



ENSP

ECOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

**Directeur d'Établissement Sanitaire et
Social Public**

Promotion : **2006-2007**

Date du Jury : **Décembre 2007**

**Pour un management au service d'une
démarche d'amélioration continue de
la qualité**

Mobiliser et encadrer les acteurs

Monique Darios

Remerciements

Je tiens à remercier très chaleureusement le directeur de l'EHPAD Saint Jacques de m'avoir fait confiance tout au long de ce travail. Il a su me guider avec rigueur, son implication a été une aide précieuse dans mon travail auprès des équipes.

Mes plus vifs remerciements vont à tout le personnel qui, au-delà de l'aide apportée pour ce travail de mémoire, a montré son engagement dans les projets d'amélioration des conditions de vie des résidents.

Je tiens à remercier tout particulièrement l'encadrement qui permet aux personnels de réinterroger les pratiques et de mettre en actes les axes d'amélioration.

Je remercie aussi ma mère dont la vieillesse alerte me pousse à croire que l'on peut faire des projets à tout âge et en tout lieu. Elle s'est intéressée à mon travail, au travail des auteurs de ma bibliographie, satisfaite de voir l'intérêt porté aux personnes âgées.

Je remercie également les personnes qui, avec patience mais sans indulgence ont accepté de lire ce travail en période estivale, leurs questions ont été précieuses dans mon cheminement.

Je dédie ce modeste travail à Luna, ma petite-fille, née en 2007

Sommaire

Introduction	- 1 -
1 Le cadre de la démarche d'amélioration continue des pratiques	- 5 -
1.1 Descriptif du lieu de stage	- 5 -
1.1.1 Les projets en cours ou réalisés	- 6 -
1.1.2 Les projets à mettre en œuvre	- 8 -
1.1.3 Les moyens humains alloués.....	- 9 -
1.1.4 L'approche managériale	- 11 -
1.2 Le management au service d'une démarche d'amélioration de la qualité : quelques notions théoriques.....	- 13 -
1.2.1 Qu'est ce que le management ?	- 13 -
1.2.2 L'influence du management sur la motivation	- 15 -
1.2.3 A propos de la relation entre le salarié et son organisation: l'implication professionnelle.....	- 16 -
1.2.4 ...et la mobilisation des acteurs	- 18 -
1.2.5 Pour une démarche d'amélioration continue de la qualité	- 19 -
1.3 La démarche qualité, l'évaluation dans le contexte législatif et réglementaire	- 21 -
1.3.1 Les orientations des politiques sociales en matière d'évaluation.....	- 21 -
1.3.2 Les missions de l'évaluation	- 23 -
1-3-3-Le dispositif d'évaluation.....	- 23 -
2 Pour appréhender le niveau d'implication des acteurs : un relevé de l'opinion des personnels sur leur vécu professionnel.....	- 25 -
2.1 Méthodologie d'enquête	- 25 -
2.1.1 Définir les objectifs de recherche.....	- 25 -
2.1.2 Les recherches préalables	- 25 -
2.1.3 Les observations complémentaires	- 25 -
2.1.4 Détermination des objectifs précis de l'étude	- 26 -
2.2 Préparation de l'enquête	- 26 -
2.2.1 Détermination de la population à interroger.....	- 26 -
2.2.2 Préparation de l'enquête	- 26 -
2.2.3 Protocole de collecte des données	- 27 -
2.2.4 Les axes retenus pour l'analyse des entretiens	- 27 -
2.3 Résultats de l'enquête	- 28 -

2.3.1	L'implication : une composante de la motivation.....	- 28 -
2.3.2	L'influence du contexte professionnel sur l'implication	- 29 -
2.3.3	Le vécu professionnel des acteurs et son influence sur l'implication	- 31 -
2.3.4	L'implication dans les organisations du travail	- 34 -
2.3.5	L'absence de repères	- 35 -
2.3.6	Les jeux d'acteurs	- 35 -
2.3.7	Les représentations professionnelles	- 36 -
2.3.8	Le management, un facteur d'influence de l'implication professionnelle	- 37 -
2.4	Brève synthèse.....	- 38 -
3	Propositions d'actions contribuant à l'amélioration des pratiques.....	- 41 -
3.1	Mener une politique de communication et d'information dans l'établissement affichant clairement les enjeux.....	- 41 -
3.1.1	Une étape importante de la démarche d'amélioration continue des pratiques : l'information faite au personnel	- 42 -
3.1.2	L'importance du comité de pilotage.....	- 43 -
3.1.3	La place de l'encadrement intermédiaire : un rôle moteur.....	- 44 -
3.2	Fonder une politique d'accueil basée sur le respect des usagers : Axe fondamental de l'amélioration de la qualité :.....	- 46 -
3.2.1	La qualité de la réflexion en groupe à propos des droits des usagers.....	- 47 -
3.2.2	Une production collective pour un processus facilitant le bon accueil.....	- 49 -
3.2.3	Les limites du travail réalisé par le groupe « accueil »	- 50 -
3.3	Une réponse concrète à l'amélioration des conditions de vie des résidents : la réduction de la contention physique passive.....	- 52 -
3.3.1	La progression du groupe	- 52 -
3.3.2	L'élaboration du protocole de contention	- 53 -
3.3.3	Privilégier l'approche individuelle : une alternative à la contention	- 54 -
3.4	Améliorer l'hygiène, un enjeu de santé publique pour l'établissement....	- 55 -
3.4.1	L'urgence des thématiques choisies	- 55 -
3.4.2	Le management du groupe et son évolution	- 56 -
3.5	Bilan et perspectives du travail amorcé.....	- 57 -
3.5.1	Incidences du management sur le fonctionnement des groupes de travail	- 57 -
3.5.2	La progression nécessaire des travaux en cours.....	- 58 -
3.5.3	Les limites de ce travail de mémoire et problèmes rencontrés.....	- 58 -
	Conclusion.....	- 61 -
	Bibliographie	- 63 -

Liste des annexes.....	I
1- Grille d'observation des réunions.....	III
2- Grille des entretiens.....	V
3. Charte des groupes de travail.....	VII
4 Procédure d'accueil.....	ix
5 Courrier de présentation des travaux.....	XXV

Liste des sigles utilisés

EHPAD: Etablissement hébergeant des personnes âgées dépendantes
CASF: Code de l'action sociale et des familles
GMP: Groupe iso ressources moyen pondéré
HACCP: Hazard analysis critical control point
RABC: Risk analysis bio contamination control
ANGELIQUE: Application nationale pour guider une évaluation labellisée interne de la qualité pour les usagers des établissements.
ETP: Equivalent temps plein.
CHS-CT : Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.
GRH : Gestion des ressources humaines
OST : Organisation scientifique du travail
AMP: Aide médico-psychopédagogique
ACQ: Amélioration continue de la qualité
PSD: Prestation spécifique dépendance
IGAS : Inspection générale de l'action sociale
CNESMS: Conseil national de l'évaluation des services sociaux et médico-sociaux
DGAS : Direction générale de l'action sociale
APA : Allocation personnalisée d'autonomie
IFSI: Institut de formation en soins infirmiers
IDE : Infirmier(e) diplômé(e) d'état
AS : Aide-soignant(e)
ASH: Agent des services hospitaliers
SSIAD ; Service de soins infirmiers à domicile
DDASS : Direction départementale de l'action sanitaire et sociale
ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
CSP : Code de santé publique
OQQCP : Où, qui, quoi, comment, pourquoi

Introduction

Dans le cadre du stage de directeur d'établissement sanitaire et social j'ai été amenée à m'interroger sur le lien qui pouvait exister entre les dysfonctionnements existants et le niveau d'implication des agents.

« Les personnels se sont peu impliqués dans le projet d'accueil de jour Alzheimer » regrette le directeur de la structure lors de notre première rencontre. Ces propos devaient nourrir ma réflexion et mon questionnement au regard de la mission qui m'était confiée : mettre en place une démarche d'amélioration continue des pratiques.

Comment pourrais-je conduire une telle démarche sans la participation des agents ?

Leur engagement me semble être un préalable indispensable.

Il s'agit d'adopter une stratégie d'actions compatible avec le contexte de cet établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes. Ce n'est qu'au prix d'un engagement volontaire, me semble-t-il, qu'une dynamique d'amélioration des pratiques pourra être amorcée.

Pour confirmer mon questionnement, il m'a paru indispensable de prendre une position d'observateur, d'autant plus facile à adopter que je n'étais pas encore impliquée dans l'histoire de cet établissement. Il m'a alors semblé souhaitable d'interroger les évidences des acteurs immergés dans leur quotidien.

Mes premières observations mettent en évidence une situation paradoxale. Les résidents semblent satisfaits de la prise en charge, le nombre de plaintes ne révèle pas de problème majeur.

Le personnel de son côté, fait part de sa volonté de répondre au mieux aux besoins des résidents. Cependant j'observe des pratiques non ajustées aux exigences actuelles, des procédures utilisées mais non conformes parce que non réactualisées. Des dysfonctionnements se reproduisent régulièrement et ne sont réglés que par des solutions éphémères et aléatoires, quand ils le sont. Les organisations de travail ne tiennent pas compte des rythmes de vie des résidents, l'heure du coucher par exemple, est calquée sur les horaires des personnels. La procédure d'accueil témoigne du souci d'un traitement équitable « nous les accueillons systématiquement en chambre double, ils sont inscrits sur la liste d'attente pour obtenir une chambre individuelle. » Les organisations de travail privilégient une quantité de tâches à effectuer dans un temps imparti.

Au final, chacun dénonce le peu d'engagement de l'autre se disant lui-même impliqué qu'il s'agisse d'un collègue du même champ professionnel ou a fortiori relevant d'autres métiers, avec des logiques qui semblent davantage s'affronter que collaborer. Les métiers de la logistique accusent les soignants de ne pas tenir compte de leurs contraintes et de produire de ce fait de nombreux dysfonctionnements pour ces services tels que retards, gaspillage, interruptions de tâches... Les soignants eux-mêmes se plaignent de leur

manque d'organisation, de difficultés à collaborer entre eux et avec leurs différents partenaires internes comme externes, les médecins notamment. Le turn-over des infirmières apparait comme un clignotant, témoin, de ce malaise. Celles-ci pensent que la direction ne les entend pas, que l'encadrement reste sourd à leurs difficultés et qu'elles ne peuvent s'impliquer, ni dans leur travail, ni dans leur rôle d'encadrement des équipes, car elles sont disent-elles dans l'incertitude du lendemain concernant leur planning de travail. Ces premières constatations mettent en évidence que le seul projet de l'établissement est la continuité de son activité. Les acteurs institutionnels semblent divisés, les uns semblent parfaitement se satisfaire du système alors que d'autres soulignent leurs difficultés à accepter cet état de faits. Certains pensent que chacun travaille de son côté sans souci de cohérence, d'autres manifestent leur satisfaction de travailler dans un bon environnement.

La qualité de prise en charge de la personne âgée est un enjeu majeur pour les établissements médico-sociaux, les évolutions exigent de la part des personnels une technicité accrue, des savoirs et savoir faire complexes et une organisation collective performante. Or, la réalisation institutionnelle de toute action d'amélioration continue semble révéler un manque d'implication constante de la part des acteurs.

Pour une démarche d'amélioration de la qualité des prestations, quelle stratégie managériale adopter en faveur de la mobilisation de tous les acteurs ?

Il m'a semblé important de souligner les atouts de l'établissement pour m'appuyer sur les ressources de l'institution d'une part, et encourager les acteurs d'autre part.

En effet, son activité est reconnue comme étant indispensable dans le département dans la mesure où quarante quatre personnes atteintes de maladie d'Alzheimer et troubles psychiatriques stabilisés y sont accueillies en hébergement permanent et qu'une unité d'accueil de jour Alzheimer vient d'ouvrir ces portes en décembre 2006, s'intégrant parfaitement à la demande du schéma départemental et aux enjeux du Plan solidarité grand âge dont l'un des objectifs est de permettre « aux personnes âgées de choisir de rester chez elles si leur état le permet »¹ tout en privilégiant le droit au répit pour les aidants familiaux.

¹ MINISTÈRE DÉLÉGUÉ À LA SÉCURITÉ SOCIALE, AUX PERSONNES ÂGÉES, AUX PERSONNES HANDICAPÉES ET À LAFAMILLE, 27 juin 2006, Plan solidarité grand âge, présenté par Philippe Bas, ministre délégué [en ligne], visité sur internet le 3 novembre 2006, disponible sur internet : www.personnes-âgées.gouv.fr/point-presse/

Le directeur est par ailleurs, très soucieux du respect des droits des usagers et notamment de leur liberté et du droit à la citoyenneté. Il souhaite qu'une réflexion soit menée à ce sujet.

La participation des acteurs est indispensable pour amorcer une démarche d'amélioration continue des pratiques. J'ai décidé d'explorer le niveau d'implication individuelle des acteurs avant de mettre en place une action collective. J'ai donc fait le choix de réaliser une étude, portant sur l'ensemble des acteurs, la taille de l'établissement offre cette opportunité (110 lits et places). Au-delà de la nécessité de susciter leur implication, l'intérêt me parut double, réaliser la mission confiée et mettre en perspective mes capacités managériales de directeur de structure similaire.

Ce travail a donc pour objet d'appréhender le concept d'implication professionnelle et ses paradigmes en vue de comprendre la situation présente de cet établissement, de resituer l'action des acteurs et la démarche d'amélioration continue des pratiques dans le cadre législatif et réglementaire (1) de définir une méthodologie de recherche et à partir de l'analyse des données recueillies auprès de l'ensemble de acteurs préciser la situation rencontrée(2) et enfin proposer des actions managériales correctrices(3). Trouver des moyens qui permettent de susciter l'implication du personnel dans la conduite des projets institutionnels est une des premières missions du directeur. Dès lors, développer une culture de questionnement, non dans un but de stagnation ou d'inaction mais dans celui d'aboutir à une finalité qui doit motiver les actions est son rôle. Le doute n'étant posé que pour réfuter les fausses croyances²du « ne vous inquiétez pas, nous savons ce qu'il vous faut ! » si souvent entendu dans les métiers du secteur sanitaire et social. Développer le partenariat avec les résidents, les familles, installer une logique client/fournisseur sont des objectifs d'amélioration de la qualité.

² ARSENAULT M., 19 avril 1998, Doute et progression, [en ligne], visité su internet le 4 juillet 2007, disponible sur internet : www.cvm.qc.ca.

1 Le cadre de la démarche d'amélioration continue des pratiques

Avant d'aborder les réflexions théoriques concernant le management et l'implication professionnelle des acteurs, il m'a paru indispensable de décrire, au moins sommairement, mon lieu de stage.

1.1 Descriptif du lieu de stage

J'ai effectué mon stage de directeur d'établissement sanitaire et social dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD). Il s'agit d'un établissement public autonome tel que défini à l'article L 312-1(6) du code de l'action sociale et des familles (CASF) accueillant cent dix personnes âgées de soixante ans et plus, sauf dérogation. L'établissement est habilité à l'aide sociale, son groupe iso ressources moyen pondéré (GMP^o) est de 716.

Il reçoit quatre vingt dix huit personnes en hébergement complet dont quarante quatre atteintes, de maladie d'Alzheimer et troubles apparentés ou atteintes de pathologies psychiatriques diverses stabilisées.

Sa spécificité s'intègre donc parfaitement dans la déclinaison des politiques publiques de la vieillesse. Par ailleurs, conformément au Plan Solidarité Grand Age du 27 juin 2006 qui développe cinq axes³ dont celui de créer un droit au répit pour les aidants familiaux l'établissement a obtenu douze places d'accueil de jour conformément au schéma gérontologique départemental.

Le conventionnement tripartite a été signé en mars 2006, des moyens nouveaux en personnel soignant ont été attribués en vue d'améliorer la qualité de prise en charge. Les organismes de tarification demandent donc à l'établissement de s'engager dans la démarche d'amélioration des pratiques en contre partie.

Au regard de mes préoccupations de futur directeur, il m'a semblé important de repérer les leviers susceptibles de faciliter mon entreprise : mettre en place une démarche participative d'amélioration continue de la qualité.

Je devais donc comprendre la dynamique de cet établissement et notamment sa propension à construire et mettre en œuvre des projets.

³ Le plan solidarité grand âge développe une réforme en 5 axes qui sont la possibilité de libre choix pour les personnes âgées dépendantes, l'amélioration de la qualité de vie en maison de retraite, le développement de la filière gériatrique, le financement solidaire de la dépendance, la dynamique de prévention et de recherche en gériatrie.

1.1.1 Les projets en cours ou réalisés

Revisiter les projets, leur histoire donne des indications sur la nature du management mais aussi sur l'implication des agents, sur les ressources et les freins rencontrés. « En effet le management peut être considéré comme la conduite d'un système d'actions c'est-à-dire d'un ensemble de ressources mises en cohérence »⁴ Nous allons évoquer rapidement quelques-uns de ces projets qui concernent la diversification des activités, la structure elle-même, ou le fonctionnement de cette organisation.

Un projet d'accueil de jour Alzheimer de douze places, a été finalisé en décembre 2006. Un comité de pilotage a été initié par le chef de l'établissement pour élaborer et mettre en place ce projet. Les salariés concernés ont été partie prenante, ils ont été engagés en amont de l'ouverture de ce service afin de préparer son fonctionnement et l'accueil des premiers clients. Ils ont formulé et adressé de nombreuses communications à l'endroit des partenaires que sont les professionnels libéraux, les établissements de santé publics et privés, les organismes de financement...Selon eux, il existe un lien étroit entre leur capacité à accueillir des nouveaux résidents et la fréquentation de ce service.

Un projet de reconstruction de la cuisine, est en cours, les travaux ont démarré en avril 2007. Ce projet a pour objectif, de satisfaire aux normes HACCP (Hazard analysis critical control point) et d'améliorer la prestation alimentation à l'égard des usagers. Il comprend également la réfection de la salle de restaurant et de certains lieux de vie. Faire du repas un temps convivial et préserver l'intimité des résidents dans la perspective de l'accueil de leurs proches sont les buts affichés. Des réunions de chantier mensuelles permettent de suivre l'évolution des travaux, seuls le directeur et l'adjoint des cadres chargé des travaux y participent. Cependant, le responsable cuisine souhaiterait qu'un travail sur l'organisation soit d'ores et déjà mis en œuvre. C'est ainsi, qu'il traduit sa crainte d'une inadaptation de la nouvelle structure aux exigences de son fonctionnement au regard de la production nécessaire.

Une réflexion sur l'organisation des soins et son impact sur les services logistiques est en cours, sa mise en place prend effet début juillet 2007, menée par un consultant, sous l'impulsion du chef d'établissement. Elle vise, alors, l'amélioration de l'organisation en faveur d'une meilleure qualité de vie des résidents; elle doit intégrer notamment le respect de leurs rythmes de vie, elle s'inscrit dans la droite ligne de la commande publique à propos de la « bientraitance ». Mais cette réflexion se propose aussi comme

⁴ Loubat JR, Penser le management en action sociale et médico-sociale, édition Dunod, Paris, p 14

réponse au mal-être des personnels, percevant leur charge de travail mal répartie, Ils souhaitent la clarification de leurs rôles. Elle fait suite à une demande des représentants du personnel.

Des soignants, un représentant des services logistiques l'encadrement et le directeur ont participé à l'élaboration de cette réorganisation. Le comité de pilotage a fait l'objet d'un appel à candidature, c'est donc des personnels de soin volontaires qui ont porté les idées de l'ensemble du groupe. Le directeur s'inscrit pleinement dans le respect des droits des résidents, il appelle le groupe à réfléchir notamment sur la liberté, la citoyenneté, l'intimité et leur possibilité de choisir les prestations.

