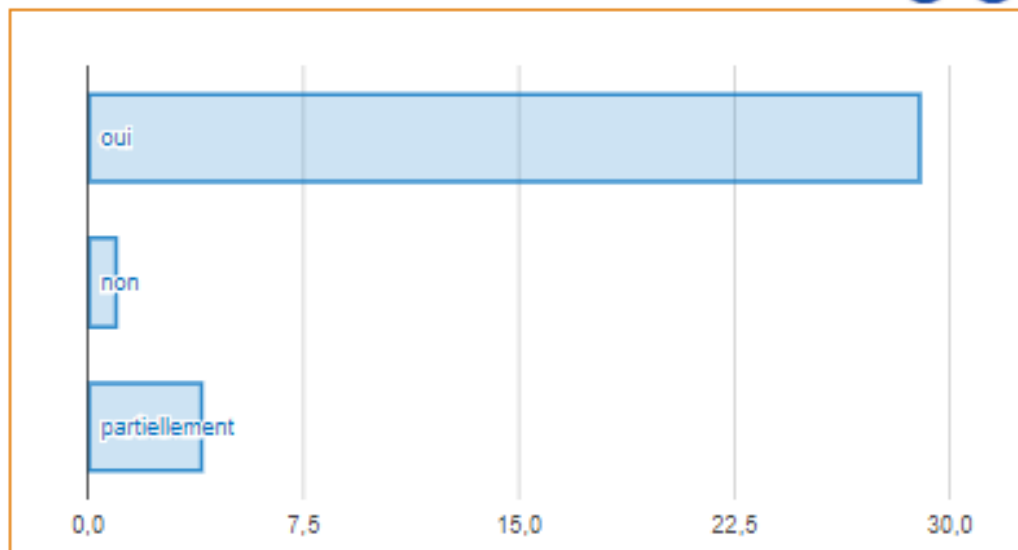


Voici une proposition pour définir la notion d'équipe pluridisciplinaire :
« Groupe de personnes de formations diverses, ayant la volonté de travailler ensemble et de façon complémentaire, autour de valeurs communes, pour une meilleure qualité de soins et de vie des résidents et de leurs proches ».

17. Trouvez-vous cette définition pertinente ? Ajouteriez-vous un élément ?

Question obligatoire

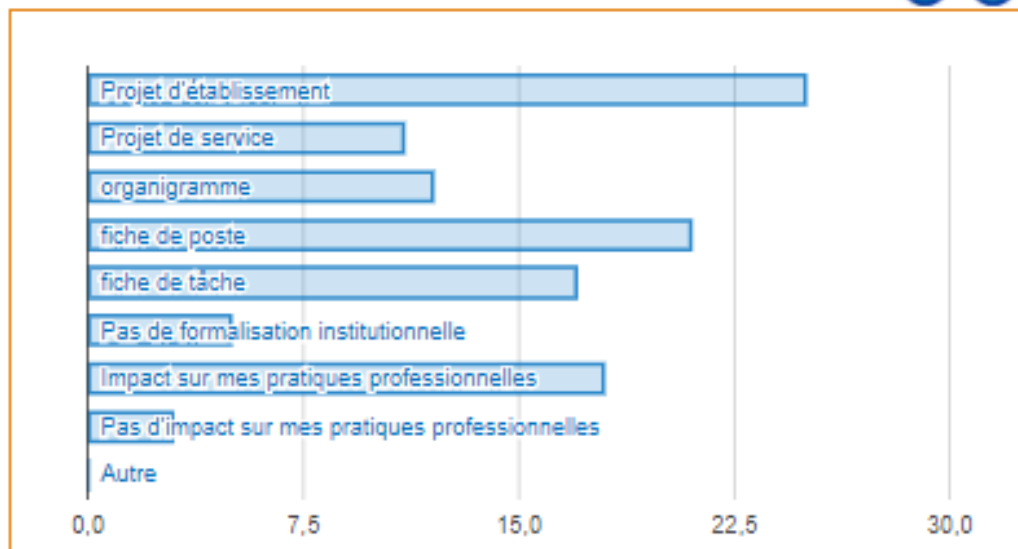
Synthèse des réponses



18. Le travail en équipe pluridisciplinaire est-il formalisé dans l'organisation institutionnelle ? Si oui, pensez vous que cela impacte vos pratiques professionnelles ?