Au final cette réflexion vise la formalisation de l'organisation, la définition des fonctions et la réalisation de fiches de postes et de manière implicite un mieux être pour le personnel.

Une politique d'animation est en place dans l'établissement depuis 2001, on peut noter une absence de projet formalisé mais un programme hebdomadaire diversifié est affiché dans tous les services. Il comporte des activités en matinée et en après-midi, offrant un large choix aux résidents.

Des personnels identifiés ont la responsabilité de cette activité, ils sont soutenus et aidés par des bénévoles appartenant à l'association « Les amis de la maison de retraite ». Ponctuellement le personnel de soins participe aux animations. De timide au début de la mise en place des activités d'animation, elle est devenue habituelle, le caractère festif de ces animations en témoigne.

Un système informatique performant est mis à disposition des personnels administratifs et soignants depuis 2001. Le service administratif bénéficie de logiciels permettant une gestion rigoureuse des séjours des résidents, du courrier, de la comptabilité de l'établissement, mais aussi de la gestion des personnels. Des tableaux de bord permettent d'avoir rapidement recours à l'information administrative. Les personnels administratifs retiennent le système d'information comme une aide efficace. Par ailleurs, les plannings des personnels sont eux aussi informatisés mais la responsable des plannings dit avoir de la difficulté à utiliser cet outil, du reste, elle ne dispose pas du matériel nécessaire dans son bureau.

Des investissements lourds seraient nécessaires pour une mise aux normes RABC (Risk analysis bio contamination control) en blanchisserie, des études sont en cours pour une éventuelle externalisation de l'ensemble du linge hôtelier. Les prestations de blanchisserie sont réalisées au sein même de l'établissement excepté le traitement du linge plat. Le directeur souhaite conserver l'entretien du linge des résidents, ceux-ci doivent avoir un interlocuteur direct pour toute réclamation.

Il est établi que les locaux ont besoin d'être améliorés, notamment la zone de lavage. Le matériel de distribution et les lieux de stockage ne sont pas satisfaisants.

Les personnels de blanchisserie sont informés du projet d'externalisation, présents lors de chaque présentation d'un prestataire éventuel ; ils peuvent l'interroger sur toute préoccupation technique.

Il est entendu que la réduction de la quantité de linge traité entraînera la diminution de l'effectif, l'agent concerné sera reclassé. Globalement, les personnels de ce service déplorent le manque de matériel et sa forte influence sur la qualité de la prestation. Les personnels de soins manifestent aussi une insatisfaction.

1.1.2 Les projets à mettre en œuvre

Les projets en cours, ont des niveaux d'avancement différents, sans pour autant faire l'objet d'une planification globale. La première auto-évaluation a été faite en 2004 dans le but de l'inscription dans le conventionnement tripartite. Elle a été menée à l'aide du référentiel ANGELIQUE (Application nationale pour guider une évaluation labellisée interne de la qualité pour les usagers des établissements).

Les admissions à l'unité d'hébergement spécialisée Alzheimer posent parfois problème du fait d'une non-définition de critères d'admission. Ainsi, l'absence de procédure d'accueil ne permet pas à l'équipe de soins de préparer l'arrivée du résident.

Les procédures et protocoles de soins sont rares, elles ne permettent pas d'être utilisées de manière efficiente car, elles sont pour la plupart anciennes et non réajustées au regard des préconisations de bonnes pratiques.

L'organisation du travail est remise en question quotidiennement par le personnel au gré des fréquents dysfonctionnements provoquant conflits, perte de temps, épuisement des personnels. Ces derniers ont du reste une vision négative du travail accompli. Leur responsable hiérarchique dit ne pas être entendue dans ses demandes, elle dénonce le manque de respect des procédures de leur part. Le personnel se plaint à son tour du manque d'écoute concernant les difficultés rencontrées à son endroit.

La coordination entre les divers services n'est pas organisée, elle est établie sur un mode informel, au fur et à mesure des besoins de chacun. Les personnels de ces divers services ne semblent pas connaître précisément les contraintes respectives liées à la spécificité de chacun. Ils relèvent de nombreuses interruptions de leurs activités dues à des dérangements fréquents et répétés.

Le service hôtelier est effectué tel une tâche parmi d'autres, le personnel identifié sur ce service ne participe pas aux transmissions, et les informations concernant l'alimentation des résidents paraissent incomplètes.

Les transmissions entre services et entre équipes sont majoritairement orales, les décisions qui y sont prises ne sont généralement exécutées que par les personnes présentes. Leur suivi est incertain, laissant la place à la libre initiative de chacun et à l'insatisfaction des personnels soignants.

On peut percevoir des conflits larvés entre les différentes équipes et les différents services, chacun revendique son opinion comme juste et légitime.

La présence de projets partagés, tels que le projet de vie, projets de soins intégrant la prise en compte des besoins des résidents, ne pourrait-elle pas fédérer, l'ensemble des personnels ?

1.1.3 Les moyens humains alloués

Ce sont les salariés de l'entreprise qui doivent participer à la mise en œuvre des projets, s'impliquer dans la démarche d'amélioration continue de la qualité. C'est pourquoi, il est important de connaître les ressources humaines dont dispose l'établissement. Elles regroupent un ensemble de préoccupations très intriqué avec l'organisation. Elles comprennent tout ce qui touche à la question de l'identité et de la culture de l'entreprise comme la mobilisation des personnels, le climat de travail, les conflits, l'adhésion au projet et aux objectifs. Nous nous attacherons à développer ces aspects qui imprègnent la manière de faire et la manière d'être de l'ensemble des personnels. Tout ce qui renvoie à l'utilisation des ressources humaines, comme la définition des fonctions et des postes, l'évaluation des compétences, et la gestion individuelle des salariés comme le recrutement, l'évaluation des personnels, la formation sont des outils de management qui ne sont pas l'objet du présent mémoire et ne seront pas développés.

L'effectif de l'établissement est de 60,5 équivalents temps plein (ETP) de personnel non médical permanents et de 0, 50 ETP de personnel médical, le médecin coordonnateur

Dix agents des services hospitaliers ont été recrutés en 2006 dont huit, déjà présents sur l'établissement sur la liste d'aptitude dressée après l'organisation d'un concours.

D'une manière générale les recrutements par concours ont été très contestés par de nombreux agents. Ils pensent avoir à donner leur avis sur les agents à recruter parce que, disent-ils, « *nous les voyons travailler sur le terrain.* ». Ceux qui y ont été admis se disent fiers d'avoir obtenu ce concours, une personne dit *en avoir pleuré*, une autre affirme avoir eu des difficultés avec ses collègues arguant le fait qu'elle n'était pas suffisamment ancienne dans l'établissement pour y être intégrée.

Treize personnes effectuent un temps de travail partiel, ce sont pour la plupart des aides-soignantes(8). Officiellement leur demande est justifiée par le désir de satisfaire à leur vie

familiale mais elles avouent redouter l'épuisement professionnel en travaillant trente cinq heures.

Le turn-over semble être plus important chez les infirmières. Trois infirmières ont été recrutées en 2006 et deux sont reparties dans la même année. On note pour 2007, trois départs supplémentaires, toutes nouvellement recrutées.

Pour les autres catégories professionnelles les départs sont essentiellement liés à des départs en retraite.

Le temps médical budgété est de 50% mais le médecin coordonnateur ne dispose que de 40 %. Par ailleurs, il exerce en tant que généraliste dans le village et pense ne pas avoir de légitimité à exiger de ses confrères certaines « contraintes » relatives au fonctionnement de l'établissement comme, les heures de visite qui ont fréquemment lieu au moment des repas, ou l'obligation de prescriptions médicales écrites comme l'exige les règles du code de déontologie médicale⁵. Par ailleurs, s'il paraît peu impliqué dans le fonctionnement de l'établissement, il donne volontiers des informations médicales aux soignants ou les renseigne sur les pathologies des résidents. Il a décidé de ne pas renouveler son contrat et son départ a lieu fin juin. Un autre médecin coordonnateur est recruté à compter du 1^{er} juillet 2007, ce médecin n'exerce pas d'activité libérale dans la zone d'attractivité de l'EHPAD.

Indicateur du climat social, l'absentéisme des personnels, est en très nette diminution depuis 4 ans, la maladie ordinaire est passée de 1077 jours en 2003 à 609 jours en 2006. L'absentéisme pour accident de travail est stable et assez peu important depuis trois ans (57 jours en 2006) Le directeur est très fier de ce résultat, il estime que son management a un impact sur le « présentéisme »; il souhaite que les représentants du personnel désignent un de leurs membres pour créer un comité d'hygiène et de sécurité⁶ (CHS-CT)

L'évaluation de chaque agent est faite annuellement par le cadre puis par le directeur au cours d'un entretien. Le cadre de santé explique qu'elle fixe des objectifs aux agents, les agents quant à eux avancent le fait que l'entretien est très bref, qu'il ne leur permet pas un réel échange. Cet entretien n'a lieu qu'auprès des personnels titulaires et stagiaires, les contractuels souhaiteraient pour la plupart bénéficier de ce type d'entretien qui leur permettrait de se situer.

⁵ Code de la santé publique, Code de déontologie médicale, chapitre VII, R.4127-8, R.4127-34, R.4127-35.

⁶ Le comité d'hygiène, de sécurité doit être constitué dans tous les établissements occupant au moins 50 salariés, il contribue à la protection, de la santé et de la sécurité des salariés et à l'amélioration de leurs conditions de travail (article L. 236-1 à L.236-13 du code du travail.

1.1.4 L'approche managériale

Au regard des projets en cours ou déjà réalisés et des dysfonctionnements repérés, il m'a semblé important de comprendre les modes de fonctionnement de la direction et de l'encadrement.

Le directeur responsable de la structure est en fonction dans cette structure depuis 2001. Son expérience professionnelle est diversifiée. Son poste précédent était un autre EHPAD rural où selon lui, les personnels étaient très impliqués dans la vie de l'établissement.

Depuis son arrivée, il a impulsé des projets cités ci-dessus et a organisé des modes de coopération avec les établissements voisins, notamment une convention de partenariat pour les gardes administratives, il envisage d'autres types de coopérations avec un établissement voisin pour des recrutements partagés.

Son souci majeur est « *qu'ils aillent bien* » dit-il en parlant des résidents. S'il a une approche rigoureuse de la législation dans son management, il n'en délaisse pas pour autant les opportunités de leur faire plaisir, notamment en matière culinaire ou en ce qui concerne les sorties à l'extérieur. Son souci de respect de leurs droits transparaît lors de chaque réunion de travail avec les personnels. Il interroge les pratiques au regard du droit à l'intimité, à la liberté, ce qui n'est pas toujours aisé du fait de la population accueillie.

Il s'est également préoccupé des plannings des personnels et a construit, un roulement, « *plus équitable* » disent certains agents, remettant en cause certains avantages acquis au dire d'une infirmière, « *il y en a qui faisaient toujours le matin et qui étaient chez eux dans l'unité de maison de retraite.* »

Il est aidé dans sa fonction managériale de deux cadres, l'adjoint des cadres, et le cadre de santé dont il attend « *une aide pour mettre en œuvre la politique arrêtée* », un partage de réflexion pour une prise de décision éclairée. Il entend travailler dans la confiance avec eux.

L'adjoint des cadres a été recruté par concours voici deux ans, il était chargé de communication dans un centre hospitalier lors de sa précédente expérience, il est responsable du service administratif, de la lingerie et des ateliers dont il encadre les personnels. Il est également responsable du plan de formation et de sa réalisation. Il dit être satisfait d'avoir des responsabilités et des tâches multiples et variées. Il est très souvent sollicité directement pour le matériel, l'approvisionnement ou même parfois pour le fonctionnement des unités d'hébergement.

Le cadre de santé est dans sa dernière année d'exercice professionnel, elle dit ne pas avoir réussi à s'imposer dans l'établissement en tant que cadre, elle a été recrutée en tant qu'infirmière de l'unité spécialisée. Elle dit ne pas avoir été reconnue en tant que cadre

par le directeur précédent, elle avait une « *double casquette, faisait les plannings sur son temps personnel et travaillait dix heures par jour.* »

Le directeur actuel l'a incitée à suivre une formation de professionnalisation. Elle occupe actuellement un poste de cadre de santé à temps plein, mais elle dit manquer « *d'outils et de compétences.* ». Son bonheur est de s'occuper des résidents et des familles, elle vit la gestion du personnel comme « *une horreur et les plannings comme une corvée.* » ; les personnels, n'ont aujourd'hui que des droits, avance-t-elle, « *je ne m'y retrouve pas.* »⁷. Elle aspire à un départ prochain à la retraite, dont elle parle quasi quotidiennement.

Des réunions de direction ont lieu chaque semaine avec tous les responsables, chaque pôle d'activité est abordé. Les échanges entre responsables permettent de régler certains problèmes, ou de prévoir et organiser, les actions à mettre en œuvre.

Les informations sont données soit en réunion, soit au moment des transmissions, soit par affichage.

Le directeur pense qu'une trop grande communication « *brouille le message* », qu'il faut dire « *juste ce qu'il faut, ainsi ils en comprennent l'importance.* » Il dit communiquer parfois pour « *remonter le moral des troupes.* »⁸

Les projets mis en œuvre font l'objet d'une information globale, mais le personnel pense avoir manqué d'information pour le projet de l'accueil de jour.

La communication se fait aussi au cours des instances telles que le conseil d'administration, le comité technique d'établissement, le conseil de la vie sociale.

Des commissions de menus mensuelles permettent une meilleure coordination entre usagers, personnels de soins, cuisine.

Les personnels souhaiteraient des réunions de fonctionnement de services avec le cadre de santé.

Au total, ce qui fait consensus pour l'ensemble des acteurs institutionnels semble être leur différence d'appréciation pour une même situation; chacun dénonce sa solitude dans l'action. Le mal être qui s'en suit est interprété comme un « manque d'implication » et pourtant la réponse faite aux usagers semble correspondre à leurs attentes.

Au regard de ce questionnaire, il m'a paru important de présenter le contexte dans lequel j'ai effectué mon stage de directeur d'établissement sanitaire et social et notamment, l'environnement, les projets, les moyens humains dont il dispose. Cette

⁷ Propos recueillis auprès du cadre de santé au cours de l'entretien du 4 avril 2007 ;

⁸ Propos recueillis auprès du directeur de la structure au cours de l'entretien du 3 mai 2007.

première observation m'a permis de cibler le cadre théorique et conceptuel de mes recherches. L'implication des acteurs de l'établissement semble donc poser problème, alors que je dois mettre en place, une démarche d'amélioration continue des pratiques que je souhaite participative. Dans un premier temps, au regard de ma fonction de directeur je me propose de mener une réflexion sur le management, d'examiner le concept de motivation des acteurs, et enfin celui de l'implication professionnelle. Ces recherches me semblent un préalable indispensable; elles devraient me permettre de trouver les leviers nécessaires pour créer une dynamique de progrès.

1.2 Le management au service d'une démarche d'amélioration de la qualité : quelques notions théoriques

La conduite de l'action collective que Crozier définit comme «un construit social dont l'existence pose problème et dont il reste à expliquer les conditions d'émergence et de maintien⁹ » suppose de s'interroger sur l'activité d'organisation et de supervision du travail. Il est en effet courant de s'interroger sur le niveau d'implication des agents dans les démarches projet mais remettre en question ses pratiques managériales me semble fondamental pour s'engager dans une démarche pérenne d'amélioration de la qualité.

C'est pourquoi, afin de nous repositionner dans nos pratiques managériales et de mieux en appréhender les phénomènes implicites ou explicites en œuvre dans la gestion d'un établissement, nous allons nous référer à différents auteurs et nous éclairer des théories et concepts portant sur le management, la motivation et l'implication professionnelle.

1.2.1 Qu'est ce que le management ?

Interroger le contexte, décider d'un plan d'actions réaliste et le mener à terme, sont les préoccupations de toute personne en situation de management, ce sont aussi des signes forts d'une volonté de changement pour les salariés de l'entreprise sociale [*nous avons commencé une démarche qui doit être poursuivie, nous ne devons plus nous arrêter*]¹⁰

Cet exercice nécessite de poser les règles managériales, le bien fondé de l'action.

Si le management est une science récente, elle puise ses origines dans l'entreprise dès le XVIème siècle, dans l'action de l'ingénieur dont le rôle est de gérer et de coordonner. Cette fonction évolue vers la gestion de projets et l'innovation dès le XVIIIème siècle avec l'industrialisation, la création de nouvelles machines. Ce n'est qu'au XIXème siècle que la science de l'organisation du travail se structure, l'ingénieur devient alors, le chef des

⁹ Crozier M., Friedberg E., L'acteur et le système, les contraintes de l'action collective, éditions du seuil, 1977,500 pages, page 15

¹⁰ Propos tenus par le directeur de la structure lors de la réunion de présentation des travaux qualité effectués par les quatre groupes, réunion du 22 juin 2007.

ouvriers et en 1920 apparaît la notion de management. Taylor et Fayol créent l'organisation scientifique du travail (OST), dont les effets sur l'entreprise ont permis de constater une hausse de la productivité, une standardisation des produits et de leur qualité, une séparation entre ceux qui conçoivent et ceux qui exécutent, une déshumanisation du travail.¹¹

Ces modèles dits classiques ne correspondent pas réellement aux attentes de l'entreprise sociale car ils expriment une vision simpliste des individus entraînant à terme une difficulté à mobiliser les employés alors démotivés, méfiants et peu créatifs. Cependant, certaines démarches qualité s'inspirent de cette théorie, on peut alors craindre, que l'élaboration systématique de procédures et méthodes, en réduisant le doute crée la répétition systématique de gestes de soins, excluant la prise en compte des désirs et besoins de l'usager au profit du seul fonctionnement de l'entreprise. Méfions-nous donc de l'utilisation systématique de procédures dont la stricte application serait un frein à toute créativité !

Par ailleurs, on retient de cette école une définition des fonctions du manager encore d'actualité. Fayol a jeté les bases de la conception de la fonction administrative moderne. Prévoir, organiser, coordonner, diriger, contrôler tels sont les fonctions du manager en l'occurrence du directeur de l'entreprise sociale.¹²

L'école des Relations Humaines, en revanche place les individus comme ayant naturellement besoin d'appartenir à un groupe capable d'imposer ses propres normes. Cette organisation sociale est pour une part formelle, pour l'autre informelle. Les dispositifs et règles de la gestion du personnel ne sont donc qu'une partie de l'organisation sociale, introduits pour atteindre les objectifs économiques de l'entreprise¹³. L'organisation informelle, quant à elle, prend en compte les relations interpersonnelles dans lesquelles sont pris les individus, ce sont les variables sociales telles que la considération, le prestige, l'autonomie, le maintien dans l'emploi, l'intégration dans le groupe et les besoins de l'individu lui-même, sa motivation, ses sources de satisfaction. L'école des relations humaines a donné naissance à des techniques de gestion basées sur l'humain dont l'objectif reste l'augmentation de la productivité. En proposant une certaine autonomie et la capacité de décision à l'individu, elle donne naissance au management participatif dont le principal écueil est de donner à l'individu l'illusion de

¹¹ Boussard V., Craipeau S., Drais E., guillaume O., Metzger J.L., Le socio-manager, sociologie pour une pratique managériale, éditions Dunod, Paris, 2004, Page 4

¹² El Akrimi A., Analyse organisationnelle et stratégie d'action, cours du 15 novembre 2006, IAE, Toulouse.

¹³ Ibid, Page 35.

décider alors que les décisions sont déjà prises. L'individu, se sentant berné, développera alors des résistances au changement pour tout autre projet.