Question obligatoire

Synthèse des réponses



Destinataires	Réponses
U4uGc7rMe4Z	oui
U6tyoHbKgLO	partiellement Commentaires : Le but de l'équipe disciplinaire est-il nécessairement de travailler pour une

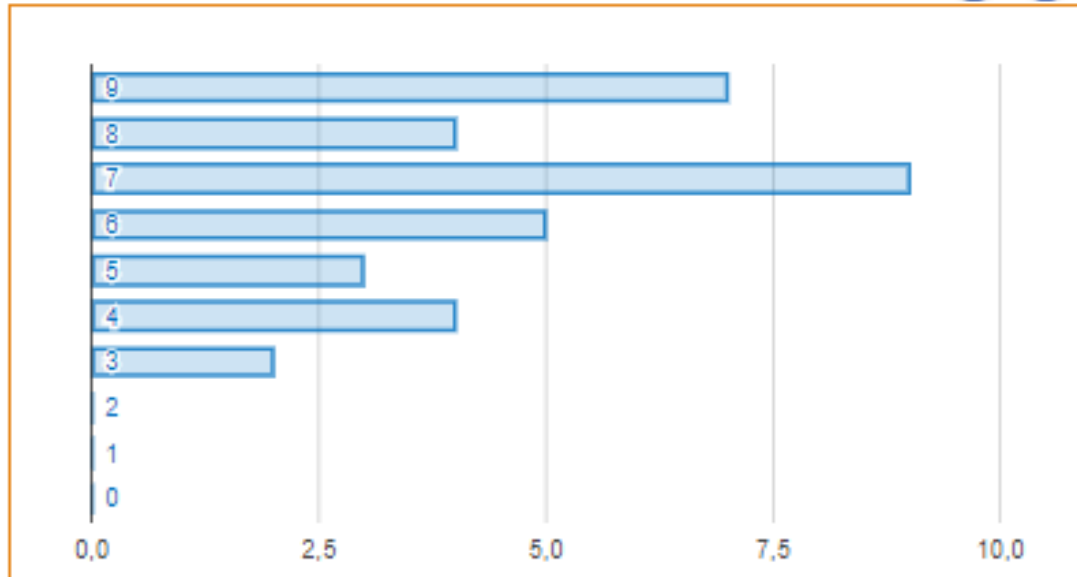
	meilleure qualité de soins et de vie ? La pluridisciplinarité ne participe-t-elle à la qualité de vie au travail et à la reconnaissance de la valeur professionnelle des agents ? Cette définition ne prend également en compte que la formation personnes. Cela sous entend qu'il s'agit de professionnels uniquement. N'y a-t-il pas possibilité de faire entrer dans ces équipes des "non-professionnels" : résidents, aidants familiaux, bénévoles ... ?
U7vdkXdFkqK	oui
UB1tBkXNUa2	oui
UcicLXb2l6X	oui
UCJmacYDASx	oui
UCLMA2097Qd	partiellement Commentaires : les familles ont de plus en plus de mal à comprendre notre travail au quotidien, ne voyant pas ou ne voulant pas vouloir voir leur parent vieillir. ils nous arrivent fréquemment d'être au première ligne d'une certaine tension auprès de ces derniers, remettant la qualité de notre accompagnement en cause. je trouve ça dommage car ils ont un role primordial également dans l'accompagnement
UcWKVyl3ejL	oui
UDIBv9CKN2h	oui Commentaires : l'écoute
UERtA7Zd2LJ	oui Commentaires : Ne pas oublier la qualité de vie au travail
Ug8LfFxLQrj	oui
UhNMBB8o2ej	oui Commentaires : dans le respect de chacun et de chaque fonction
Ujnnk0C87tg	oui
Uk259H2rTnZ	oui
UKLo1Oo647N	oui
Uml3v7QrQbL	non

UppMCpV50JV	oui
UQHh1IV9f69	oui
UqMs2vTDvhW	oui
Ur1sIxuQ3ju	oui
URcfSLuj2Kz	partiellement Commentaires : on peut ajouter savoir écouter et se remettre en question
URO5lq2pNRD	oui
UuIpZzLg9u5	oui
UvihzINEgtJ	oui
UWjUmB4n8bD	oui
UwSE5Huq70n	oui
UwUsGUScsiy	oui
UXqcx7BszW6	oui Commentaires : Pour être responsable d'un service et d'une équipe je trouve étonnant que les animateurs soient moins payés que les AMP. Les animateurs ont plus de responsabilité . Pour le niveau de formation je trouve que un niveau BAC c'est suffisant.
UXQHY8jr6px	oui Commentaires : et que tout le monde soit satisfait de son travail
Uyi9eqaWMya	oui
Uyj6CTXXUQC	oui
Uz3umqm6u6W	partiellement Commentaires : en acceptant d'écouter les idées, attentes, demandes de chacun
UZcR6gQWJgG	oui
UzZCWtR8h6l	oui

19. Selon vous, sur une échelle de 0 à 9, le travail en équipe pluridisciplinaire est-il une réalité dans le fonctionnement de l'établissement au quotidien (9), ou pas du tout (0) ?

Question obligatoire

Synthèse des réponses



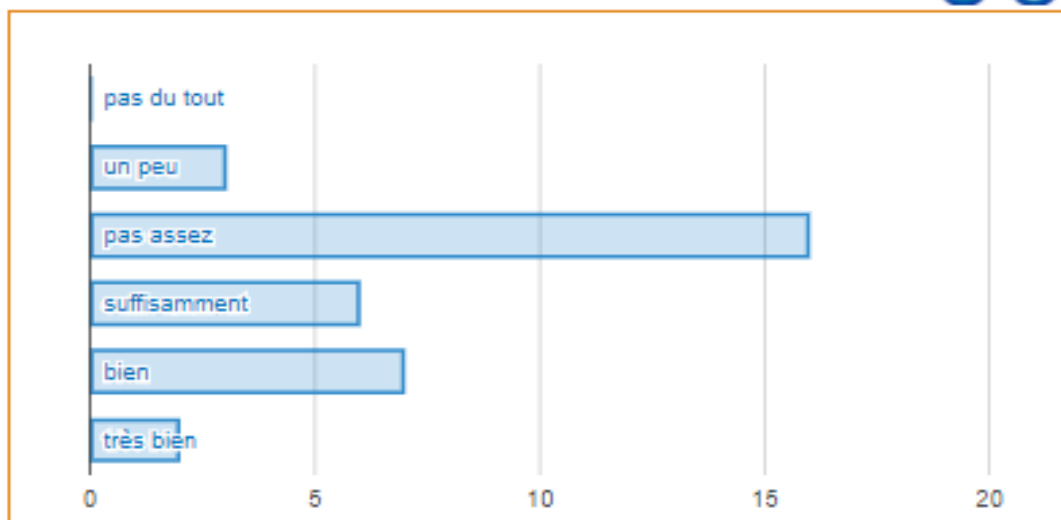
Moyenne

6.6

20. Pensez vous que vos collègues connaissent suffisamment votre travail ?

Question obligatoire

Synthèse des réponses



21. Pensez vous que votre rôle est bien défini dans l'organisation ? Pourquoi ?

Question obligatoire

Destinataires	Réponses
U4uGc7rMe4Z	Biensur, il est le maillon essentiel entre les hoteliers, les services extérieurs, les aides soignants, le médecin, les kinésithérapeute, la pharmacie, les cuisines les secrétaires médicales, les autres structures, les familles et le cadre de santé
U6tyoHbKgLO	Non. Manque de communication sur les attributions et le rôle de chacun. Cela complexifie l'intervention de la bonne personne au bon moment auprès de la bonne personne.
U7vdkXdFkqK	oui
UB1tBkXNUa2	oui
UcicLXb2l6X	pas toujours
UCJmacYDASx	OUI CAR FICHE DE POSTE ET DE TACHE
UCLMA2097Qd	oui
UcWKVyl3ejL	ras
UDIBv9CKN2h	oui, mais peut être pas assez mise en valeur ou reconnu.
UERtA7Zd2LJ	oui. La direction joue un rôle important, elle doit légitimer la fonction de chacun.
Ug8LfFxLQrj	Pas toujours, on est dans les soins pas au ménage.
UhNMBB8o2ej	oui le directeur d'ehpad n'a normalement pas de difficultés à se positionner
Ujnnk0C87tg	Non, les fonctions au sein de l'équipe non connues, les fonctions des "soignants" sont valorisées et reconnues.
Uk259H2rTnZ	Oui car directeur
UKLo1Oo647N	oui
Uml3v7QrQbL	Oui, en tant que référente RH
UppMCpV50JV	Oui, parce que les demandes de mes collègues sont en rapport direct avec mes compétences.
UQHh1lV9f69	oui, fiches de tâches
UqMs2vTDvhW	mon rôle est défini par décret, et donc dans l'organisation de base, mais je déborde de mes missions pour rendre service