Dans le management participatif, la complexité de l'organisation sociale est délaissée au profit des besoins de l'individu tels que les a exprimés Maslow. Selon lui, le comportement humain au travail est d'autant plus coopératif et productif qu'il trouve dans l'organisation, une occasion de satisfaction des besoins et de réalisation de soi, de motivation.¹⁴, Maslow émet comme principe que la motivation de tout individu serait suscitée par la volonté de satisfaire ses besoins.

1.2.2 L'influence du management sur la motivation

L'intérêt pour la motivation au travail repose sur le principe que la réussite de l'entreprise dépend des performances collectives, elles-mêmes tributaires des performances individuelles.¹⁵

De nombreux auteurs se sont intéressés à la façon d'améliorer la motivation des salariés, de les rendre plus efficaces collectivement. Ce concept s'avère d'autant plus complexe qu'il confine à des concepts voisins tels que satisfaction au travail, implication organisationnelle, engagement dans le travail ou encore mobilisation du personnel.

Il existe de nombreuses théories de la motivation, Herzberg en particulier propose une théorie bi-factorielle de contenu, affirmant que la motivation est suscitée par la recherche d'une satisfaction optimale de certains besoins. Il distingue deux catégories de facteurs en milieu de travail qui interviennent dans le mécanisme de la motivation. La première catégorie de facteurs de motivation est désignée comme l'accomplissement, la reconnaissance du travail bien fait, l'objet même du travail, la responsabilité, la promotion, la possibilité de développement. La satisfaction est ici indépendante de l'insatisfaction, c'est-à-dire que les facteurs de motivation peuvent produire de la satisfaction ou au pire de l'insatisfaction mais ils ne sont pas à l'origine de cette motivation.

Les facteurs de la deuxième catégorie poussent l'individu à agir sans véritable motivation, ce sont les facteurs d'hygiène qui pourraient même apporter de l'insatisfaction, ce sont les supérieurs, la politique et l'administration de l'entreprise, les conditions de travail, la relation avec les collègues, les subordonnés et les supérieurs, la sécurité de l'emploi, les facteurs de vie personnelle... Les facteurs de motivation se rapportent donc au contenu du travail. Les facteurs d'hygiène se rapportent au contexte du travail, c'est-à-dire aux

¹⁴ El Akrémi A., Analyse organisationnelle et stratégie d'action, cours du 15 novembre 2006, IAE, Toulouse

¹⁵ Roussel P., La motivation au travail, note n° 326, octobre 2000, LIHRE, Université Toulouse 1, sciences sociales, <http://www.univ-tlse1>

circonstances dans lesquelles l'individu l'accomplit. D'après cette théorie, pour maintenir la motivation d'un salarié dans son travail, il serait indispensable d'incorporer ces facteurs de motivation dans son emploi pour l'enrichir.

Selon Vallerand et Hill, la motivation est un construit hypothétique utilisé afin de décrire les forces internes et/ou externes produisant le déclenchement, la direction, l'intensité et la persistance du comportement. Ainsi la motivation au travail peut se définir comme un processus qui active, oriente, dynamise et maintient le comportement des individus vers la réalisation d'objectifs attendus.¹⁶.

Les divers modèles théoriques intégrateurs de la motivation au travail, l'analysent tous comme « la volonté de bien faire ». La volonté se manifeste par la décision d'agir et la performance est la résultante du processus motivationnel, faire du bon travail au mieux de ses capacités. Ils mettent aussi en évidence l'importance du contexte de travail. Le climat de travail serait un déterminant essentiel de la motivation. Le type de management exercé, la charge de travail, les relations entre les employés et l'encadrement sont autant d'éléments qui influencent la motivation et dépendent des choix politiques des ressources humaines.

Vroom, Porter et Lawler cherchent à comprendre les éléments qui consistent à provoquer des comportements motivés. Ils pensent qu'il faut renforcer la confiance d'un individu dans le fait que l'action envisagée répondra positivement à ses attentes, que la tâche entreprise lui permettra de satisfaire son besoin.

Beaucoup de chercheurs pensent aujourd'hui qu'il faut abandonner l'idée de motiver les individus dans une entreprise, mais parler plutôt d'engagement, d'implication au travail. Appréhender le concept d'implication professionnelle, est un préalable à toute démarche projet pour laquelle le manager souhaite la participation active des acteurs.

1.2.3 A propos de la relation entre le salarié et son organisation: l'implication professionnelle...

Presque toutes les définitions sur l'implication professionnelle mettent en évidence une relation fusionnelle entre l'individu et l'organisation, Wiener (1982) dit que l'individu accepte les valeurs et les buts et l'organisation et qu'il la valorise en tant que telle indépendamment des avantages qu'il peut en retirer.

Pour Allen et Meyer(1990), l'implication professionnelle s'articule autour de deux axes que sont l'implication affective et l'implication normative. L'implication affective correspond à une identification et à un engagement des salariés vis-à-vis de l'organisation.

¹⁶ Roussel P., La motivation au travail, concept et théories, LIRHE, Toulouse, 2000.

Pour Porter(1982) l'implication professionnelle met en évidence la volonté de l'individu de faire des efforts pour partager les buts et les valeurs de l'organisation ainsi que son désir d'en rester membre.

L'implication normative, quant à elle, repose sur un sentiment d'obligation, sur le devoir moral. Wiener la définit comme résultant des pressions qui poussent l'individu à agir conformément aux intérêts de l'organisation. Elle étudie les mécanismes et les pressions, le plus souvent non conscients, qui s'exercent sur l'individu pour l'amener à penser de la sorte. L'adhésion à l'organisation est ici plus distante, se rapprochant parfois du calcul.

Allen et Meyer décrivent l'implication calculée comme l'attention portée aux coûts associés au fait de rester dans l'organisation.

Pour eux, le salarié ayant une forte implication continue ou calculée reste dans l'organisation parce qu'il en a besoin. Elle constitue donc un moyen de récupérer les coûts ainsi engagés. Un premier investissement les attache et ouvre la voie à d'autres sacrifices telle une logique de surenchère, c'est par exemple cette infirmière qui dit « *je suis si ancienne dans cette maison que je ne peux pas avoir fait tout cela pour rien* ». L'implication continue reflète plus, une forte implication affective, qu'un attachement résultant d'avantages acquis.

Etzioni définit l'implication comme le concept de «compliance»¹⁷, il pense que dans l'implication calculée, l'individu se conforme aux directives de l'organisation en vue d'obtenir certaines récompenses comme une appréciation, la notation, une formation professionnelle, une promotion... dans cette logique, le salarié fait des efforts parce qu'il y a un avantage. L'implication calculée soulève alors plusieurs points. Le premier est la dimension temporelle de ce mode d'implication. Allen et Meyer considèrent un effet cumulatif de cette implication, du fait des investissements plus ou moins récupérables attachant l'individu à l'organisation à moyen et long terme, « *je fais partie des meubles, je regrette d'être resté si longtemps...mais quelque part c'est rassurant de faire partie de l'histoire de l'établissement.* ». Le second point porte sur les facteurs qui composent cette implication continue soit les sacrifices liés à un éventuel départ de l'établissement et l'absence d'alternatives, « *J'habite à côté, c'est pratique et puis quelque chose me dit que c'est ici ma place.* »

L'absence d'alternatives renforce la dimension de sacrifice que Powell et Meyer définissent comme une forme d'aliénation, il peut s'agir de la crainte de ne pas retrouver un travail à salaire égal, ou à intérêt comparable, « *ici, à la maison de retraite, le travail est nettement plus valorisant qu'à l'usine* »

¹⁷ VALEAU P., Gérer l'implication dans le respect des différences, Des associations aux autres organisations, Chapitre 1^{er}, Le concept d'implication,[en ligne], visite sur le site le 3 décembre 2007, disponible sur internet : <http://www.valeau.com>.

Par ailleurs, Meyer décrit les expériences de travail comme un déterminant important de l'implication, mettant en évidence le conflit de rôles comme un frein à l'implication.

Ces conflits de rôles s'expriment de différentes façons, ils sont basés sur la confrontation des logiques d'un ordre ancien vers une réorganisation. Ils se traduisent par une perte de repères, une perte de sens.

La perte de sens, le sentiment de mise à l'écart, freinent alors la participation des salariés à la vie de l'entreprise. Ceux-ci expriment alors leur ressentiment lié à l'implication affective qui est la leur, « *la participation, c'est important... Jusque là on nous faisait participer aux projets de reconstruction, cette fois, nous avons été écartés, je ne sais pas pourquoi...j'avais pourtant des idées...ça me touche.* »

Dès lors, le manager considérant l'implication comme une ressource pour l'entreprise aura pour objectif de construire des situations susceptibles de faciliter cette implication; Pour cela, il pourra utiliser certains leviers comme la redéfinition des valeurs de l'établissement, la mise en place de défis pour l'entreprise, mais en échange, il devra donner certaines assurances de confort, de sécurité aux salariés.¹⁸

1.2.4 ...et la mobilisation des acteurs

La mobilisation (ou non) des acteurs se trouve au cœur du management, c'est la partie politique de toute communauté d'action. Elle vise à développer la performance des personnes dans l'entreprise par une relation plus étroite à celle-ci et à ses valeurs.¹⁹ La mobilisation est l'art et la manière de susciter la motivation, elle crée de la conviction sur des motifs rationnels ou des appels incantatoires.

Tremblay et ses collaborateurs décrivent les leviers de la mobilisation autour de quatre axes :

- Les missions, valeurs et objectifs de l'institution
- Le leadership des cadres
- Les pratiques en gestion des ressources humaines(GRH)
- L'organisation du travail

Ainsi, la mobilisation peut être à l'initiative d'un tiers ou d'une collectivité. Elle vise à obtenir chez les personnels une adhésion aux objectifs de l'entreprise, se traduisant par une implication, un sens des responsabilités, une réactivité, une fiabilité....²⁰

¹⁸ Beaucourt C. ; L'implication au travail, cours IAE, Toulouse, mars 2007.

¹⁹ Pommier C., Maurice Thévenet, Impliquer les personnes dans l'organisation, biographie de l'auteur, 2002, <http://www.cnam.fr>

²⁰ LOUBAT J.R., 2006, Penser le management en action sociale et médico-sociale, Paris : Dunod, 391 p., Page 227.

Le management s'intéresse donc à la mobilisation des acteurs et à la dimension collective et sociale. Il repose sur la création d'une culture et d'une identité d'entreprise. Si certains facteurs comme un projet collectif, une communication ouverte, une véritable professionnalisation, un souci d'amélioration continue de la qualité peuvent produire une remobilisation des acteurs du secteur sanitaire et social d'autres contribuent à la démobilité. Ce sont les facteurs liés aux types de populations prises en charge, comme l'augmentation de la dépendance des personnes âgées, pouvant développer un sentiment d'inutilité; les facteurs relationnels et institutionnels comme par exemple une mauvaise organisation du travail ou des fonctions et postes mal définis, la perte de l'idéal collectif ou l'absence de projet, les facteurs psychosociaux et les facteurs environnementaux comme par exemple la vétusté des locaux ou des locaux inadaptés au respect des droits des usagers.

Dès lors la démobilité n'est pas une fatalité, les approches collectives s'avèrent les plus efficaces en matière de remobilisation, elles concernent les organisations de travail et la gestion des ressources humaines Le manager aura pour challenge de faire en sorte que les acteurs puissent passer d'une situation subie à une attitude agie. Il s'agira de les recentrer sur des domaines précis en mettant en place des moyens d'observation tels que les outils d'évaluation.

1.2.5 Pour une démarche d'amélioration continue de la qualité

Les établissements sanitaires et sociaux sont fortement invités à s'interroger sur la qualité de leurs services et des dispositifs déployés. Mais, au-delà de la seule réponse aux attentes du législateur qui pourrait faire de cette procédure une simple formalité, une sorte d'examen de passage, nous pensons opportun de nous saisir de cette obligation réglementaire pour interroger nos pratiques, pour donner de la permanence à cette démarche. Il s'agit donc de promouvoir une démarche d'amélioration continue de la qualité (ACQ), en tant que démarche participative. De la motivation du directeur pour une telle démarche, découlera l'intérêt des acteurs institutionnels.

Si la motivation et la participation des acteurs sont nécessaires à cette démarche, encore faut-il qu'ils en comprennent l'intentionnalité. Elle doit donc faire partie du management global de l'établissement; elle témoigne de l'effort fait pour se recentrer sur les bénéficiaires, pour offrir plus de lisibilité aux financeurs et pour optimiser les moyens dont disposent les établissements ou pour l'obtention de moyens nouveaux.

Evaluation de la qualité, qualité, démarche qualité sont des notions qui dépendent les unes des autres, pour autant il est nécessaire d'aider les professionnels à clarifier ces termes.

La plupart des établissements du secteur sanitaire et social ont découvert la qualité par le biais de l'auto-évaluation exigée pour le conventionnement tripartite. C'est une démarche qui permet de s'interroger sur la pertinence, l'efficacité et la conformité des activités, elle permet avant tout aux professionnels de parler de leurs pratiques, d'en faire l'analyse au regard des théories et processus et de sortir de la routine pour rechercher d'autres modes opératoires possibles. L'évaluation permet de faire le constat de ce qui doit être amélioré, elle génère ainsi une démarche qualité qui à son tour devra être évaluée.

Selon Ducalet et Laforcade, « La qualité n'est pas un absolu, elle se construit au cours d'un système où se croisent nos représentations sociales et culturelles, l'état de nos connaissances - de l'infiniment grand à l'infiniment petit- et de nos technologies. »²¹. La qualité est avant tout un état d'esprit, un cheminement, une tension permanente, elle suppose un goût pour le doute et l'inachevé, mais elle est aussi une démarche méthodologique, sans quoi la qualité ne serait qu'un vœu pieux.

La construction de cet état d'esprit est donc une des premières missions du directeur. « *Tout au long de ma carrière, je me suis évertué à cultiver le doute, je nie les évidences, c'est mon mode de réflexion... le doute n'éclaire pas toujours la décision* »²² tels furent les propos du directeur de l'établissement qui m'accueillait en stage.

« La démarche qualité quant à elle, relève d'un engagement stratégique et professionnel qui se traduit par un certain type d'organisation, par la mise en place de procédures opérationnelles déterminées et leur mesure de contrôle. Elle est le processus²³ global qui permet à un opérateur d'obtenir et de garantir un certain niveau de qualité. »²⁴

Répondre à la quête de sens des professionnels, à la mission sociale de l'établissement, aux besoins de la population, tels sont les missions de la démarche qualité. Pour cela, des choix stratégiques s'imposent, le directeur doit susciter l'exploration de tous les possibles qui ouvriront un espace de liberté aux professionnels. La démarche qualité se construit donc sur l'aptitude des acteurs à relier ce qui est disjoint, à rechercher une cohérence, à retrouver l'utilisateur dans sa globalité, « *l'équipe c'est primordial, c'est une chaîne, chacun de nous en un maillon* » me dit un AMP. Les acteurs ont tous une connaissance partielle des bénéficiaires, il s'agit donc de décloisonner les interventions des divers intervenants internes ou externes, de passer d'une logique de résidents objets à celle de résidents sujets de droits, capable d'évaluer la qualité du service rendu.

²¹ DUCALET, PH., LAFORCADE M, 2004, *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales, Sens, enjeux, et méthodes*, 2^{ème} édition, Paris : Seli Arslan, 335 p., Page 13.

²² Extrait de l'entretien réalisé auprès du directeur d'établissement le 7 juin 2007.

²³ La fondation européenne définit le processus comme une succession d'étapes qui ajoutent de la valeur à des produits / services sortants, réalisés à partir de produits/services entrants

²⁴ Loubat J.R ; Evaluation de la qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux, revue Gestions hospitalières, mars 2006, Page 207-212.

La démarche d'amélioration de la qualité interroge l'établissement dans son ensemble, ses valeurs, son organisation, et ses pratiques managériales et plus particulièrement celles du directeur dont le rôle est de favoriser la participation des bénéficiaires, l'appropriation de la démarche, l'implication des personnels, le travail en collaboration.

1.3 La démarche qualité, l'évaluation dans le contexte législatif et réglementaire

Les lois de décentralisation, la réforme de la tarification²⁵, la prise en charge de l'autonomie participent de l'évolution de l'adéquation entre les moyens mis à disposition et la qualité des prestations. Cela nécessite d'évaluer aussi bien les besoins que les moyens nécessaires en regard. Par ailleurs, la programmation de tout projet doit s'intégrer dans un schéma départemental répondant à l'évaluation des besoins de la population âgée.

L'évaluation est donc apparue dans les établissements sanitaires et sociaux dans un contexte de maîtrise des dépenses ou en tout cas d'optimisation des moyens même si aujourd'hui elle recouvre un champ beaucoup plus large et notamment celui de l'évaluation de la qualité des prestations proposées aux bénéficiaires

1.3.1 Les orientations des politiques sociales en matière d'évaluation

L'évaluation dans le secteur sanitaire et social a vu le jour pour répondre avant tout à un souci de clarification et de maîtrise des dépenses publiques

- L'optimisation des moyens :

Dans un premier temps la loi n°97-60 du 24 janvier 1997 relative à la prestation spécifique dépendance(PSD) avait pour objectif de favoriser l'évaluation des prestations servies aux personnes âgées par le moyen de conventions organisant des dispositifs d'observation partagée pouvant être passée avec l'Etat, le département, les organismes de protection sociale et les communes souhaitant y participer. Puis, la réforme de la tarification et le décret n° 99-316 du 26 avril 1999²⁶ introduit en son article 18, les critères de qualité de prises en charge, des indicateurs médico-sociaux et économiques. Les autorités de tarification demandent alors une justification des écarts entre la valeur nette des points proposée par l'établissement et la valeur nette moyenne départementale. Aujourd'hui, la

²⁵ Loi n°97-60 du 24 janvier 1997 tendant dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance.

²⁶ Décret n° 99-316 du 26 avril 1999 et décret n° 99-317 relatifs aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes et à la gestion budgétaire et comptable des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes

tarification n'est toujours pas liée à l'exigence de résultats, l'évaluation se met en place progressivement.

➤ Vers une qualité des prestations :

Depuis la loi n° 75-535 du 30 juin 1975²⁷ la société française a connu une modification des données qui avait présidé à son adoption. Ces données sont la crise du premier choc pétrolier, la décentralisation²⁸ avec de nouveaux acteurs qui investissent le champ sanitaire et social, l'expression des minorités ou des particularités individuelles et la construction européenne. En décembre 1995, l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) présente un rapport n° 95-135 sur les effets de cette loi. Ils font apparaître des dysfonctionnements tels que des inégalités de droit des usagers, des établissements de qualité très variable, une insuffisance d'affirmation des priorités de la part des autorités. Un projet de loi d'amélioration puis de modernisation de cette loi est entrepris et adopté en conseil des ministres le 26 juillet 2000.

La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale instaure un véritable dispositif d'évaluation de la qualité des prestations. L'évaluation revêt ici plusieurs sens et sa présence dans de nombreux articles lui fait une place importante.

L'article 2 (article L.116-1 du CASF) définit l'action sociale et médico-sociale comme reposant « sur une évaluation continue des besoins et des attentes des membres de tous les groupes sociaux. » Le plan Solidarité grand âge du 27 juin 2006 qui définit cinq grands axes de la prise en charge fait écho à cet article, il constitue le plan d'action de cette évaluation des besoins.²⁹

L'article 12 (article L.311-8 du CASF) prévoit que chaque établissement définisse « ses objectifs notamment en matière d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement » au regard des droits des usagers du secteur social et médico-social. Les bénéficiaires sont donc des partenaires à part entière des établissements, leur participation au projet d'établissement et à la mise en place de la démarche qualité est donc sous-entendue.