	dans le cadre de l'accompagnement du résident
Ur1sIxuQ3ju	Il est défini au niveau organisationnelle mais partiellement connu des différents professionnels au sein de l'EHPAD
URcfSLuj2Kz	oui nos fiches de postes et de tâches sont mises à jour, chaque minutes de notre temps de travail est bien défini
URO5Iq2pNRD	Pas complètement, car certaines personnes assimilent ma fonction à un technicien de maintenance.
UulpZzLg9u5	oui
UvihzINEgtJ	Rôle de l'élève directeur particulier...
UWjUmB4n8bD	Oui
UwSE5Huq70n	ca va mais manque de dialogue et de moments/lieux d'échanges
UwUsGUScsiy	oui
UXqcx7BszW6	oui, les fiches de poste sont précises
UXQHY8jr6px	non car nous faisons beaucoup de travaux de cadre et de secrétariat (prise de rdv,...)
Uyi9eqaWMya	les résidents ont compris, les équipes également, les partenaires extérieurs. Si par hasard, je vais quelque chose en dehors, pour aider, les équipes soulignent que ce n'est pas à moi de faire cela.
Uyj6CTXXUQC	Oui n ai un rôle mais on nous en demande toujours plus
Uz3umqm6u6W	oui tout est écrit et notre journée est établi sur une journée à la minute près pas un instant de vide
UZcR6gQWJgG	Notre rôle est bien défini.
UzZCWtR8h6l	oui

22 ; Pour finir, quelles sont pour vous les qualités nécessaires pour travailler au sein d'un établissement médico-social, au-delà de la fonction exercée ?

Question obligatoire

Destinataires	Réponses
U4uGc7rMe4Z	L écoute, la disponibilité, l amour de son travail

U6tyoHbKgLO	De la disponibilité ; de l'humilité ; de l'écoute.
U7vdkXdFkqK	patience et écoute
UB1tBkXNUa2	le travail en equipe dans le meme sens et la meme but
UcicLXb2l6X	patience ecoute
UCJmacYDASx	SAVOIR ETRE A L ECOUTE, SOURIANT, PATIENT, RESPECT DE LA CONFIDENTIALITE
UCLMA2097Qd	etre à l écoute, respectueux, disponible, observateur, diplomate, calme, pédagogue
UcWKVyl3ejL	savoir travailler en équipe, être à l'écoute
UDIBv9CKN2h	ECOUTE, RESPECT, TRAVAIL EN EQUIPE
UERtA7Zd2LJ	Ecoute, partage, tolérance
Ug8LfxLQrj	Ecoute, patience, bientraitance, sérieuse, secret professionnel
UhNMBB8o2ej	écoute du personnel et de ses difficultés, ne pas se laisser influencer, tenter de rester neutre sur certains sujets, ne pas réagir à chaud
Ujnnk0C87tg	Disponibilité, écoute
Uk259H2rTnZ	Etre polyvalent et toujours savoir que ce que l'on fait nous le faisons pour les usagers qui en EHPAD sont les résidents.
UKLo1Oo647N	Être capable d'écouter, de s'adapter à chacun, avoir un bon relationnel. Être force de proposition, avoir envie de faire avancer, d'améliorer, l'organisation au quotidien.
Uml3v7QrQbL	Etre à l'écoute, disponible et ne pas oublier que nous sommes au service des personnes accueillies
UppMCpV50JV	Savoir partager ses pratiques et questionnements.
UQHh1IV9f69	avoir de l'empathie
UqMs2vTDvhW	écoute, disponibilité, diplomatie, patience et empathie
Ur1slxuQ3ju	Qualité d'écoute, respect des autres professionnels, échange et soutien mutuels
URcfSLuj2Kz	l esprit d'équipe, l'écoute, la volonté d'accompagner les résidents avec les moyens octroyé, la disponibilité et

	l'empathie
URO5lq2pNRD	Qualité d'écoute, d'empathie, respect de l'autre
UulpZzLg9u5	aidé son prochain
UvihzINEgtJ	Base : politesse et communication cadrée.
UWjUmB4n8bD	Le travail en équipe, l'adaptabilité en fonction de l'état de santé ou les envies des résidents.
UwSE5Huq70n	empathie, discernement, gout du contact humain, disponibilité, technique, curiosité
UwUsGUScsiy	être bienveillant, être patient et avoir de l'empathie
UXqcx7BszW6	écoute, bienveillance, patience
UXQHY8jr6px	patiente , empathie et écoute++++ au niveau des résidents un soin n'est pas forcément un pansement
Uyi9eqaWMya	humilité, adaptation, ouverture d'esprit
Uyj6CTXXUQC	Aimer le travail en équipe, vouloir travailler pour le bien-être d autrui
Uz3umqm6u6W	écoute, empathie, bienveillance, patience
UZcR6gQWJgG	Ecoute, confiance, détermination
UzZCWtR8h6l	courage, volonté

23. Si vous souhaitez avoir un retour sur les résultats de l'enquête, veuillez inscrire votre adresse email :

Nombre de réponses

Nombre de réponses

18

Pourcentage de réponses

 53%

Annexe 2 – Compte rendu d'un point de cohérence sur les réunions institutionnelles au sein de l'établissement de stage

Compte rendu de réunion – 5 mai 2017

Point de cohérence sur les réunions existantes.

Présents : directeur, directrice stagiaire, Infirmière coordinatrice

1. OBJECTIFS DE LA REUNION

Evaluer la cohérence et l'adéquation des réunions internes existantes aux besoins (en communication et en coordination) de l'équipe pluridisciplinaire, pour proposer un accompagnement de qualité aux résidents.

2. ETAT DES LIEUX DE L'EXISTANT

Intitulé	Fréquence indicative	<u>Animateur</u> et participants	Objectif	Constat au 05/05/17
Commission d'admission	1 fois/ mois	directeur + médecin co. + 1 IDE + agent de l'accueil	étudier les dossiers d'admission en amont afin de permettre une entrée préparée	Fonctionne bien en l'état, retours fréquents d'usagers par rapport à la considération qui leur est portée
Transmissions soignantes	3 fois/ jour	<u>IDE</u> les soignants présents, IDE, psychologue, médecin coordonnate ur, cadre de santé, le cas échéant le directeur	permettre au personnel soignant, en lien avec l'équipe pluridisciplinaire, d'échanger sur l'accompagnement du quotidien	Veiller à harmoniser la technique d'animation Lieu pour remonter les difficultés mais pas de recherche approfondie de solutions Les cadres présents relayent l'information aux autres, sans cadre ou formalisme particulier
Bilan PVP / CAP	1 fois/ semaine	<u>IDE</u> Référénts	Faire un point sur l'adéquation de l'accompagnement	Le fonctionnement actuel permet d'évoquer la situation de chaque résident 1 fois par an.

		PVP	aux besoins et attentes du résidant ; et actualiser les données contenues dans les PVP	La préparation de la réunion par les référents PVP n'est pas encore harmonisée L'intérêt des PVP n'apparaît pas à tous les agents de la même façon L'actualisation des données prend du temps Histoire de vie est éclairante pour la qualité des interventions
Réunion référents thématiques Réunion équipe de nuit	1 fois/ trimestre	<u>IDEC</u> Référents thématiques Equipe de nuit	permettre aux agents de nuit de rencontrer les cadres afin de faire un point sur les problématiques rencontrées	Intérêt variable des réunions de références, selon investissement personnel des agents Envisagée comme un bilan au lieu d'une évaluation prospective A dynamiser. Passage du projet à la mise en œuvre : ok aujourd'hui mais passage de la mise en œuvre à la « routine positive » : à améliorer
Bilan AMP	1 fois/ mois	<u>IDEC</u> AMP et psychologue	Evaluer la pertinence de l'accompagnement AMP, en adapter les modalités si besoin.	Réunion évaluative incontournable
Comité qualité	1 fois/ mois	<u>Direction</u> Membres du comité qualité	Evaluation des méthodes, résolution de problèmes, actualisation de procédures et processus	Intégrer à l'avenir un volet éthique, un volet suivi d'indicateurs et un volet suivi des EI (commission des chutes) Fonctionne bien sinon mais si limite des 2h / mois
Réunion de service : suivi des accompagnements	1 fois/ semaine	<u>IDEC</u> Personnel du 1-2 Personnel du 3-4	Echanger sur les difficultés, les adaptations à apporter aux accompagnements	Organisation autour des résidents et/ou familles « problème ». Echanges centrés sur les difficultés, ce qui amène à occulter les autres résidents.
Réunion de	1 fois/mois	<u>IDEC si</u>	Echanger sur les	Tendance des services de soin à