Enfin l'article L.312-8 définit le dispositif d'évaluation des établissements et notamment la création du Conseil National de l'Evaluation Sociale et Médico- Sociale(CNESMS) placé auprès du ministre chargé de l'action sociale, « il porte l'ambition d'impulser une culture

²⁷ Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales

²⁸ Les lois de décentralisation sont les lois n° 82-213 du 2 mars 1982, n° 83-663 du 22 juillet 1983 et la loi n° 86-486 du 14 mars 1986.

²⁹ Les cinq axes du plan sont le libre choix du domicile, la recherche de nouvelles formules de prise en charge, l'adaptation de l'hôpital aux personnes âgées, le financement solidaire de la dépendance, la recherche et la prévention en faveur des maladies liées au vieillissement

de l'évaluation propre au secteur social et médico-social. »³⁰ Il est aujourd'hui remplacé par l'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux³¹ (décret n° 2007-324 du 8 mars 2007.)

1.3.2 Les missions de l'évaluation

- Le renouvellement des autorisations

L'évaluation prend aujourd'hui une place prépondérante dans le dispositif d'organisation des activités sociales et médico-sociales, le renouvellement total ou partiel des autorisations est subordonné aux résultats de l'évaluation externe (article L. 313-1 du CASF).

- L'évaluation des activités en faveur des usagers

L'article L.312-8 du CASF précise que les établissements doivent procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, c'est l'évaluation interne qui consiste en une auto-évaluation que chaque établissement devra conduire selon des procédures, recommandations de bonnes pratiques validées par l'agence nationale d'évaluation au regard des droits des usagers.

L'évaluation interne revêt un caractère obligatoire néanmoins, l'agence nationale d'évaluation « entend respecter la marge d'autonomie dont les établissements et services doivent bénéficier pour la conduite des évaluations. »³²

Faire évoluer les pratiques et les compétences, produire des connaissances pour nourrir la décision, valoriser l'action conduite, s'adapter et anticiper les besoins sociaux, contribuer à l'évolution du secteur, sont les missions de l'évaluation interne

- Les conventions tripartites

Elles devront comprendre des engagements souscrivant dans la démarche qualité.

1-3-3-Le dispositif d'évaluation

C'est un dispositif en deux temps, dont la mise en œuvre est fixée par la circulaire d'application de l'article 80 de la loi n° 2002-2 (DGAS/2006/53)³³ elle prévoit un délai supplémentaire pour la réalisation des évaluations internes et externes dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux

- L'évaluation interne

³⁰ CNESMES, septembre 2006, L'évaluation interne, guide méthodologique pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux, Démarche qualité, évaluation interne et recours à un prestataire [en ligne], visité le 15 février 2006, disponible sur internet : www.personnes-âgées.gouv.fr/dossiers/etab-medicosocio/g-méthopdf

³¹ ANESM: Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

³² Ibid.

³³ Circulaire n° DGAS/2006/53 du 10 Février 2006 relative aux dates de mise en œuvre des évaluations.

Ses résultats doivent être communiqués tous les cinq ans à l'autorité ayant délivré l'autorisation. Faire évoluer les pratiques et les compétences, produire des connaissances pour nourrir la décision, renouveler le dialogue, valoriser l'action conduite, s'adapter et anticiper les besoins sociaux, contribuer à l'évolution du secteur tels sont les objectifs de l'évaluation interne.

Cette démarche d'évaluation doit être intégrée à la politique de l'établissement, elle exige rigueur, méthode et énergie, elle doit éclairer et favoriser la prise de décision.

➤ L'évaluation externe

Elle doit être effectuée au cours des sept années suivant l'autorisation. Le décret n° 2007-975 en fixe le contenu du cahier des charges.³⁴ Elle s'appuie sur les observations des pratiques sur le terrain et s'assure notamment de l'effectivité des droits des usagers. Elle se préoccupe également du fonctionnement de l'établissement. Elle est réalisée par un organisme habilité à la demande du chef d'établissement et au regard d'une mise en concurrence dans le respect du code des marchés publics. Les résultats sont remis au gestionnaire qui devra les transmettre à l'autorité ayant délivré l'autorisation, ils portent sur les conditions d'élaboration et de mise en œuvre du projet d'établissement, sur la participation des usagers, la prévention des risques de maltraitance, l'ouverture de l'établissement sur son environnement.³⁵

Outre une obligation réglementaire l'évaluation interne doit être une opportunité pour faire évoluer les établissements vers une culture qualité. Décider d'engager l'établissement dans une démarche d'évaluation interne est un acte de gouvernance et de management, c'est créer une dynamique collective qui doit impliquer l'ensemble de l'institution à travers ses valeurs, ses missions, son projet, sa stratégie et son organisation.

Impliquer les acteurs, telle était ma préoccupation dans la mise en place de la démarche d'amélioration continue des pratiques dans l'établissement qui m'accueillait en stage. En effet, l'implication au dire des acteurs était le problème de l'institution, ceci revenait tel un leitmotiv dans les réunions ou discussions diverses. Ce fut donc sur cet élément que je construisis mon enquête.

³⁴ Décret n° 2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

³⁵ Actualités sociales hebdomadaires, le cahier des charges pour l'évaluation externe des établissements sociaux et médico-sociaux et publié, n°2509, 25 mai 2007

2 Pour appréhender le niveau d'implication des acteurs : un relevé de l'opinion des personnels sur leur vécu professionnel

2.1 Méthodologie d'enquête

Sont concernées toutes les catégories de professionnels, administratif, logistique et soignant ; la démarche d'amélioration des pratiques s'adresse à l'ensemble des personnels. Je n'ai pas interrogé le médecin coordonateur car il ne souhaitait pas renouveler son contrat.

Je me suis également entretenue avec une stagiaire de l'institut de formation en soins infirmiers(IFSI) qui pouvait apporter un regard extérieur sur l'établissement. J'ai décomposé mon enquête en quatre étapes.

2.1.1 Définir les objectifs de recherche

Connaître le niveau d'implication des acteurs qui déterminera la méthode projet choisie par la direction ainsi que le type de management nécessaire à une action pérenne.

2.1.2 Les recherches préalables

Mes premières recherches bibliographiques ont porté sur le thème de l'implication en général, puis sur l'implication professionnelle en particulier et sur les concepts voisins comme la motivation et la mobilisation du personnel. Ces recherches associées à mon expérience de terrain en tant qu'acteur m'ont permis de construire la trame des entretiens semi-directifs.

Des documents écrits ont également été utilisés tels que le résultat de la première auto-évaluation, les compte rendus du conseil de la vie sociale, du conseil d'administration, le rapport du consultant du groupe « organisation de travail », les documents concernant les diverses réglementations, les diverses conventions...

2.1.3 Les observations complémentaires

J'ai également observé l'interactivité entre le manager et les personnels et partenaires au cours de réunions où je participais, sans en être l'animateur.

Ces réunions concernaient

- L'accueil de jour : visite de conformité, un point sur l'organisation au bout d'un mois de fonctionnement
- L'organisation du travail : Quatre comités de pilotage entre mars et juin 2007, présentation des travaux sur l'organisation au personnel

➤ **Comités de direction : réunions hebdomadaires**

Les réunions des groupes de travail concernant l'amélioration de la qualité n'ont pas été prises en compte même si l'implication des personnels pouvait y être observée. Il m'a paru difficile de conduire la réunion et d'avoir en même temps, un regard distancié sur la situation.

J'ai pu observer la participation active du directeur et du comité de pilotage composé de l'encadrement, du responsable cuisine, d'une infirmière, de deux aides-soignantes, d'un agent des services hospitaliers à l'ensemble des réunions concernant la réorganisation du travail. J'ai réalisé une grille d'observation de ces réunions. Les thèmes de discussion concernaient les missions de l'établissement, ses valeurs, les représentations professionnelles et l'organisation ³⁶

2.1.4 Détermination des objectifs précis de l'étude

Confirmer, infirmer, ou compléter l'hypothèse selon laquelle l'implication des acteurs influence la qualité des prestations est l'objectif retenu.

2.2 Préparation de l'enquête

La méthodologie d'entretien a été retenue au regard de mon expérience professionnelle et des premières observations faites sur le lieu de stage. Les personnels peu habitués à la culture de l'écrit préfèrent s'exprimer au cours d'entretiens individuels. Par ailleurs, ils ont tous été sensibles à l'intérêt porté à leur vécu professionnel.

2.2.1 Détermination de la population à interroger

Les personnels internes à l'établissement, indépendamment de leur statut (titulaire, stagiaire, contractuel..), constituent la population cible, c'est un échantillon de trente et une personnes qui a été retenu, représentant la moitié de chaque catégorie socioprofessionnelle. Sont exclus la psychomotricienne en arrêt maladie prolongé, le médecin coordonateur et la psychologue dont le temps de travail est utilisé pour réaliser des actes précis dans le cadre de la prise en charge spécifique des résidents.

2.2.2 Préparation de l'enquête

Une première grille d'entretien semi-directif a été testée et non retenue car s'inscrivait d'avantage dans une dynamique de question réponse, susceptible d'« enfermer » les

³⁶ Cf. annexe 1

interlocuteurs dans la « logique » de l'élève directeur. Une nouvelle grille a donc été construite à partir de thèmes relatifs à l'implication professionnelle, servant simplement de support à l'entretien³⁷. Les agents informés du travail que je réalisais étaient totalement libres d'accepter ou non l'entretien.

2.2.3 Protocole de collecte des données

La méthodologie d'entretien semi-directif semble présenter plusieurs avantages :

- Les personnels ont pu s'exprimer dans la mesure où ils étaient assurés de l'anonymisation des réponses
- L'expression est libre, avec possibilité de préciser leur dire.
- la collecte de données est immédiate.
- Le taux de participation est en conséquence maximal

Cette méthode présente aussi quelques inconvénients :

- Ma position d'élève directeur risquait d'influencer les réponses.
- Le matériel recueilli est dense.
- Les digressions sont nombreuses

Tous les agents enquêtés ont été informés au préalable de la nature et des perspectives de mon travail, du respect de la confidentialité et de l'anonymat de leur propos. La durée de chaque entretien était comprise entre 45 minutes et une heure.

2.2.4 Les axes retenus pour l'analyse des entretiens

- L'analyse de la motivation personnelle des agents pour travailler dans un EHPAD et celui-là en particulier, en considérant l'implication comme une composante de la motivation³⁸(question 1)
- L'analyse du contexte professionnel dans lequel les acteurs évoluent, partant de l'hypothèse que celui est un agent modificateur de l'implication professionnelle (questions 2, 3, 4, 5). Nous aborderons ici le vécu professionnel des acteurs, les organisations de travail, le besoins de repères et enfin les jeux d'acteurs.
- L'analyse de l'idéal professionnel considéré comme générateur d'implication professionnelle (question 9)
- L'analyse du contexte managérial modifie le niveau d'implication professionnelle (questions 6, 7,8)

³⁷ Cf. Annexe 2

³⁸ Meyer et al. Ouvrent de nouvelles perspectives de recherche sur l'implication en appréhendant l'implication comme une composante de la motivation en 2004.

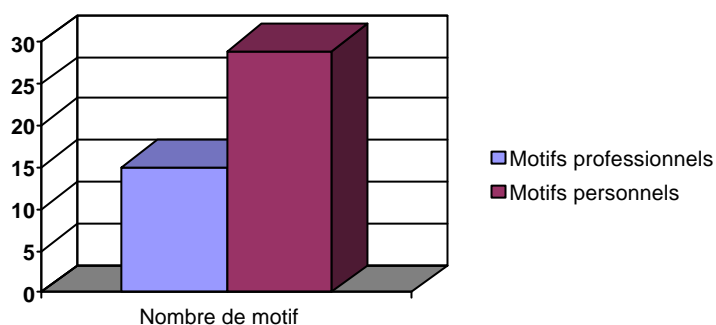
Il nous a semblé intéressant de regrouper les entretiens par grade, supposant que des de point de vue semblables pouvaient apparaître en fonction des catégories professionnelles.

2.3 Résultats de l'enquête

2.3.1 L'implication : une composante de la motivation

L'objectif de la question 1 était de savoir dans quelle mesure les agents avaient fait le choix de travailler dans l'établissement, partant de l'hypothèse qu'un choix délibéré pouvait avoir une influence positive sur l'implication, le fait que certains agents aient fait le choix de travailler dans l'établissement pour des raisons personnelles ne signifie pas pour autant l'absence d'implication, ce sont simplement les raisons qui les ont motivés.

Motifs d'entrée dans l'établissement	Nombre de motifs
Motifs professionnels	15
Motifs personnels	29



1 Les motifs d'entrée dans l'établissement

Nous constatons que ce sont les motifs personnels qui priment sur les motifs professionnels.

Le nombre de réponses est supérieur au nombre d'entretiens réalisés, certains entretiens mettent en évidence plusieurs motifs d'entrée dans l'établissement.

On peut noter que parmi les cinq personnes qui sont venues travailler dans l'établissement du fait de projets, l'une d'entre elles a quitté l'établissement (IDE), une autre (ASH) dit que si le projet pour lequel elle a été recrutée n'est pas mis en place, elle quittera l'établissement, « *j'étais motivée, je pensais amener quelque chose de mon savoir-faire, il y a un trop grand décalage entre ce qu'on m'a proposé et la réalité* ».

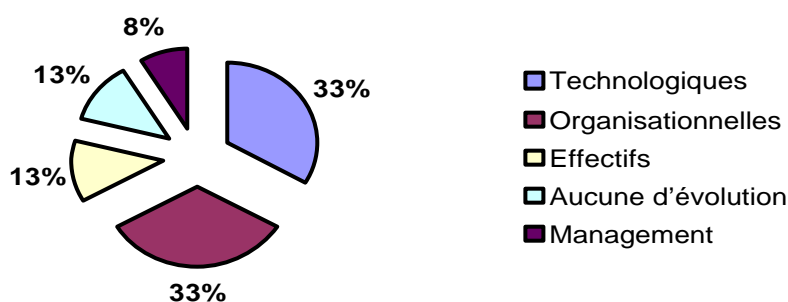
Dans la réponse « Autre » on peut noter que deux agents ont fait leur choix en fonction de l'environnement soit la taille de l'établissement permettant à l'une d'avoir des repères « *ici on n'est pas des numéros* » et à l'autre des gratifications morales (de la part des usagers). Trois personnes (ASH) déplorent l'absence d'encadrement lors du recrutement et une personne recrutée par concours dénonce l'agressivité de ses collègues « *pendant un an, j'ai dégusté* ».

Je remarque qu'une infirmière au cours de l'entretien ne parle pas de son parcours professionnel ni des circonstances de son recrutement mais, du contexte professionnel « *je rentre épuisée à la maison, par tout ce que je vis ici, ça rejailit dans ma vie personnelle* ».

2.3.2 L'influence du contexte professionnel sur l'implication

Pour analyser le contexte de travail, j'ai décidé de prendre en compte plusieurs critères comme les changements survenus dans le poste de travail (évolutions), les sources de difficultés, les attentes professionnelles, l'organisation du travail et le fonctionnement institutionnel

Technologiques	Organisationnelles	Effectifs	Aucune évolution	Management
8	8	3	3	3



2 Les éléments contextuels de l'implication: la nature des évolutions des postes de travail

➤ Des évolutions technologiques

Au total, toutes les catégories professionnelles excepté les infirmières soulignent l'évolution des technologies comme des éléments d'amélioration de leurs conditions de travail, il s'agit de l'informatisation pour les agents administratifs(2), de matériel médical pour le confort des résidents (4). Les agents hospitaliers ainsi qu'une aide-soignante soulignent que cette amélioration est visible non seulement pour les soignants mais également pour les résidents. La pénibilité du travail lors des transferts et la fatigue qui s'en suit sont ainsi diminuées. Elles pensent qu'elles font courir beaucoup moins de risques aux résidents tels que chutes ou plaies. Le cuisinier souligne comme positive la restructuration de la cuisine.

A contrario, le personnel de lingerie(2) met en évidence la nécessité de remplacer le matériel pour fournir du travail de meilleure qualité, « *ça me peine de voir que les soignants ne sont pas contents des prestations de lingerie* ». De plus l'une d'elles parle de mise aux normes. Le personnel d'entretien(1) s'inquiète du vieillissement des bâtiments.

Un agent administratif évoque la modification de la facturation aux résidents comme une source de difficulté (facturation de l'allocation personnalisée d'autonomie : APA).

Les méthodes de travail sont jugées anciennes par deux aides-soignantes(AS), voire très anciennes par une infirmière, une AS fait part de son idée de la difficulté à amorcer le changement tandis qu'une ASH dit qu'il doit être accompagné.

Une infirmière avance l'absence de projet de soin, de projet individualisé, des transmissions insuffisants et l'absence de traçabilité en général et en ce qui concerne les médicaments plus particulièrement.

Par ailleurs une aide soignante met en avant le fait que le suivi médical des résidents est meilleur et que le service animation fonctionne bien.

➤ L'organisation du travail

Elle est surtout évoquée par les soignants, deux ASH et cinq AS parlent de la réorganisation du travail et notamment de la redéfinition des fonctions. Une ASH dit que « les ASH ne seront bonnes qu'à pousser le balai », l'AS dit sa satisfaction de « professionnaliser » les différents métiers.

Un agent administratif souligne le fait que la distribution des tâches administratives n'est pas respectée par certains agents, l'accueil principalement provoquant une absence de repères pour le reste du personnel.

➤ Les ressources humaines

Deux AS et une ASH signalent l'augmentation des effectifs comme un élément favorable à une meilleure prise en compte des besoins des résidents, autant dans le respect de leur rythme qu'au niveau de la disponibilité des soignants vis-à-vis des résidents.

➤ Le management

Le mode de management est jugé comme un élément positif du contexte de travail par les agents administratifs(2) et par le cuisinier(1). Ils disent être responsabilisés(2), travailler en confiance, et être valorisés (1).

Au total, le contexte matériel excepté les locaux semble plutôt favorable à une implication professionnelle des acteurs, alors que les méthodes de travail et d'organisation notamment concernant les soins semblent poser problème, le changement est vécu comme nécessaire mais il va se faire dans la souffrance (1 ASH), il est nécessaire d'accompagner ce changement(1).

Les infirmières de leur côté relèvent la nécessité de créer une véritable équipe(3) et un décloisonnement entre services(2).

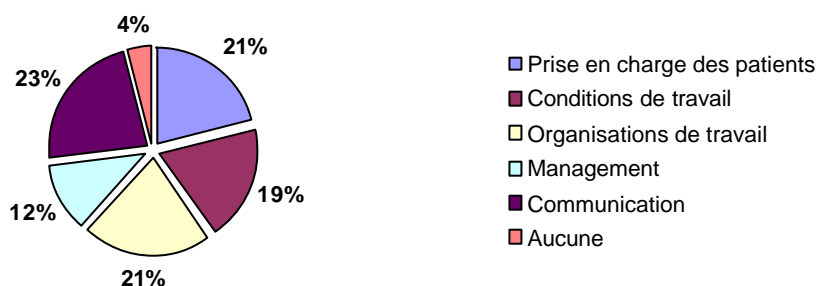
L'ensemble des catégories professionnelles voit la démarche d'amélioration de la qualité comme un moyen de créer une dynamique « *qui va faire bouger* »(12).

Si le contexte constitue un élément d'implication pour les acteurs institutionnels, les difficultés rencontrées peuvent donc avoir une influence négative sur l'implication professionnelle. Par ailleurs, Selon Herzberg, la motivation est influencée par des facteurs externes appelés extrinsèques ou d'hygiène, leur manque ou leur dysfonctionnement rend l'individu insatisfait (alors que leur présence apaise leurs besoins sans vraiment stimuler)

2.3.3 Le vécu professionnel des acteurs et son influence sur l'implication

Les difficultés évoquées participent à la démotivation et à la démobilisation des acteurs, elles concernent :

Prise en charge des patients	Conditions de travail	Organisations de travail	Management	Communication	Aucune
11	10	11	6	12	2



2-Les freins à l'implication professionnelle

➤ Les sources de difficultés

Les difficultés relevées par les acteurs varient selon leur champ d'action ainsi les agents administratifs relèvent des difficultés dans la communication(1) se manifestant par des tensions, des difficultés pour l'information aux familles(1) et enfin des difficultés d'ordre technique, les modifications n'ayant pas été suivies de formation(1).