services : organisation et fonctionnement des services		<u>absence direction</u> Tous les services de soin	évolutions touchant les questions de fonctionnement et d'organisation des services	considérer c'est aux autres services de s'ajuster à leurs besoins et demandes, d'après le retour fait par cuisine et maintenance
Réunion cuisine	1 fois tous les 2 mois	<u>Chef de cuisine si absence direction</u> tous les agents de la cuisine + directeur	permettre l'amélioration de la communication et le retour des problèmes rencontrés	Volonté de la direction de participer plus régulièrement
Réunion de coordination	1 fois / mois	<u>Direction</u> directeur + cadre de santé + un représentant de chaque service	permettre aux différents services de communiquer et de se coordonner	Raison de sa création : décloisonner la communication entre les services et offrir un espace de coordination pluridisciplinaire Demande d'agents d'en programmer plus souvent. IDEC est souvent le relais entre service logistique et cuisine / services de soins, en dehors de cette réunion
Réunion de cadres	1 fois tous les 15 jours	<u>Direction</u> directeur + IDE + cadre de santé + médecin coordonnateur + IDEC + psychologue	permettre de faire un point sur l'avancée des projets et sur les choses à mettre en place	Temps de rencontre fondamental Aujourd'hui : lourd et peu fluide, peu participatif A mieux préparer, à intégrer dans la boucle de cohérence des autres réunions Il faudra y consacrer un temps d'échange centré sur les résidents, y compris ceux dont l'accompagnement

				ne pose pas de problématique particulière
Réunion du personnel	1 fois/trimestre	<u>Direction</u> Tous les agents présents	permettre d'échanger sur les projets en cours, les formations passées	Espace de communication descendante irremplaçable. Fréquence satisfaisante

3. ENJEUX ET PERSPECTIVES (cf constats)

La communication interne peut être: ascendante, descendante et horizontale. Elle peut viser l'ensemble des personnels, un ou plusieurs services, ou un groupe d'agents ciblés.

Les différentes réunions visent à répondre à des besoins, des attentes ou des impératifs variés :

- Echanger sur l'accompagnement des résidents
- Coordonner les services
- Poser les problèmes, trouver des solutions
- Présenter, mettre en œuvre et/ou pérenniser des projets
- Analyser et prendre du recul sur les pratiques d'intervention
- Evaluer l'adéquation des moyens déployés aux objectifs poursuivis

Le fonctionnement des réunions, notamment en matière de suivi des accompagnements, est aujourd'hui centré sur les problèmes, au détriment des résidents dont l'accompagnement est stable. Il s'agit donc d'assurer l'équité.

La dynamique présentation du projet >> mise en œuvre >> pérennisation en routine est à renforcer. Il faut aborder les réunions (PVP, références) comme des évaluations prospectives plus que comme des bilans ponctuels.

L'intégration et la participation active des IDE, en tant que membres de l'équipe de cadres, est insuffisante. L'horaire I2 qui a vocation à dégager du temps aux IDE pour se consacrer aux projets de l'établissement, et dont l'apparition au planning n'est pas obligatoire, sert souvent de variable d'ajustement pour les temps de récupération.

Il faut poursuivre la dynamique de libération de la parole, d'échange des points de

vue dans le cadre d'un processus de décision collégiale. Question aussi de la diffusion des apports de formations.