Les ASH relèvent des difficultés liées à la prise en charge des résidents ; deux personnes soulèvent le non respect de leurs désirs et de leur parole notamment à l'unité spécialisée, ou encore le non respect de leur rythme de vie(1) et l'absence de confort(1)

La plupart soulève leur absence de formation pour une prise en charge de qualité provoquant la crainte de faire des erreurs (4). Il s'agit de la crainte des fausses routes(1), de l'accompagnement de fin de vie(2), de l'accompagnement des résidents déments (5)

et de leur agressivité(3) ; Ces difficultés rencontrées semblent avoir des répercussions sur les agents : « *je souffre, j'ai peur, ça me met en colère, je n'ai pas supporté de travailler à l'unité spécialisée, la charge mentale est trop lourde, j'ai une boule à l'estomac quand je viens travailler, j'encaisse* ». Ce constat de manque de formation est évoqué principalement par les agents hospitaliers.

Les difficultés des ASH sont également en lien avec leurs conditions de travail, elles sont d'ordre matériel, « *charges trop lourde(1)* », « *locaux mal tenus* »(3) et d'ordre organisationnel(3), « *l'organisation n'est pas établie, elle varie presque quotidiennement* » provoquant une perte d'énergie(1). Elles soulignent également des difficultés liées aux plannings, congés et temps de travail, évolution de carrière, absence d'évaluation pour les personnes en contrat à durée déterminé(4), elles expriment fatigue physique et nerveuse(3), deux d'entre elles disent être sous traitement anxiolytique ; Par ailleurs, deux personnes soulignent des difficultés liées à l'encadrement « *trop familier, qui ne tient pas ses promesses* ».

Une aide-soignante soulève des difficultés liées à une prise en charge des résidents centrée sur la dépendance, sur l'absence de projet individualisé et de prise en compte des familles, tandis qu'une autre souligne sa difficulté de relation avec les familles qu'elle juge « parfois agressives », ou encore l'absence d'objectifs clairs « *nous n'allons pas tous dans le même sens* », le manque de cohésion dans l'équipe de soins et enfin la manque de liens entre services, deux autres se plaignent d'une organisation mal définie.

Les animateurs soulignent le manque de transmissions entre leur activité et les activités de soins(1) quant à l'aide-soignant de l'accueil de jour, il déplore le manque de coordination entre les services.

Toutefois deux personnes ne rencontrent aucune difficulté particulière

Les infirmières pour leur part évoquent des difficultés liées au management qu'elles disent « culpabilisant »(1) elles se disent « fliquées »(1), déplorent l'absence de définition des valeurs, l'absence de définition du rôle de chacun, l'immobilisme induit une prise de pouvoir par les uns ou les autres « *ici, ce sont les aides-soignantes qui commandent.* »

Le cuisinier pour sa part soulève des difficultés de coordination avec les services de soins, leur manque d'organisation est dit-il source de nombreux dérangements, il souligne des difficultés de communication avec l'encadrement soignant ;

Une des lingères rapporte sa difficulté de rendre un travail qu'elle estime « bâclé » et les remarques négatives des soignants qui s'en suivent. Le personnel d'entretien souligne également un comportement des soignants qui « n'est pas tendre », il relève par ailleurs des conflits dans son équipe.

Si les difficultés rencontrées sont un frein à l'implication, les sources de satisfaction permettent de maintenir la motivation, de renforcer l'implication professionnelle.

➤ Les sources de satisfaction professionnelle

Buts de l'entreprise	Le travail	L'environnement	Le métier L'expertise	La réputation de l'établissement	Autres
12	7	7	5	2	3

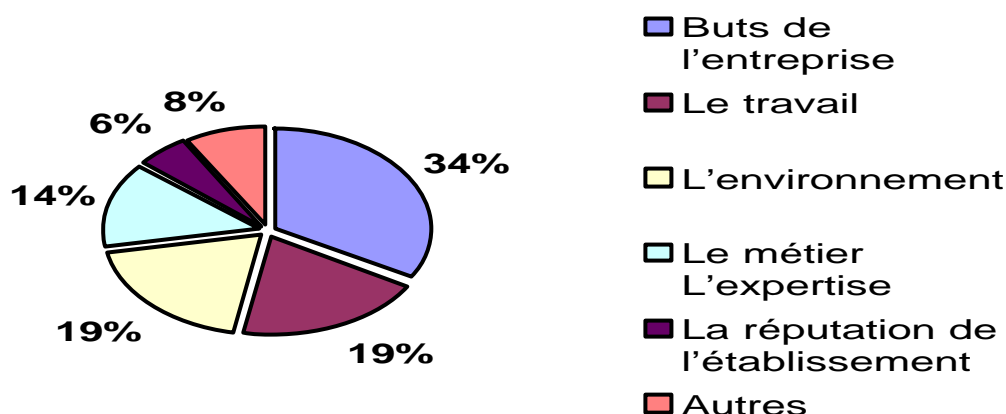


Figure 4 : Les éléments favorables à l'implication

Les sources de satisfaction ont un impact positif sur l'implication professionnelle dont Maurice Thévenet donne les cinq causes majeures qui sont :

- La valeur travail comme activité humaine quel que soit le contenu de l'emploi ou l'organisation, c'est l'éthique du travail à laquelle on associe des valeurs telles que la réalisation de soi, la compétition, l'effort.
- L'environnement, le lieu, l'équipe
- Le produit de l'activité, l'implication étant due à l'activité essentielle de l'entreprise
- Le métier, l'expertise, l'appartenance au milieu professionnel
- L'entreprise elle-même avec l'adhésion à ses buts, valeurs, volonté d'agir dans le sens de ces buts et valeurs³⁹

Les sources de satisfaction semblent homogènes pour l'ensemble des acteurs institutionnels. Elles sont essentiellement liées à la mission première de l'établissement,

³⁹ THEVENET M., 2004, Le plaisir de travailler, Favoriser l'implication des personnes, Paris : L'organisation, 112 pages.

soit la prise en compte des résidents (12) qui s'exprime dans l'ensemble des corps de métiers en fonction des activités de chacun. Elles peuvent être relationnelles pour les agents administratifs, ou liées au confort du résident pour le personnel d'entretien « *j'aime participer au confort, le cadre de vie, c'est important une belle petite chambre avec le mobilier assorti.* Les lingères (2) expriment leur satisfaction au travers de la réponse aux besoins des résidents, « *les résidents sont contents, le linge confortable* ». Les soignants expriment leur satisfaction au travers de la qualité des soins donnée aux résidents(4).

Les sources de satisfaction sont liées au travail lui-même (7) « *je fais mon travail avec plaisir, ce que j'aime, c'est la rigueur dans mon travail* », « *je suis investi dans le fonctionnement de l'établissement* » ou aux gratifications faites par les résidents, leurs familles, l'encadrement, ou la direction(7), « *c'est plus gratifiant ici qu'à l'usine...* ». Le métier lui-même est une source de satisfaction « *l'encadrement des ASH revalorise le métier d'AS* ». Enfin, une AS souligne sa satisfaction par rapport à la réputation de l'établissement « *je pourrais mettre mes parents dans cette maison de retraite, les résidents n'ont pas d'escarre, nous sommes à leur écoute.* »

Les conditions de travail et la gestion des ressources humaines semblent revêtir de l'importance, six personnes soulignent l'intérêt du travail en équipe, l'intérêt pour la formation continue(4) « *j'aime apprendre sur la fin de vie, sur ce qu'est la maltraitance,* » Me P ASH ; pour les horaires et les conditions de travail(3).

Certains agents disent leur satisfaction d'être responsabilisés(3) « *on m'a proposé de devenir formatrice de la manutention pour l'établissement,* » dit Me D, AS, ou encore « *je voudrais être responsable de l'hygiène des locaux* » dit Me P, ASH

De plus, certains agents trouvent des sources de satisfaction dans la collaboration, la négociation, la polyvalence (1 AS).

Les infirmières quant à elles ont peu de sources de satisfaction.

L'ensemble des causes de l'implication professionnelle sont évoquées dans cette question relative au vécu des professionnels, l'environnement et les buts et valeurs de l'entreprise peuvent être largement influencés par le management ce que nous verrons dans le chapitre 2-3-8

2.3.4 L'implication dans les organisations du travail

- L'organisation : une source de conflits

Les organisations de travail mettent en évidence des tensions entre services et entre collègues. Ces conflits semblent être liés à une méconnaissance du travail de l'autre « *les soignants pensent qu'on a la planque* » dit un agent administratif, elle relève les réunions pluridisciplinaires de la démarche qualité comme une opportunité pour favoriser les échanges professionnels et le dialogue.

Les agents hospitaliers rapportent des tensions entre collègues et une difficulté d'intégration pour les nouveaux agents(2)

Les aides-soignantes traduisent ces conflits comme des conflits de rôles(2), « *chacun fait ce qu'il veut* »(3), des conflits professionnels et personnels(2) y compris en présence des résidents. Il y a nécessité d'appréhender le travail en équipe(4)

2.3.5 L'absence de repères

Elle est surtout visible dans l'équipe de soins. Les aides soignantes pensent que les objectifs de travail ne sont pas clairs, « *on part dans tous les sens* »(5), que les infirmières doivent s'impliquer davantage(2) dans l'encadrement de l'équipe.

L'équipe soignante pense que l'absence de projet (2IDE, 2AS, 1ASH) crée des difficultés de fonctionnement, les projets individualisés ne sont pas mis en place(1), les transmissions inefficaces (2).

A contrario, l'accueil de jour fonctionne à partir d'un projet et les personnes âgées qui le fréquentent bénéficient d'un projet de vie individualisé, le personnel de ce service dit que cela permet une évolution favorable pour ces personnes(2).

Le travail est donc organisé sur les tâches « routinières » à effectuer, les infirmières ne voient pas comment faire autrement(2) « *je fais mes médicaments, mes prises de sang, mes pansements* », elles dénoncent également l'absence d'organisation des visites médicales, les médecins arrivent à tout moment de la journée, y compris au moment des repas des résidents(1). On observe également une absence de distanciation par rapport au travail.

Une aide-soignante relève le fait que la qualité de vie s'améliore pour les résidents mais que les conditions de travail se détériorent ; le respect du rythme de vie des résidents a une influence sur les horaires de travail.

Deux aides-soignantes soulignent la nécessité d'élaborer des fiches de postes et des procédures, opinion qui n'est pas partagée par la lingère. Cette dernière pense que les explications valent mieux que des procédures.

Au total, les personnels de soins sont confrontés à des situations nouvelles à partir de représentations anciennes, il s'en suit une perte de repères et des conflits de sens.

2.3.6 Les jeux d'acteurs

Les acteurs interrogés parlent tous de respect, respect des contraintes(1), respect de l'organisation(4) pour une amélioration de la cohérence, respect des protocoles(1), respect des résidents et de leurs droits...

Il semble y avoir une méconnaissance du travail d'un service à l'autre(7) une ASH pense qu'il est nécessaire d'améliorer la communication, qu'il est nécessaire de former un groupe, une équipe(3)

Participation, tolérance, dialogue, complémentarité, échange de talents sont les mots qui caractérisent les échanges souhaités entre acteurs, c'est ainsi qu'ils se représentent une équipe cohérente.

Cependant, il semble exister des jeux de pouvoir entre les groupes professionnels « *ce sont les aides-soignantes qui commandent* » dit une infirmière ou encore « *elles connaissent mieux les résidents que nous, ce sont elles qui assurent quand nous ne sommes plus là* » De leur côté les aides soignantes disent que « *l'infirmière est au-dessus d'elles, mais elle devrait s'impliquer.* »

De leur côté les agents hospitaliers pensent « *n'être bonnes qu'à tenir le balai* » et « *faire le même travail que les aides-soignantes et aussi bien* ». L'agent d'entretien relève que le personnel de soins n'est pas tendre et la lingère avance le fait qu' « *elle est le dernier maillon de la chaîne* »

Par ailleurs, un agent administratif souligne que si les agents sont motivés, il est de la responsabilité de l'encadrement de permettre à cette motivation de durer.

2.3.7 Les représentations professionnelles

Les représentations professionnelles mettent en évidence l'implication à travers un idéal professionnel ; les représentations individuelles permettent d'analyser la distance entre les souhaits, désirs professionnels et les objectifs institutionnels. Les ASH disent faire un métier intéressant(2) mais l'une d'entre elles dit « *nous allons devoir modifier nos représentations et nous recentrer sur notre métier, c'est difficile* ». Pour deux autres leur métier est d'accompagner les résidents jusqu'au bout.

10 personnes voient le métier d'aide-soignante comme un très beau métier, une ASH dit que c'est le même métier avec un grade en plus et des responsabilités. Deux autres ASH voient les AS comme des personnes compétentes et qualifiées.

Les infirmières sont vues comme celles qui font les soins(2), qui donnent des directives(1), encadrent l'équipe(1), en ont la responsabilité(1). Une infirmière souligne la difficulté de cerner son métier, dit qu'elle ne sait pas vraiment ce que veut dire encadrer. Une aide-soignante dit à propos des jeunes infirmières que « *les jeunes générations d'infirmières sont plus à l'écoute des résidents, qu'elles passent plus de temps avec eux, préfèrent l'écoute au cachet* ». Elle rajoute que les tâches administratives leur prennent de plus en plus de temps.

Pour les personnels, le directeur est la personne qui porte la responsabilité de l'établissement(5), qui gère l'établissement(2), une personne dit qu'il est là pour faire respecter les lois et règlements.

Le cadre est vu comme la personne qui fait les plannings(2) tandis que trois personnes voient le cadre comme l'interface entre la direction et le personnel « *c'est la personne qui joue le rôle de tampon, elle a la pression du directeur* ».

13 personnes ne se sont pas exprimées sur cette question.

2.3.8 Le management, un facteur d'influence de l'implication professionnelle

➤ Le management du directeur attendu par les agents

Les personnels sont en demande de communication formalisée de la part du directeur. Ils aimeraient être davantage sollicités(5) pour participer aux divers projets, ils aimeraient que les décisions prises soient expliquées(4), ils apprécient d'être responsabilisés(3). Pour cela ils proposent un journal interne (1ASH), des réunions d'information(2), des réunions de travail (1), une plus grande clarté des notes de service(1), une information sur les projets de travaux(1).

Un AMP suggère de faire des communications en interne comme en externe pour faire connaître les nouveaux projets tels que l'accueil de jour.

Les agents administratifs sont satisfaits de pouvoir donner leur point de vue, des échanges possibles, des informations données aux résidents et à leurs familles.

Une demande de valorisation des points positifs de l'établissement est faite par deux personnes.

Les ASH (5) ne se sentent ni écoutés, ni informés, le cuisinier parle « *d'une mauvaise communication dans la maison* », alors qu'une infirmière dit que « *les gens qui communiquent quelque chose qui gêne sont éliminés* »

➤ Les attentes vis-à-vis du cadre intermédiaire

L'aide attendue se situe au niveau de la gestion des soins, notamment lors de difficultés particulières à la prise en charge des résidents, comme la gestion de la douleur ou des décès (3)

Les personnels attendent également une aide pour la mise en place de projets(4), une amélioration de la qualité des transmissions(2), l'accompagnement dans les changements et notamment la mise en place de protocoles(4)

La gestion des ressources humaines semble être une attente importante, quatre agents demandent des plannings plus réguliers, la conformité entre promesses et décisions prises(2), une médiation en cas de conflits(5).

Il apparaît à trois personnes que les évaluations annuelles ne comportent pas d'objectifs. Une demande de dialogue(1), d'autorité(2) et de contrôle(4) est formulée ; par ailleurs deux personnes ne connaissent pas le rôle du cadre (1 IDE, 1 AS)

➤ Le management en tant que réponse à l'implication calculée

Selon l'école des relations humaines, le management comporte une organisation informelle qui prend en compte les variables sociales telles que la considération, le prestige et l'autonomie, ce que j'ai cherché à comprendre dans l'établissement au travers de la question 8.

Le sentiment d'utilité existe dans tous les corps de métier et notamment dans le corps des aides-soignantes(5)

Les agents attendent une reconnaissance professionnelle et de la considération de la part des résidents (6, le cuisinier, une lingère, 4 AS), des familles (5 : 2 IDE, 3AS), des collègues (2 : 1 ASH, 1 IDE).L'infirmière précise qu'elle souhaite que ses collègues reconnaissent son savoir et son pouvoir. Les deux agents administratifs et une infirmière disent leur besoin d'être reconnues pour leur compétence.

La reconnaissance et la considération sont également attendues de la part de la direction elles se manifestent comme un besoin et de plusieurs façons, il s'agit d'une confiance réciproque (5 : 2 agents administratifs, 2 cadres, 1 lingère), du respect du travail effectué (2 : le personnel des ateliers, le cuisinier), de la considération pour la santé de l'agent lui-même (1 AS). Cette considération se traduit par un impact direct sur la carrière des agents, ce peut être la mise en stage, la titularisation (2), sur la formation professionnelle continue ou qualifiante(5), sur la proposition de participation à des projets(2) ou à la progression de l'établissement(2), sur la reconnaissance des compétences (1), sur la décision de modifier des horaires pour protéger la santé de l'agent (1). L'évaluation annuelle fait partie de cette reconnaissance pour quatre personnes.

Ces diverses récompenses attendues ou obtenues semblent se référer à l'implication calculée comme la décrit Etzioni, un agent administratif décrit cette reconnaissance comme un facteur de motivation, que les théoriciens décrirait plutôt comme une absence de facteur de démotivation, facteurs évoqués plus largement par les agents des services hospitaliers dont l'un parle d' « absence de reconnaissance de l'expertise et du savoir-faire », ou d'absence de considération, cette opinion est partagée par une lingère « nous ne sommes pas trop remerciées » et par une infirmière qui dit être reconnue à l'extérieur de l'établissement pour les services rendus mais pas à l'intérieur. Certains éléments d'organisation, les plannings, donnés au dernier moment sont perçus comme une marque de non respect de la vie personnelle(7). Trois agents hospitaliers ne souhaitent pas se prononcer à ce sujet.

2.4 Brève synthèse

Le premier point sur lequel je peux m'appuyer pour mettre en place une démarche d'amélioration continue des pratiques est celui de la participation potentielle des acteurs institutionnels. En effet, toutes les personnes interrogées ont eu pour souci de s'exprimer avec sincérité et enthousiasme.

Certains éléments du chapitre précédent mettent en évidence l'importance d'une implication normative voire calculée avec un besoin de reconnaissance, de valorisation du travail fait, je devrai donc tenir compte de ces éléments dans le but de maintenir la

motivation des agents, cette question n'est cependant pas développée dans ce mémoire. Par ailleurs, les personnes qui ont accepté d'intégrer l'établissement dans l'objectif de participer à ses projets semblent avoir une implication affective importante qu'ils ont envie de traduire dans l'action, je pourrai donc m'appuyer sur ces personnes pour la mise en place des groupes de travail.

En tant que futur directeur, je pourrai donc trouver les moyens d'influencer l'implication professionnelle des acteurs en redéfinissant les buts et valeurs de l'établissement, en agissant sur l'environnement de travail. Ainsi je développerai les sources de satisfaction professionnelle en recentrant les équipes sur la mission de l'établissement, sur la prise en charge des résidents, sur la responsabilisation des acteurs, sur la cohérence de l'équipe. La mise en œuvre de la démarche qualité me semble donc une opportunité pour résoudre les difficultés évoquées par toutes les catégories professionnelles, soit l'absence de projet, l'absence d'objectifs clairement définis, la cohésion des acteurs quelle que soit leur fonction.

Les entretiens, très riches d'enseignement, m'ont permis de compléter l'hypothèse de départ et d'affirmer que le management exerce une influence sur l'implication des acteurs dont dépend la qualité des prestations.

C'est donc avec ces informations sur la participation et l'implication potentielle des agents que je vais mettre en place, la démarche d'amélioration continue des pratiques.

Face à la situation de mal-être évoquée, il me paraît nécessaire de valoriser les savoir faire, d'entamer une réflexion en groupes pluridisciplinaires, réflexion qui devra se traduire par une mise en action améliorant le quotidien des acteurs. Il s'agit tout d'abord d'amorcer une dynamique de questionnement, d'interrogation des certitudes, d'accepter des résultats modestes. Construire cet état d'esprit est sans aucun doute la première mission du directeur, pour autant, il est également nécessaire de définir une méthode.

Comme en témoigne les entretiens, les acteurs institutionnels sont en demande d'amélioration, mais cette demande oscille confusément entre l'amélioration des conditions de travail et l'amélioration des prestations. Ils souhaitent aussi une meilleure communication entre les partenaires de l'établissement. C'est pourquoi, un projet de réorganisation du travail est mis en place en même temps que celui de l'amélioration de la qualité dont je suis responsable. Il est indispensable de redéfinir les rôles de chacun, de permettre aux infirmières de retrouver leur place, enfin d'organiser une communication efficace entre les unités de soins et les services logistiques.

L'amélioration de la qualité a pour but de recentrer les personnels sur la réponse aux besoins des résidents et non sur la seule continuité de la structure.

Pour ma part, je ciblerai les actions prioritaires suivantes :

1. Mettre en place une politique de communication et d'information dans l'établissement qui facilite l'appropriation des enjeux de la démarche d'amélioration continue des pratiques.

2. Mettre en place une politique d'accueil dans l'établissement qui soit le signe d'une collaboration de tous les acteurs institutionnels, des résidents et des familles et qui respecte les droits fondamentaux des personnes âgées.

3. Mettre en application les préconisations concernant la limitation des risques de la contention physique des résidents, ceci témoignerait de la volonté institutionnelle de respecter les droits des usagers, et notamment leur liberté d'aller et venir⁴⁰, cette préoccupation étant plus prégnante dans l'unité spécialisée accueillant des résidents déments. Cet axe de travail a également pour objet de faire réfléchir les acteurs sur le développement de la « bienveillance » conformément à l'instruction de la direction générale de l'action sociale (DGAS)⁴¹

4 Mettre en place une politique d'hygiène conforme à la législation réduisant le risque d'infection nosocomiale pour les résidents et améliorant les conditions de travail des personnels.

Une cinquième action a été mise en œuvre mais il s'agit de réfléchir au circuit du linge, je ne développerai pas cet aspect dans la mesure où des modifications de fonctionnement vont intervenir sur ce service dans un futur proche. De plus, ces actions mises en place seront intégrées dans le projet d'établissement qui sera élaboré dès le mois de septembre 2007.

Le choix de ces actions m'a semblé pertinent car elles représentent des difficultés rencontrées par les équipes de travail. De plus ces thèmes ont fait l'objet d'un projet d'amélioration lors de l'auto-évaluation. J'aurai pu travailler sur l'organisation du travail en cuisine, les travaux ayant commencé en avril, mais le groupe ne me semblait pas prêt à se mobiliser sur un service aussi spécifique.

Dès mes entretiens réalisés, j'avais la certitude que les acteurs allaient s'impliquer dans la démarche mais, j'entrevois certaines difficultés liées au management et à l'accompagnement du changement au quotidien.

⁴⁰ ANAES, Conférence de consensus, liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, texte des recommandations, version courte

⁴¹ Instruction DGAS/2A n° 2007-112 du 22 mars 2007 relative au développement de la bienveillance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance

3 Propositions d'actions contribuant à l'amélioration des pratiques.

L'évaluation de la qualité est une obligation réglementaire, mais elle est avant tout une opportunité pour passer « d'une idéologie de l'engagement, d'une bonne conscience caritative » à une démarche projet qualité, alliant la quête de sens, l'anticipation stratégique, l'intelligence opératoire, la bonne organisation, la recherche de qualité des prestations, et la maîtrise des dépenses⁴² ». C'est au directeur que revient la mission d'impulser des initiatives, de mobiliser les personnels pour que cette démarche ne soit pas une simple déclaration d'intentions mais une démarche de professionnalisation. Au regard, des résultats du chapitre 2, il me paraît indispensable de mettre en place des actions dont les résultats impactent aussi bien le quotidien des résidents que celui des personnels. Il s'agit là, d'une première étape, certes modeste mais dont les résultats, que j'espère positifs, serviront d'élément déclenchant pour la mise en place prochaine du projet d'établissement. Je me suis donc appuyée sur les éléments du contexte pour mettre en place ces actions sachant qu'une partie des personnels est en attente d'une démarche d'amélioration de la qualité estimant qu'elle est un moyen de créer une dynamique.

3.1 Mener une politique de communication et d'information dans l'établissement affichant clairement les enjeux

En matière de communication, le directeur est responsable des messages qu'il délivre aux personnels, notamment au sujet des projets qu'il compte mettre en œuvre, au regard de la législation et de ses initiatives propres. Or, les acteurs institutionnels peu habitués à se voir dispenser une information sur les objectifs poursuivis par l'établissement, ont besoin de messages clairs adaptés à leur champ de compétences. C'est en effet ce que certains agents m'ont dit au cours des entretiens. Le souci du directeur sera donc de se mettre à la portée de son auditoire, de s'assurer de la bonne compréhension des éléments diffusés, d'expliquer les buts et objectifs poursuivis. Si les personnels sont en demande d'information, il n'en demeure pas moins que ces changements sont susceptibles de provoquer des inquiétudes, notamment pour les personnels de soins et en particulier pour les agents des services hospitaliers et les infirmières dont les contenus professionnels sont en cours de réajustements. L'intérêt de modifier leurs pratiques doit être perçu d'emblée comme un avantage, à savoir une amélioration potentielle de la

⁴² DESHAIES J.L., 2005, Réussir l'amélioration continue de la qualité en action sociale et médico-sociale, Paris : Dunod, 219 pages, Page XVI.

satisfaction des résidents et de la qualité des relations qu'ils entretiennent avec eux ou leur famille et auxquelles ils sont sensibles. Ces transformations seront d'autant plus effectives qu'accompagnées au quotidien.

3.1.1 Une étape importante de la démarche d'amélioration continue des pratiques : l'information faite au personnel

Les entretiens ont révélé la conscience que chacun a de la nécessité de faire évoluer les pratiques, les méthodes de travail; certains d'entre eux disent que le travail part dans tous les sens. Redonner du sens à nos actions est certes un objectif que chacun semble partager mais pour autant les personnels ne sont pas habitués à échanger sur leurs savoir-faire, chacun estimant sa façon de voir comme la meilleure, les conflits qui s'en suivent évoluent à bas bruit, la nécessité de préserver le groupe prime sur toute autre intention. Par ailleurs, une méconnaissance des textes législatifs, fait que les obligations réglementaires concernant l'évaluation de la qualité sont ignorées, ainsi seule l'auto-évaluation pratiquée en 2004 est encore présente dans certaines mémoires mais demeure floue pour beaucoup. De plus, de nombreux personnels ont été recrutés depuis. La première information faite pour l'entrée dans cette démarche doit donc tenir compte de l'ensemble de ces paramètres, elle doit être la plus claire possible, il s'agit de provoquer la curiosité et non l'inquiétude.

Nous décidons de convoquer nominativement l'ensemble des personnels de la structure à la première réunion d'information. Ce mode de convocation est certes, coûteux mais il met en évidence l'importance attachée à son contenu. Ce courrier annonce l'entrée dans la démarche ainsi que les thèmes de travail retenus : Mettre en place une procédure d'admission, trouver les moyens de limiter les risques liés à la contention physique des résidents, mettre en place une politique d'hygiène conforme aux préconisations, enfin mener une réflexion sur la fonction linge en vue de prendre la décision d'externaliser ou non cette prestation. Ce dernier aspect ne sera pas traité ici car il serait trop incomplet, il doit faire l'objet d'un travail complémentaire à la rentrée.

Ces travaux seront faits en groupes pluridisciplinaires, la participation de chacun est fortement souhaitée, le choix du groupe reste libre sous réserve de la présence de toutes les catégories professionnelles dans chaque groupe.

La réunion de présentation est une réunion plénière, le directeur encourage les personnels à s'engager personnellement mais aussi collectivement. Cette introduction a pour visée d'expliquer les objectifs institutionnels en matière de qualité, de solliciter la participation des agents, de valoriser leur savoir-faire. Il s'agit de « mobiliser les hommes

en vue d'atteindre des objectifs communs »⁴³. Les cadres seront responsables de la stratégie définie en comité de pilotage, ils déclineront les objectifs opérationnels avec leurs équipes.

Je resituai ensuite brièvement la démarche dans le cadre de la loi n° 2002-2 de rénovation sociale et médico-sociale. Permettre aux agents d'accéder aux savoirs, me semble être une preuve de considération, d'aide à la progression individuelle et collective. Je présentai ensuite les axes d'amélioration choisis, la méthodologie retenue. Nous allions mettre en place quatre groupes pluridisciplinaires et travailler au rythme d'une réunion d'une heure trente tous les quinze jours. Je pensai également opportun de proposer deux référents par groupe projets, certaines personnes ont manifesté au cours des entretiens la nécessité de s'inscrire dans des démarches projets. Je souhaitai éviter d'avoir à nommer ces personnes, le volontariat me paraissant un signe fort d'engagement, d'implication de leur part et de responsabilisation de la part de la direction. Les candidats devaient se proposer à la première réunion de chaque groupe. Je leur donnai ensuite la planification des réunions, le choix du jour leur incombait.

Les référents ont pour mission d'effectuer les compte rendus de réunions, de convoquer leurs collègues aux réunions suivantes, d'assurer la coordination avec le comité de pilotage, de relayer l'infirmière « référente » pour diffuser et faire vivre les travaux réalisés. Il est donc nécessaire d'aider ces professionnels à jouer pleinement leur rôle, ainsi, j'organisai deux demi-journées de formation à cet effet, aidée de l'adjoint des cadres. Leur participation fut active, leurs questions pertinentes. Je me devais de les rassurer, car pour la plupart, la prise de parole en public est difficile et la crainte de marginalisation du groupe réelle.

3.1.2 L'importance du comité de pilotage

Il aura pour mission « de relier les savoirs et les professionnels »⁴⁴, de gérer la complexité, en tant que « source d'incertitude »⁴⁵, d'aider les personnels à renouveler ses modes de construction des connaissances et ses modes de dialogue avec le réel. »

Nous avons souhaité mettre en place ce comité de pilotage en amont du lancement du projet. Il est constitué du directeur, de l'encadrement du médecin coordonnateur. Les échanges sur la méthodologie choisie, les échéances prévues sont négociés avec ses

⁴³ LOUBAT, J.R., 2005, Elaborer son projet d'établissement social et médico-social, 2^{ème} édition, Paris : Dunod, 354 pages, Page 84 dans la définition du management.

⁴⁴ DUCALET Ph., LAFORCADE M, 2004, Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales, Sens, enjeux, et méthodes, 2^{ème} édition, Paris : Seli Arslan, 335 pages, Page 95.

⁴⁵ Ibid, page 97.

membres. Ils ont pour mission d'aider les équipes à se rassembler autour de la personne accueillie⁴⁶, à mettre en place les processus afférents.

Ce comité a également pour objectif d'élaborer la charte des groupes de travail⁴⁷, la forme des documents qualité, de réfléchir à la présentation de ces documents, à leur validation, à leur diffusion et mise en place. Il réfléchit également aux modalités de partage de cette démarche avec les prestataires externes et notamment les médecins généralistes, kinésithérapeutes, bénévoles...

Les coûts prévisionnels des dépenses liées à la mise en place de cette démarche sont analysés, ils concernent l'évaluation des moyens nécessaires au regard des moyens disponibles : le temps de réunions, les formations nécessaires, l'achat de matériel pour la mise en place de nouveaux protocoles....

Il faut noter par exemple qu'un trop grand nombre de réunions peut nuire à la qualité de prise en charge, en effet le temps attribué aux réunions ampute d'autant le temps de travail auprès des résidents.

Les membres du comité de pilotage font remonter à la direction les problèmes rencontrés dans le fonctionnement des groupes ou dans les services. En effet, la mise en œuvre d'un tel projet est susceptible de provoquer quelques difficultés de fonctionnement, certains agents devançant les nouveaux protocoles et modifiant d'ores et déjà leurs pratiques alors que d'autres attendent les nouvelles directives. Le rôle de l'encadrement est là primordial pour éviter que des dysfonctionnements ne viennent donner raison à ceux qui pourraient être hostiles à tout changement.

3.1.3 La place de l'encadrement intermédiaire : un rôle moteur

Du rôle moteur joué par les cadres intermédiaires dépend en grande partie la réussite des projets. Le directeur fixe les objectifs institutionnels, attribue les moyens pour les réaliser, dit où aller, le cadre se doit d'inventer avec le personnel les manières d'y parvenir.⁴⁸

Ce sont donc les cadres qui perçoivent les difficultés quotidiennes, qui anticipent les problèmes, stimulent et rassurent les équipes dans les tâtonnements éventuels, utilisent les erreurs comme source de progrès et non comme un jugement négatif du travail effectué ; ils communiquent aussi leur dynamisme.

Nous avons mis en évidence au cours de notre étude un encadrement des équipes de soins centré sur la tradition, valorisant «l'idée de vocation, de charisme, de valeurs

⁴⁶ Ibid, page 101.

⁴⁷ Cf. Annexe 3

⁴⁸ MISPELBLUM BEYER F., Encadrer un métier impossible ? Paris : Armand Colin, 301 pages, Page128.

morales »⁴⁹, peu reconnue par les personnels et en difficulté sur le management qu'elle considère comme « source de difficulté ». Le cadre de santé fait part de son absence d'intérêt pour le travail administratif, ne se sent à l'aise que dans la relation directe avec les résidents ou les familles. Les propositions de travail sur la qualité qui lui sont faites semblent retenir son attention mais ne se traduisent pas par un accompagnement des équipes et son désir de départ en retraite est quotidiennement manifesté. En tant que directeur, faire le choix de la qualité, nécessite parfois la prise de décisions en matière de ressources humaines telles que par exemple, un recrutement anticipé. Ainsi, il est indispensable d'accompagner les équipes de soins sur la voie du changement. Une personne extérieure à l'établissement sera sans aucun doute à même de porter un regard neuf sur la situation. Une infirmière « référente » fut donc embauchée dès les premiers mois de la mise en place de la démarche. Nous devons l'aider à se positionner en tant que leader du groupe afin de transformer ce que les salariés considéraient comme une nécessité en une réalité observable au quotidien par les usagers. Sa mission lui fut donnée au travers d'une fiche de poste, elle serait aidée à s'en acquitter par un accompagnement de la direction et par les formations qui lui seraient nécessaires.

Dès lors, l'appropriation de nouvelles façons de répondre aux besoins des usagers, devait se construire progressivement. Mais certains écueils devaient être anticipés, grâce à une communication ajustée. En effet, comment faire comprendre à l'équipe infirmière si souvent en pénurie, qu'un recrutement intervient pour superviser une démarche dont elles n'ont pas encore saisi l'importance ? Comment faire en sorte que l'ensemble du personnel accepte de se référer à une nouvelle personne alors même que le cadre est toujours présent ? Comment permettre au cadre de santé de terminer positivement sa carrière ?

Il revient au directeur d'expliquer, l'intérêt de cette démarche, de faire en sorte que les postes financés soient effectivement pourvus. La mise en œuvre d'un projet d'amélioration de la qualité sera certainement un atout en matière de recrutement car comme nous l'avons vu, certaines personnes désirent travailler dans un établissement pour les objectifs qu'il met en œuvre. Ceux-ci représentent en tout cas un motif de satisfaction professionnelle et d'implication.

Par ailleurs, le directeur doit expliquer le plus clairement possible les missions de l'infirmière « référente » et celles du cadre de santé afin que les personnels puissent se référer aux personnes adéquates. Il faut veiller aussi à ne pas laisser s'installer des jeux de pouvoir nés de l'affrontement des diverses générations de professionnels qui, pour les unes pourraient avoir envie de voir perdurer l'ordre ancien, et pour les autres de faire

⁴⁹ MIAS C., 1998, L'implication professionnelle dans le travail social, série thèse et travaux, Paris : L'Harmattan, 319 pages, page 27.

confiance à l'ordre nouveau en dénigrant totalement les anciens qui sont pourtant porteurs d'une riche expérience.

L'adjoint des cadres pour sa part, épaulera l'infirmière « référente » dans la conduite des travaux qualité. Son expérience de chargé de communication en centre hospitalier est une opportunité pour l'établissement. Il est aussi responsable des services logistiques et des achats (section d'exploitation), les échanges qui auront lieu au cours des réunions qualité lui permettront de mieux cerner les besoins et ainsi la collaboration des professionnels conduira progressivement à une cohérence des actions menées et à une meilleure connaissance des contraintes respectives. Si les cadres ont pour mission de remplir les objectifs fixés par la direction, ils ont également celle de solliciter la participation des personnels, en un mot de veiller à leur mobilisation lors des travaux de groupes et dans leur pratique quotidienne.

3.2 Fonder une politique d'accueil basée sur le respect des usagers : Axe fondamental de l'amélioration de la qualité :

Le moment de l'entrée en institution constitue une rupture pour la personne âgée, c'est une étape fondamentale pour elle comme pour sa famille. Elle doit faire des deuils successifs, à commencer le plus souvent par celui du compagnon de vie mais aussi du domicile, des habitudes antérieures, du cadre de vie, parfois même des personnes qui s'occupaient d'elle à domicile. « Les personnes âgées qui sont forcées de faire cette migration de leur domicile habituel vers une institution spécialisée dans le traitement de la vieillesse et de la dépendance, vivent souvent cette transition de façon pénible, sinon dramatique, dans la mesure où le vivre en institution s'oppose au vivre chez soi, et où l'établissement est perçu comme un lieu de substitution où l'individu n'est que de passage. »⁵⁰. C'est donc le plus souvent dans un contexte d'angoisse ou du moins d'inquiétude que les personnes âgées entrent en établissement. La plupart y viennent par absence d'alternative parce qu'elles sont isolées et/ou trop dépendantes pour rester à domicile. Elles vont devoir côtoyer des personnes qu'elles ne connaissent pas, partager leur quotidien et parfois même leur chambre. Les règles de vie en collectivité ne correspondent pas nécessairement à leurs habitudes, rythme de vie, alimentation, hygiène, activité.... Les professionnels ne voient souvent en eux, que des vieillards dont les nombreux déficits méritent assistance, voire suppléance, c'est donc en toute bonne foi, qu'ils mettent en place une aide palliative faisant fi de toutes leurs expériences antérieures, de leurs compétences, de leurs désirs, de leurs sentiments. Les tâches

⁵⁰ VERCAUTEREN R., PREDAZZI M., LORIAUX M., 2001, Pour une identité de la personne âgée en établissements, le projet de vie, Vers une société pour tous les âges, lutter contre les discriminations : le temps des réalités, Ramonville-Saint-Agne : Erès, 198 pages, Page 15.

répétitives prennent alors le pas sur les soins négociés aboutissant au repli sur soi des personnes âgées et à l'usure professionnelle des soignants.⁵¹

Réfléchir à l'accueil des personnes âgées dans l'établissement c'est repenser leur séjour comme une étape de leur vie, c'est aussi inscrire nos pratiques dans une dynamique de collaboration avec les résidents, dans une relation de sujet à sujet et non de sujet à « objet », c'est avant tout leur reconnaître la possibilité de faire des choix, de disposer des droits fondamentaux de tout être humain.