Principes directeurs de toute réunion : Préparation, animation, projection (évaluation-action)

4. EVOLUTION ENVISAGEE

En plus des améliorations identifiées ci-dessus, intéressant de mettre en place et de faire vivre un temps de réunion « Bours'in-qualifié (en attendant de trouver un nom) » :

- Objectif : Consacrer un temps d'évaluation de l'accompagnement global de TOUS les résidants
- Plus-value : permet d'échanger sur chaque résidant une fois tous les 2 mois (contre 1 fois par an dans le cadre des bilans PVP). Occasion de renforcer l'équipe de cadres. Traduction de l'approche globale de la personne et de la personnalisation de l'accompagnement
- Modalités : étage par étage
- Animateur : directeur
- Participants : IDEC, IDE, médecin coordonnateur, psychologue (+ notes du référent PVP préparées en amont ?)
- Fréquence : le mardi tous les 15 jours, en début d'après-midi. Suppose que les IDE ne préparent pas de semainier ce jour mais plutôt le vendredi, si besoin.
- Lieu : infirmerie ?

Le directeur

Annexe 3 – Fiche de poste cadre de santé établie en 2017 au sein de l'EHPAD de stage

Cadre de santé

Mission

<p>Attendus pour le résident et l'établissement</p>	<p><u>Etablissement</u> :</p> <p>Décliner le projet institutionnel au sein de l'établissement. Planifier, organiser et coordonner les soins/les activités, en veillant à l'optimisation des moyens et équipements dédiés en veillant à l'efficacité et la qualité des prestations. Mettre en œuvre l'évaluation de la qualité des pratiques professionnelles. Contribuer au développement des compétences individuelles et collectives.</p> <p><u>Résident</u> :</p> <p>Participer à un accompagnement global de qualité des résidents, dans une démarche d'amélioration continue axée sur le confort global de la personne</p>
<p>Relations professionnelles</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Direction pour l'élaboration et le suivi de projets. ❖ Services logistiques, administratifs pour l'organisation des activités et des soins et pour la gestion des matériels. ❖ Partenaires de santé pour la continuité des prestations. ❖ Fournisseurs externes de matériels pour la veille technique et le choix des moyens
<p>Conditions d'exercice</p>	<p>Diplôme d'État d'infirmier et 4 ans d'expérience dans ces fonctions</p>
<p>Spécificités et contraintes</p>	<p>TMS : station debout, actes de manutention, changements de rythme, ergonomie du poste de travail</p> <p>RPS : charge émotionnelle liée aux publics accompagnés, charge mentale liée aux responsabilités, isolement dans la fonction</p>

Fonctions

<p>Activités</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Contrôle et suivi de la qualité et de la sécurité des soins et activités paramédicales, ❖ Coordination et suivi de la prise en charge de prestations ❖ Élaboration et rédaction de rapports d'activité ❖ Encadrement d'équipe(s), développement des personnels ❖ Montage, mise en œuvre, suivi et gestion de projets ❖ Organisation et suivi de l'accueil (agents, stagiaires, nouveaux recrutés) ❖ Planification des activités et des moyens, contrôle et reporting ❖ Promotion des réalisations/des projets ❖ Veille spécifique à son domaine d'activité ❖ Élaboration et mise en place de l'organisation des services ❖ Gestion de stocks et de commandes ❖ Organisation et suivi opérationnel des activités/projets, coordination avec les interlocuteurs internes et externes
------------------	---