L'accueil est ici entendu comme la période qui comprend l'inscription, l'admission et les jours qui suivent l'entrée. Le groupe projet qui traite de cette thématique a donc entamé sa réflexion en mettant en évidence les insuffisances de l'institution sur ces points, le manque de cohérence entre les divers services ou les divers métiers, l'insuffisance d'informations concernant les résidents.

3.2.1 La qualité de la réflexion en groupe à propos des droits des usagers

Chaque membre du groupe de travail s'accorde à dire qu'il faut améliorer l'accueil, que certains résidents semblent ne pas être clairement informés de leur entrée ou insuffisamment préparés à vivre ce changement de mode de vie. Dans un premier temps, il me paraît intéressant de laisser s'exprimer chaque membre du groupe sur ce qu'il entend par « l'accueil des résidents », je constate dès la première réunion une vision très parcellaire en fonction du rôle que chacun occupe dans l'établissement, la secrétaire se préoccupe de l'aspect administratif et de la première information faite aux familles, les infirmières du traitement et de la pathologie, les aides soignantes de la dépendance ! Comment cheminer vers un projet individualisé sans un échange entre la personne accueillie et l'équipe de travail ?

Il m'a semblé important de procéder par étapes, c'est pourquoi les résidents n'ont pas été intégrés dans ce premier groupe de travail. Pour autant, mon objectif à moyen terme était d'évaluer leurs besoins. Il m'a donc semblé opportun d'entamer la discussion à partir du questionnement ou des connaissances des personnels sur les droits de la personne. Une de leurs préoccupations est celle du choix(ou non choix) des résidents de venir dans l'établissement « L'entrée en établissement va affecter la conscience identitaire de la personne », il est important de réfléchir à « la place de la personne dans le processus de décision par rapport à ce changement de lieu de vie. »⁵².

En tant que directeur, je dois faire en sorte que les résidents aient toute leur place dans ce processus décisionnel, les équipes relatent d'ailleurs, les difficultés engendrées

⁵¹ AMYOT J.J., MOLLIER A., 2002, Mettre en œuvre le projet de vie dans les établissements pour personnes âgées, Paris: Dunod, 239 pages, Page 53.

⁵² Ibid, Page 54.

lorsque les personnes accueillies n'en ont pas fait le choix. S'il semble relativement aisé d'agir sur les personnes accueillies en maison de retraite, il est beaucoup plus difficile de l'envisager pour les résidents de l'unité spécialisée, mais après réflexion, les personnels admettent qu'ils sont accessibles, à condition de prendre leur parole en considération.

Au fur et à mesure que nous avançons ensemble, je note des besoins en formation mais également la nécessité d'un accompagnement quotidien des équipes de travail, je dois donc aider l'infirmière « référente » dans son rôle d'encadrement. Chaque réunion semble vécue comme une possibilité d'expression, certains d'entre eux disent y trouver un lieu de formation.

Nos réflexions se poursuivent sur la nécessité d'un recueil d'éléments autobiographiques, des habitudes de vie, du recueil de données. Certains personnels pensent que ces éléments peuvent constituer une aide à la prise en compte de leur particularité, à la compréhension de leur manière de faire et d'être, alors que d'autres attirent l'attention sur la nécessité de respecter la volonté des résidents de divulguer ou non certains éléments de leur vie. Les échanges sont riches, l'implication de chacun importante. Les personnels de nuit expriment la richesse des discussions avec les résidents, fournissent des éléments à leurs collègues dont ceux-ci n'ont pas connaissance alors que les résidents sont présents depuis plusieurs années. Ces échanges mettent en évidence la nécessité de formaliser ces éléments pour un meilleur suivi.

Lorsque nous déclinons ensemble ce qu'ils entendent par liberté, sécurité, citoyenneté..., les discussions sont nombreuses, lorsque ces mêmes droits sont affectés aux usagers au sens de l'article L.311-3 du CASF, je constate que la sécurité prime sur la liberté, que la crainte des professionnels se situe davantage au niveau du regard que peuvent porter leurs collègues sur le travail accompli que sur la réponse aux besoins des résidents. Il s'agit donc de repenser le soin à partir des désirs des résidents, de rassurer les équipes quant aux refus éventuels des résidents et leurs conséquences, d'instaurer un vrai dialogue avec les familles.

Instaurer un climat de confiance est une priorité (de nombreux professionnels, l'ont exprimé au cours des entretiens), pour que la liberté des résidents puisse être prise en compte. La confiance relève de « la construction d'accords, de normes et de règles encadrant la façon d'exécuter le travail.⁵³ » En effet, le directeur a pour mission d'être l'interface entre les résidents, leurs familles et les personnels. Il doit également rassurer ces derniers dans leurs prises de décision notamment face à un refus de soins. Un travail en concertation avec l'infirmière « référente » est donc indispensable, celle-ci a pour

⁵³ DEJOURS C., 2000, Travail, usure mentale, essai de psychopathologie du travail, Paris : Bayard, , 280 pages, Page 219.

mission d'entendre les résidents, de recueillir les points de vue des personnels pour une prise de décision éclairée et négociée.

Parler des droits des usagers suscite des échanges au travers d'expériences vécues passées ou présentes, des exemples sont exposés et débattus, une réflexion sur les pratiques semble amorcée et quelques points sont plus particulièrement travaillés comme le consentement éclairé tel que défini à l'article L.311-3 du CASF « une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché... »⁵⁴. La notion de personne de confiance décrite par l'article L.1111-6 du code de santé publique (CSP)⁵⁵ et issue de la loi du 4 mars 2002⁵⁶ fait également partie des interrogations du personnel, des explications sont données et des lectures conseillées et distribuées⁵⁷ en vue d'une mise en place à moyen terme.

Ce groupe de travail met en évidence la nécessité d'organiser l'accueil des résidents, de prévoir des temps spécifiques à cet effet, de déterminer le rôle de chacun, de programmer les actions concernant cet accueil tels que visite de l'établissement, prise de contact avec l'équipe de nuit . Il met aussi en évidence le besoin de formations, les exigences réglementaires ne sont connues que de quelques uns, le projet individualisé ne pourra être mis en place qu'à cette condition, il sera donc inscrit au prochain plan de formation.

La participation active des agents me permet d'envisager la formalisation du processus d'accueil que je souhaite évolutif, les référents en collaboration avec l'infirmière responsable seront garants de sa bonne application.

3.2.2 Une production collective pour un processus facilitant le bon accueil

La qualité procède à la fois d'un état d'esprit et d'un travail sur le sens des actions, et d'une amélioration continue des processus. Les procédures et protocoles ne constituent pas une fin en soi, néanmoins, ils valorisent le travail collectif, ils révèlent aux personnels leur capacité à s'extraire du quotidien et à mener des réflexions conceptuelles sur la prise en compte des besoins des résidents. Ils étudient la chaîne de traitement des activités, les interfaces entre les postes, les responsabilités des acteurs, les compétences nécessaires. Leur finalité est le service rendu à l'utilisateur, les objectifs à atteindre.⁵⁸

⁵⁴ CASF, Du droit des usagers du secteur social et médico-social, chapitre 1^{er}, section 2, article L311-3

⁵⁵ Code de la santé publique : article L. 1111-6 sur la personne de confiance, issu de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 article 11.

⁵⁶ Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, chapitre 1^{er}, information des usagers du système de santé et expression de leur volonté, article L.1111-1 à L. 1111-9.

⁵⁷ DUPUY A., DUPUY N., HALBERSTAM N., MASNIER A-C., La personne de confiance, centre de documentation multimédia en droit.

⁵⁸ CANDEAUP., MAYEUR C., L'évaluation de la qualité des projets tertiaires, modèle et application, IAE d'Aix en Provence

Le groupe pluridisciplinaire est composé de quatorze personnes, les premières réunions sont consacrées à l'étude de l'existant les points forts et les points de dysfonctionnement sont décrits. Ils font apparaître que certaines obligations réglementaires ne sont pas respectées (consentement éclairé, personne de confiance) ou sont à améliorer (droit à l'intimité, à la confidentialité...), que certaines étapes du processus ne sont pas mises en place telle la pré-admission, que le rôle de chacun dans le processus n'est pas clairement identifié, que la famille n'est pas suffisamment prise en compte. Une fiche action est alors élaborée, elle fait état des actions à mettre en œuvre.

L'objectif de cette description n'est pas de juger ce qui est fait, mais de comprendre et d'analyser les événements, ce que les personnels semblent parfaitement intégrer au regard des échanges et de la participation active de chacun. Cette analyse fait apparaître la nécessité de modifier les organisations, de les adapter aux besoins des résidents et non à la succession des tâches à réaliser. La méthode d'analyse utilisée est la méthode Où, qui, quoi, comment, pourquoi(OQQCP) qui semble la plus simple à aborder par le groupe. Au-delà de cet outil, la réflexion du groupe représente un atout pour l'établissement, les personnels disent porter un regard différent sur le quotidien, ces échanges sont pour l'infirmière « référente » l'occasion d'une meilleure compréhension du contexte, d'une prise de contact avec les professionnels qui oriente le sens de son action. Les échanges tendus voire agressifs du début se transforment progressivement en une meilleure compréhension des contraintes respectives. Le processus d'accueil est alors élaboré, présenté au comité de pilotage où il fait l'objet d'amendements qui nécessitent des explications au groupe⁵⁹, c'est l'occasion de reparler de l'appropriation de ce travail. Après sa validation, il est présenté à l'ensemble des personnels au cours des transmissions et ce, plusieurs fois (3 fois) pour permettre à chacun d'y assister. L'échéancier n'a pas été totalement respecté, le temps d'information et de documentation n'a pas suffisamment pris en compte. L'appropriation de ce processus ne peut se faire qu'à ce prix, certains signes sont encourageants tels qu'un échange de documentation et de bibliographie entre agents. Ce travail d'élaboration présente des limites et des difficultés qu'il convient de mettre en évidence. Il met en lumière la nécessité de tenir compte du rythme du groupe, d'instaurer un climat de confiance.

3.2.3 Les limites du travail réalisé par le groupe « accueil »

Le reproche qui peut être fait à ce travail est de ne pas avoir recueilli l'expression des souhaits des résidents, nous nous sommes déjà exprimés sur ce sujet, il m'a paru important que le groupe apprenne à travailler ensemble avant d'intégrer les résidents et leurs familles dans cette démarche projet. Nous ferons évoluer le conseil de vie sociale

⁵⁹ Cf. Annexe 4

qui est aujourd'hui une simple instance d'information vers une instance de dialogue et de participation. Faute de temps nous n'avons pas pu travailler sur l'approche de la fin de vie, confrontée à des situations pendant ce stage il me semble important de s'y intéresser pour mieux préserver la dignité des personnes à ce stade, cependant certains membres du groupe ayant déjà fait des formations à ce propos souhaitaient y réfléchir, « le résident se définit avant tout comme un être en fin de vie, cette réalité doit accompagner la construction du projet de vie. ⁶⁰» Ce Projet sera donc intégré dans le projet de vie qui sera réalisé en 2008. Par ailleurs, la forme du processus d'accueil respecte strictement le travail du groupe, il doit être accessible et compréhensible par tous, les expressions utilisées respectent le vocabulaire professionnel. Les indicateurs qualité sont difficiles à appréhender. Ainsi, ce protocole est susceptible d'évoluer au fur et à mesure de l'avancement du projet d'établissement.

D'autre part, le règlement de fonctionnement et le livret d'accueil ont été élaborés en amont de la signature de la convention tripartite, le groupe de travail n'a donc pas été sollicité à cet effet, il me semble important d'inscrire ces actions dans une démarche collective lors de leur réajustement.

Le travail effectué par ce groupe met en lumière, qu'il n'est pas toujours nécessaire de mobiliser de grands moyens (hormis le temps passé en réunions) pour améliorer la qualité des pratiques, accepter de réinterroger les habitudes, de réfléchir aux mieux-être des résidents est un premier pas vers l'amélioration continue de la qualité. De plus, se décentrer du quotidien est indispensable pour porter un regard distancié sur la situation de travail. Mon arrivée en stage était donc une opportunité dans la mesure où je n'étais pas encore impliquée dans l'établissement.

Les objectifs des personnels, en début de démarche, semblaient être principalement un désir d'amélioration des conditions de travail, mais petit à petit, ils découvrent que l'amélioration des conditions de vie des résidents contribuent à leur satisfaction professionnelle, beaucoup d'entre eux signalent le bien-être du résident comme une source de gratification. Le troisième axe de progrès est donc centré sur les conditions de vie des résidents déambulant ou présentant des risques de chutes. Dès lors, il s'agit de modifier l'appréciation du risque, de privilégier le plus possible la liberté du résident sans pour autant négliger sa sécurité.

⁶⁰ VERCAUTEREN R., PREDAZZI M., LORIAUX M., 2001, Pour une identité de la personne âgée en établissements, le projet de vie, Vers une société pour tous les âges, lutter contre les discriminations : le temps des réalités, Ramonville-Saint-Agne : Erès, 198 pages, Page36.

3.3 Une réponse concrète à l'amélioration des conditions de vie des résidents : la réduction de la contention physique passive

Dès mon arrivée en stage, le cadre de santé m'indique la contention comme une difficulté de l'établissement et notamment dans l'unité spécialisée, les prescriptions me dit-elle sont peu explicites et ne sont pas faites en temps réel, le médecin coordonateur estime de son côté qu'il est difficile de ne pas avoir recours à la contention pour les résidents déambulants. Le personnel est en souffrance par rapport à cette situation mais ne voit pas d'autre solution possible. Par ailleurs, une formation sur la maltraitance a été faite il y a trois ans mais la contention n'est pas considérée comme telle dans l'établissement mais plutôt comme un moyen de prévenir les chutes, de protéger la sécurité des résidents. Le groupe a travaillé sur la contention dite passive qui se caractérise «par l'utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements qui empêchent ou limitent les capacités de mobilisation volontaire de tout ou partie du corps dans le seul but d'obtenir la sécurité de la personne qui présente un comportement estimé dangereux ou mal adapté »⁶¹.

Le groupe a pour objectif de régulariser le protocole de contention mais non celui de réduire le nombre de personnes contenues. Je décidais de valider cet axe en lui apportant toutefois des éléments de recommandations de bonnes pratiques et en interrogeant le groupe sur le sens de l'action. Les discussions de groupe, la lecture commentée du guide d'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé d'octobre 2000⁶² et de la conférence consensus sur la liberté d'aller et venir⁶³ suscitent une réflexion sur les pratiques, douze résidents sont contenus au fauteuil, seuls trois sont contenus à la fin de ce travail. Par ailleurs, les barrières de lit ne sont pas considérées comme faisant partie de la contention, une réflexion est en cours pour trouver des solutions alternatives telles que la location de lits type Alzheimer.

3.3.1 La progression du groupe

Le groupe pluridisciplinaire est composé de dix sept personnes, avec une présence régulière d'une douzaine de personnes, une fiche d'émargement est systématiquement signée en début de réunion et ce pour chaque groupe, elle permet de comptabiliser les heures de récupération individuelle, de calculer le coût de la démarche, elle symbolise aussi l'engagement des participants. Le questionnement des personnels logistiques quant aux pratiques permet une remise en question des certitudes du personnel de soins. En

⁶¹ Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée, Page 5, www.geronto95.com.

⁶² ANAES, Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé, limiter les risques de la contention physique de la personne âgée, service évaluation en établissement de santé, octobre 2000.

⁶³ ANAES, Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux et obligation de soins et de sécurité, texte des recommandations, novembre 2004 www.santé.fr ou www.anaes.fr.

tant qu'animateur du groupe, je suis attentive à la nature des échanges, fais en sorte que tout jugement de valeur soit écarté. L'implication de l'ensemble des membres du groupe est importante quelle que soit l'opinion formulée sur le sujet. L'analyse des pratiques peut alors être faite, elle met en évidence l'aspect sécuritaire de la contention. Les résidents sont contenus lorsqu'ils déambulent jusqu'à épuisement, lorsque le risque de chute est jugé important. Concernant le risque de chute, le recensement des fractures du fémur sur les six derniers mois(3) fait apparaître qu'elles sont survenues chez des résidents autonomes.

Le matériel de contention n'est pas du matériel systématiquement homologué, certains moyens de contention sont des matériels détournés de leur usage, les prescriptions ne sont pas renouvelées toutes les 24 heures, le consentement du résident n'est pas systématiquement recherché et la traçabilité peu ou pas organisée. Tous les agents de soins sont susceptibles de pratiquer la contention, la décision est prise presque toujours en situation d'urgence par les membres présents. La famille est informée du risque et culpabilisée en cas de refus de mise en contention (signature d'une décharge). Par ailleurs, les recommandations de bonnes pratiques édictées par l'ANAES ne sont pas connues des équipes de soins. L'absence d'alternative possible à leurs yeux est source de souffrance. La recherche d'autres solutions ne peut être envisagée qu'en explorant le champ des « possibles », qu'en acceptant la prise de « risques » qu'en envisageant la relation avec les familles sur un autre registre que celui de la plainte. Au fur et à mesure que le travail progresse le groupe s'interroge sur le vécu des résidents, sur l'humiliation ressentie. Il devient dès lors possible d'ouvrir le débat sur les alternatives à la contention. Le nombre de personnes contenues au fauteuil au quotidien passe de dix sept à trois, une infirmière dit d'une résidente « déambulant » qu'elle est la grande gagnante de la réflexion du groupe. De son côté, le médecin coordonnateur présent à tous les comités de pilotage semble satisfait de la progression du groupe, il émet des réserves sur la prescription en amont de la contention par ses confrères, ceci pose le problème de son double rôle de coordonnateur et de médecin généraliste.

3.3.2 L'élaboration du protocole de contention

« Les limitations de la liberté d'aller et venir pour des raisons de protection de la personne contre elle-même ou autrui ne sont acceptables que si elles sont justifiées, précisées et connues. »⁶⁴. Evaluer les bénéfices et risques de cette pratique est le souci constant du

⁶⁴ ANAES, Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux et obligation de soins et de sécurité, texte des recommandations, novembre 2004, Page 12(version courte) www.santé.fr ou www.anaes.fr

directeur, la crainte d'avoir à gérer une plainte de famille ne doit pas primer sur la liberté des résidents. Le conseil de la vie sociale peut être un support d'échanges avec les familles sur ce sujet. La contention doit toujours être une mesure exceptionnelle aussi brève que possible et cesser dès que l'objectif est atteint, une discussion d'équipe pluridisciplinaire conduite par l'infirmière « référente » et le médecin coordonnateur à qui revient la décision doit avoir lieu au cas par cas avant chaque mise en contention.⁶⁵

Cependant, le recours à cette pratique pour exceptionnelle qu'elle soit, mérite une attention et un suivi particuliers qu'il convient d'instaurer avec tous les acteurs institutionnels.

Le protocole élaboré fait état du consentement éclairé dont nous connaissons la limite pour les résidents atteints de troubles cognitifs, il rappelle la nécessité impérieuse d'informer le résident et sa famille, la fiche de prescription de la contention, la fiche de surveillance à mettre en place dès la mise en contention. Le groupe est satisfait du travail de recherche et d'élaboration effectué et présenté au comité de pilotage du 8 juin 2007 pour mise en place début juillet. Renforcer la communication avec le résident est sans doute une des clés susceptible de limiter l'usage de la contention, mais aussi d'évoluer vers un projet individualisé négocié.