Savoir-faire	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Analyser des données, des tableaux de bord et justifier des résultats relatifs aux activités ❖ Arbitrer et/ou décider entre différentes propositions ❖ Concevoir, formaliser et adapter des procédures/protocoles/modes opératoires/consignes ❖ Concevoir, piloter et évaluer un projet ❖ Établir/évaluer/optimiser des stocks ❖ Développer et valoriser les compétences de ses collaborateurs ❖ Fixer des objectifs, mesurer les résultats et évaluer les performances collectives et/ou individuelles ❖ Organiser une unité, un service, en fonction de différents critères (missions, stratégie, moyens, etc.) ❖ Piloter, animer/communiquer, motiver une ou plusieurs équipes ❖ Planifier, organiser, répartir la charge de travail et allouer les ressources pour leur réalisation ❖ Travailler en équipe pluridisciplinaire/en réseau ❖ Accompagner une personne dans la réalisation de ses activités quotidiennes ❖ Argumenter, influencer et convaincre un ou plusieurs interlocuteurs, dans son domaine de compétence ❖ Traduire la stratégie en orientations, en plans d'actions et en moyens de réalisation
Exigences professionnelles	
<p>Connaissances</p> <p> <input type="checkbox"/> notions <input type="checkbox"/> avancées <input checked="" type="checkbox"/> maîtrise </p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ <input type="checkbox"/> Droit des usagers du système de santé ❖ <input type="checkbox"/> Gestion administrative ❖ <input type="checkbox"/> Management ❖ <input checked="" type="checkbox"/> Animation d'équipe ❖ <input checked="" type="checkbox"/> Stratégie et organisation/conduite du changement ❖ <input checked="" type="checkbox"/> Soins ❖ <input checked="" type="checkbox"/> Évaluation de la charge de travail ❖ <input checked="" type="checkbox"/> Méthodologie d'analyse de situation ❖ <input checked="" type="checkbox"/> Organisation du travail ❖ <input checked="" type="checkbox"/> Encadrement de personnel ❖ <input checked="" type="checkbox"/> Communication, relations interpersonnelles et relation d'aide
Savoir être	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Créer et développer une relation de confiance et d'aide avec la personne accueillie et / ou son entourage, apporter des conseils sur les actes de la vie courante ❖ Faire exprimer les besoins et les attentes, reformuler et proposer ❖ Adapter son comportement, sa pratique professionnelle à des situations critiques / particulières, dans son domaine de compétence ❖ Identifier les limites de son champ d'intervention dans des situations de crise, de violence en prenant du recul par rapport à la personne et à sa situation ❖ Travailler en équipe pluridisciplinaire / en réseau ❖ Etablir une communication adaptée à la personne et à son entourage ❖ Ecouter la personne et son entourage et prendre en compte les signes non verbaux de communication sans porter de jugement ❖ S'exprimer et échanger en adaptant son niveau de langage, dans le respect de la personne et avec discrétion ❖ Expliquer les raisons d'un geste professionnel

BRAJEUL

Maria

Décembre 2017

DESSMS

Promotion 2016 - 2017

Le travail en équipe pluridisciplinaire en établissement sanitaire, social et médico-social. Quels leviers pour le directeur chargé d'assurer et d'optimiser le fonctionnement pluridisciplinaire en EHPAD ?

Résumé :

Afin de garantir à chaque résident un bon état de santé et la plus grande autonomie sociale, physique et psychique possible ; de conserver, selon les souhaits du résident, ses liens avec sa famille ; de prodiguer des soins et aides de qualité tout en assurant au personnel une meilleure satisfaction dans sa pratique quotidienne ; la réglementation prescrit une organisation des EHPAD qui postule un fonctionnement en équipe pluridisciplinaire.

En effet, le système complexe que constitue l'EHPAD, avec ses règles, son histoire, ses particularités, la diversité des personnes qui la font vivre, avec pour chacune une logique professionnelle propre, nécessite un équilibre subtil que doit garantir un tel mode d'exercice en équipe pluridisciplinaire.

Le paradoxe est que le directeur, qui doit veiller à la bonne cohésion de l'institution, ne fait pas partie de cette équipe. Le problème se pose dès lors, dans une perspective de management global, de voir comment le directeur peut à la fois agir pour favoriser le bon fonctionnement de l'équipe pluridisciplinaire et interagir avec elle dans une logique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité de l'accompagnement.

Dans cette large perspective, ce mémoire propose d'identifier les leviers dont dispose le directeur, qui est chargé d'assurer le fonctionnement de l'équipe pluridisciplinaire à travers une analyse de ses objectifs, de son contenu et de ses modalités de travail.

Il sera ici posé le postulat que reconnaître, rassurer et responsabiliser sont les trois clefs auxquelles le directeur, de par sa position, doit recourir au quotidien. Elles se déclinent en termes d'organisation, qui se vaudra claire et cohérente, en termes d'attitude professionnelle faite de bon sens, de prudence et bienveillance, et enfin en termes d'espaces de communication, adaptés aux rôles, places et missions, de chaque intervenant.

Mots clés :

Management et gestion des ressources humaines, formation des adultes et professionnalisation, psychologie du travail, évolutions du travail dans le secteur social et médico-social

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.