3.3.3 Privilégier l'approche individuelle : une alternative à la contention

Comme je l'ai déjà expliqué, j'ai souhaité aborder la démarche d'amélioration continue des pratiques par des microprojets afin que les changements soient rapidement perceptibles, toutefois cette méthodologie présente le risque de ne pas situer l'action dans le cadre d'un projet global, de faire perdre de vue les objectifs institutionnels aux personnels.

Par ailleurs, il me semble pertinent d'envisager une formation sur l'approche socio psychologique de la personne âgée démente, sur l'approche individuelle de la personne âgée. Apprendre à comprendre le sens d'une agitation, à accompagner la personne, à adapter son espace, à entendre son angoisse sont des éléments qui permettront aux soignants de trouver d'autres recours que celui de la contention. La crainte de la plainte des familles doit céder la place à des relations de partenariat qui ne peuvent être possibles qu'avec l'implication de la direction et de l'encadrement.

Ce travail limité dans la durée ne m'a pas permis de mettre en place le recueil d'incident lié à la contention, ceci sera fait dans le cadre plus global de la gestion des risques.

⁶⁵Référentiel de pratique pour la contention, la contention est réalisée sur prescription médicale et motivée dans le dossier du patient (critère 1), la prescription est faite après l'appréciation du rapport bénéfice/risque pour le sujet âgé par l'équipe pluridisciplinaire (critère 2), la prescription médicale est renouvelée toutes les 24 heures après évaluation (critère 10)

La qualité des soins est un enjeu pour les établissements médico-sociaux, l'évolution de la population accueillie exige de la part des personnels une technicité accrue qu'ils ne possèdent pas toujours. Les résidents sont admis en établissement à un âge avancé, souvent porteurs de pathologies complexes qui exigent des savoir et savoir faire complexes mettant en difficulté les professionnels. Mettre en place une politique d'hygiène conforme aux recommandations de bonnes pratiques est donc un impératif pour réduire les risques d'infections nosocomiales et améliorer les conditions de travail des personnels.

3.4 Améliorer l'hygiène, un enjeu de santé publique pour l'établissement

Cet axe d'amélioration est un enjeu important pour l'établissement, il nécessite une remise à jour des connaissances pour les soignants. Il s'intègre dans le cadre de la lutte contre les infections nosocomiales. Les établissements médico-sociaux autonomes ne disposent pas de personnel qualifié en hygiène, c'est pourquoi la collaboration avec d'autres établissements est indispensable, l'équipe départementale d'hygiène opérationnelle sera contactée chaque fois que nécessaire. Cet axe d'amélioration me semble prioritaire, il est un problème de santé publique, je m'emploierai donc, à négocier un poste d'infirmière partagé auprès des partenaires financiers, en collaboration avec mes collègues

3.4.1 L'urgence des thématiques choisies

La législation et les recommandations de bonnes pratiques en matière d'hygiène sont nombreuses et évolutives, ce qui était préconisé hier est aujourd'hui obsolète obligeant les établissements à des réajustements permanents. Les résidents porteurs de poly pathologies sont fragilisés et particulièrement réceptifs, les équipes de soins peu rompues à certains soins techniques, l'assistance d'un professionnel compétent (hygiéniste) absente, le risque infectieux est dès lors important. En tant que directeur, plusieurs solutions sont envisageables. L'évaluation de l'état de santé des résidents doit être scrupuleusement établie avant l'admission dans l'établissement. Cette solution me semble incomplètement satisfaisante dans la mesure où certaines situations aiguës sont à gérer en cours de séjour. A cette occasion, je m'aperçois, que les pratiques ne sont pas satisfaisantes, les savoir et savoir faire ont besoin de nombreux réajustements, le risque de contamination ne me semble pas maîtrisé. Dès lors, le choix de cet axe de progrès me semble indispensable pour éviter de voir le problème se renouveler.

3.4.2 Le management du groupe et son évolution

Dès la mise en place de cet axe d'amélioration, le groupe fait preuve d'une grande sincérité dans la description de l'existant, il ne s'agit pas de juger des pratiques mais de résoudre progressivement les dysfonctionnements qu'elles engendrent. La charte des groupes de travail prend ici toute son importance, l'objectif est « de fédérer les acteurs sur une responsabilité collective qui se fonde sur un ensemble de principes et de règles de conduite acceptés par tous »⁶⁶

Je dois donc donner les moyens à ce groupe de traduire les intentions par des actions. Le constat de l'existant met en évidence le besoin de formation, d'appropriation de la législation, mais aussi de matériel spécifique, la présence de l'adjoint des cadres facilite la collaboration tant pour l'élaboration du plan de formation que pour les achats à prévoir (changements de produits de lavage de mains, installation de supports conformes...). L'écoute des difficultés des uns et des autres instaure progressivement un climat de confiance dans le groupe. Certains agents, jusque là discrets lors des séances de travail, font part de leur adhésion au projet, de leur désir de faire bénéficier l'établissement de leurs compétences acquises au cours de formations antérieures, ils s'inscrivent comme des référents potentiels. Ainsi, prendre en compte leurs attentes me semble un moyen intéressant de récompenser leur engagement dans ce projet.

Par ailleurs, je dois leur donner les moyens de faire évoluer leurs connaissances, nous contactons alors plusieurs centres de formations conformément à la nécessaire mise en concurrence, nous définissons un cahier des charges. Nous voulons une formation commune dans l'établissement pour les notions de base, des formations spécifiques concerneront ensuite les divers métiers. Nous avons également sollicité l'aide d'un cadre de santé responsable d'hygiène du centre hospitalier voisin pour valider le choix des produits retenus, clarifier leur utilisation et élaborer les fiches techniques correspondantes.

Bien évidemment, le travail commencé dans ce groupe doit être poursuivi, les objectifs clairement définis par la direction permettront à chacun de s'impliquer individuellement et collectivement. A ce jour, nous avons revu les techniques de lavage des mains et le circuit des déchets qui induisent des changements dans les pratiques mais ont exigé aussi des modifications de locaux, des contacts avec le service urbain de collecte des déchets et le service d'enlèvement des déchets de soins à risques infectieux.

⁶⁶ DESHAIES J.L., 2005, Réussir l'amélioration continue de la qualité en action sociale et médico-sociale, Paris : Dunod, 219 pages, Page 48.

3.5 Bilan et perspectives du travail amorcé

Les axes d'amélioration continue de la qualité retenus par l'établissement ont permis de mobiliser les personnels, de renforcer le rôle de l'encadrement, de réinterroger les pratiques et comportements tels que « *nous avons toujours fait comme cela* », de faire l'apprentissage de l'écoute de l'autre, de ses compétences. La mise en place de procédures et protocoles construits par les groupes de travail à partir de référentiels communs contribuent à la construction de savoirs et savoir faire communs, à la valorisation des compétences individuelles et collectives. Il appartient à la direction et à l'encadrement d'interroger le sens des améliorations menées, comme le réclament de nombreux agents au cours des entretiens « *il faut que nous allions tous dans le même sens* ».

3.5.1 Incidences du management sur le fonctionnement des groupes de travail

Favoriser l'implication des personnels passe par l'amélioration du triptyque sens/repères/contrôle défini par Ardoino⁶⁷. Le sens est la signification donnée par le professionnel à son cheminement dans le champ pratiqué, vecteur des valeurs et orientations des politiques du champ considéré. Il s'agit là, de solliciter les professionnels pour qu'ils participent à la construction de la culture de l'établissement. Les repères sont nécessaires au balisage du chemin parcouru et à parcourir, ce sont les projets collectifs dans lesquels peuvent s'inscrire les individus. Enfin, le sentiment de contrôle de la situation nécessaire aux professionnels leur permet de faire des choix tels que le choix du groupe de travail, ou celui des moyens permettant d'atteindre les objectifs fixés, les autorise à agir en évaluant et contrôlant leurs actions dans un système d'actions collectives. On peut noter ici la suspicion des groupes vis-à-vis de la direction, exprimée par leur crainte d'être manipulés, utilisés. Ces craintes ont fait l'objet d'une discussion de groupe, elles m'ont permis de comprendre à quel point la mobilisation des acteurs est fragile. Comme l'écrit C. Dejours, elle dépend de « la dynamique entre contribution et rétribution »⁶⁸, la première rétribution est de nature symbolique, elle se traduit par le fait de permettre des initiatives aux individus, de satisfaire à leur désir d'apporter leur contribution dans l'organisation, de les aider à passer d'une logique d'agent à celle d'acteur voire d'auteur. La communication est aussi un facteur très important tout au long de la démarche qualité, elle va de l'information générale à la diffusion des résultats des travaux de groupe⁶⁹, elle sera l'occasion pour le directeur de responsabiliser les référents

⁶⁷ MIAS C., 1999-2000, Implication et engagement, op edu 33, service d'enseignement à distance, Université Toulouse, Le Mirail

⁶⁸ DEJOURS C, *Travail, usure mentale*, nouvelle édition augmentée, Paris : Bayard, 280 pages, page 221.

⁶⁹ Cf. Annexe 5

en leur déléguant la présentation des résultats des groupes de travail ou la responsabilité du thème travaillé tel que référent hygiène, référent accueil... en collaboration avec les cadres.

3.5.2 La progression nécessaire des travaux en cours

La mobilisation des personnels ne fait pas de doute mais l'absence de repère et de perspective collective provoque l'épuisement des acteurs. La pluralité des projets peut faire naître un sentiment de dispersion voire de désorganisation. Il devient, alors impératif de fédérer l'ensemble des acteurs ; La dynamique d'une approche globale s'impose. Le projet d'établissement, projet global, recèle les vertus permettant d'intégrer l'ensemble des thèmes travaillés et par là même favoriser cette mobilisation « tel est l'enjeu des projets quelle que soit leur nature : indiquer clairement le chemin à suivre, le sens, les finalités, les intentions »⁷⁰. L'élaboration du projet d'établissement est prévue pour la rentrée, en effet la démarche qualité doit être soutenue par le projet d'établissement pour ne pas se réduire « à une simple liste de procédures » mais « une démarche de questionnement sans cesse réactualisée et créatrice. »⁷¹

Par ailleurs, il me semble indispensable d'intégrer les résidents et les familles dans le projet d'établissement, les échanges entre bénéficiaires et professionnels me semblent être un bon point de départ pour la recherche de la mise en œuvre des droits des usagers. Un appel à candidature sera lancé à la rentrée et une information faite au niveau du conseil d'administration et du conseil de vie sociale.

A ce jour, l'aboutissement rapide et la diffusion des premières actions pragmatiques ont permis aux acteurs institutionnels de prouver la faisabilité et l'utilité de ces travaux qu'il faut situer dans un programme institutionnel. Le recrutement du nouveau médecin coordonnateur offre l'opportunité d'élaborer le projet de soins en équipe pluridisciplinaire.

3.5.3 Les limites de ce travail de mémoire et problèmes rencontrés

Le thème abordé dans ce mémoire reste une préoccupation majeure dans le champ sanitaire et social, l'implication et la participation des acteurs institutionnels sont des enjeux primordiaux pour développer la qualité des prestations aux bénéficiaires. C'est au directeur qu'appartient de trouver des leviers susceptibles de favoriser un engagement individuel et collectif.

La méthodologie choisie pour le recueil de données m'a permis de rencontrer un grand nombre d'agents et de cerner ainsi leurs points de vue. Ma position d'élève directeur a

⁷⁰ DUCALET PH., LAFORCADE M, 2004, Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales, Sens, enjeux, et méthodes, 2^{ème} édition, Paris : Seli Arslan, 335 pages, Page 225.

⁷¹ Ibid., Page 225.

sans doute créé quelques biais dans leurs réponses, mais l'homogénéité de ces réponses révèle une cohérence de l'ensemble. Cependant, la nature des réponses reste spécifique à ce contexte, toute transposition est aléatoire.

Je n'ai pas développé la question de la gestion des ressources humaines, présente dans de nombreux entretiens, telle que définitions des fonctions et rôles, recrutement, évaluation, accueil des nouveaux embauchés qui sont des points importants qui devront être développés dans le projet social. Cette question a sans doute un impact sur l'élan motivationnel et l'implication « normative ».

Cette expérience a été menée au regard de l'analyse et de l'interprétation du contexte de mon lieu de stage. Mon objectif était de mener une réflexion sur mon futur métier de directeur et non de mener une réflexion conceptuelle. Pour autant, mes recherches sur le concept d'implication ou sur le management m'ont permis d'adopter une stratégie appropriée pour mobiliser les acteurs présents

Conclusion

La construction quotidienne d'un état d'esprit qualité est peut-être la première mission du directeur d'établissement. L'engagement dans cette démarche est essentiel. La recherche de l'implication des acteurs doit être conjuguée au souci d'efficacité et de performance.

L'évaluation de la qualité est une obligation réglementaire mais elle aussi un moyen de répondre efficacement aux besoins des usagers, de valoriser l'action des personnels, de mettre en place une dynamique de questionnement.

Ce mémoire professionnel confronté à la rencontre de pratiques locales et de réflexions théoriques avait pour objectif de mettre en évidence l'engagement des acteurs institutionnels dans la pratique quotidienne et de le soumettre à la perspective d'une démarche d'amélioration continue des pratiques pérenne. En effet, comprendre le contexte dans lequel les projets vont devoir s'enraciner, me semble être le point de départ de toute stratégie managériale. L'étude que j'ai réalisée met en lumière l'engagement potentiel des acteurs, une forte attente en matière de management, notamment vis-à-vis de la direction et de l'encadrement de proximité. Etre responsabilisés, participer aux projets, donner du sens à l'action, travailler dans la confiance réciproque, bénéficier d'une communication efficace, rechercher la cohérence sont des vœux formulés, pour autant le manque d'expérience du travail collégial et pluridisciplinaire incite, dans un premier temps, à la modestie. Les actions d'amélioration entreprises ont donc permis une réflexion sur la recherche du mieux être des résidents, grâce à des échanges pluridisciplinaires. La confrontation collective des pratiques, l'interrogation des évidences participent de l'état d'esprit qualité. La méthodologie quant à elle est le gage d'une production rigoureuse du groupe en vue d'une évaluation future« La qualité procède à la fois d'un état d'esprit, d'une refondation du sens et de l'activité et d'une pratique d'amélioration des processus en terme de cohérence et de cohésion »⁷². Ainsi est entrouvert le champ des possibles. La réalisation de travaux me semble indispensable au groupe, elle concrétise une construction commune, lui permet de se reconnaître en capacité d'accepter des changements. Ces travaux ne prendront réellement sens que lorsqu'ils feront partie intégrante du projet d'établissement programmé et lorsqu'ils seront confrontés à l'avis des bénéficiaires devenus alors des partenaires. Ils représentent la première étape d'une collaboration collective efficace. Cependant, l'intégration des usagers, des familles et des partenaires dans cette démarche participera à l'évolution de la culture d'établissement, à l'intégration du projet individualisé.

⁷² DUCALET PH., LAFORCADE M, 2004, Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales, Sens, enjeux, et méthodes, 2^{ème} édition, Paris : Seli Arslan, 335 pages, Page 140.

Il aurait été intéressant de traiter les questions de la gestion des ressources humaines, en tant que levier favorable à l'implication, mais aussi dans leur dimension de compétence et de performance, l'étude du contexte en révèle l'importance. Le projet d'établissement devra prendre en compte cet élément dans son volet social. Définir les fonctions et rôles de chacun, les règles de fonctionnement de l'établissement, le mode d'évaluation des acteurs participant de la satisfaction professionnelle et de l'implication.

Mon étude a montré que les personnels trouvent leur satisfaction professionnelle dans la prise en charge des résidents. Conduire une démarche d'amélioration des pratiques améliore la qualité de vie des bénéficiaires, recentre les personnels sur la mission principale de l'établissement et améliore leur satisfaction professionnelle.

En tout état de cause, mon établissement d'accueil s'est engagé dans un processus d'adaptation aux nouvelles exigences des usagers qui aidera les personnels à adapter les réponses de prise en charge à des besoins effectifs. Insuffler une telle démarche est certainement plus aisé que d'en assurer la pérennité. En tant que directeur, la prise de poste est sans doute, un moment opportun, pour porter un regard distancié sur la situation mais aussi pour initier de tels projets. Par ailleurs, il me paraît indispensable de collaborer avec des personnes ressources comme l'encadrement de proximité, de clarifier mes objectifs, de mettre en place une politique des ressources humaines qui favorise l'implication professionnelle.

Bibliographie

Ouvrages

- AMYOT J.J., MOLLIER A., 2002, *Mettre en œuvre le projet de vie dans les établissements pour personnes âgées*, Paris : Dunod, 239 p.
- BERNOUX P., 1999, *La sociologie des entreprises*, Paris: Seuil, 400 p.
- BOUSSARD V., CRAIPEAU S., DRAIS E., GUILLAUME O., METZGER J.L., 2004, *Le socio-manager, Sociologies pour une pratique managériale*, Paris : Dunod, 379 p.
- BOUTINET J.P., 1995, *Psychologie des conduites à projet*, 3^{ème} édition, Paris : PUF, 127 p.
- CROZIER M., FRIEDBERG E., 1977, *L'acteur et le système*, Paris : Seuil, 500 p.
- CROZIER M., *L'entreprise à l'écoute*, Paris : Seuil, 217 p.
- CROZIER M., 1994, *La société bloquée*, 3^{ème} édition, Paris : Seuil, 222 p.
- DEJOURS C., 2000, *Travail, usure mentale*, nouvelle édition augmentée, Paris : Bayard, 280 p.
- DESHAIES J.L., 2005, *Réussir l'amélioration continue de la qualité en action sociale et médico-sociale*, Paris : Dunod, 219 p.
- DUBET F., 2002, *Le déclin des institutions, l'épreuve des faits*, Paris : Seuil, 421 p.
- DUCALET, PH., LAFORCADE M., 2004, *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales, Sens, enjeux, et méthodes*, 2^{ème} édition, Paris : Seli Arslan, 335 p.
- JARDILLIER P., 1980, *La psychologie du travail*, 2^{ème} édition, Paris : Presse Universitaire de France, 127 p.
- HELPER JP., KALIKA M., ORSONI J., 2006, *Management, Stratégie et organisation*, 6^{ème} édition, Paris : Vuibert.
- JODELET D., 1989, *Les représentations sociales*, Paris Presses universitaires de France, 457 p.
- LOUBAT J.R., 2006, *Penser le management en action sociale et médico-sociale*, Paris : Dunod, 391 p.
- LOUBAT J.R., 2005, *Elaborer son projet d'établissement social et médico-social*, 2^{ème} édition, Paris : Dunod, 354 p.
- MISPELBLOM BEYER F., 2006, *Encadrer, un métier impossible ?* Paris : Armand Colin, 301 p.
- Moscovici S., *Psychologie sociale*, 1984, 1^{ère} édition, Paris : PUF/Quadrige, 618 p.
- MIAS C., 1998, *L'implication professionnelle dans le travail social*, thèses et travaux universitaires, Paris : L'Harmattan, 319 p.
- MIRAMON J.M., COUET D., PATURET J.B., 2005, *Le métier de directeur, techniques et fictions*, Rennes : ENSP, 269 p.

THÉVENET M., 2004, *Le plaisir de travailler, Favoriser l'implication des personnes*, Paris : L'organisation, 112 p.

VERCAUTEREN R., PREDAZZI M., LORIAUX M., 2001, *Pour une identité de la personne âgée en établissements : le projet de vie, vers une société pour tous les âges*, Ramonville Sainte- Agne, mai 2003, Eres, 198 p.

Cours ENSP et Université IAE Toulouse

LAUDE-ALIS L., Module stratégie et projet d'établissement, DESS promotion 2006, session du 20 au 23 juin 2006.

LAUDE-ALIS L., La fonction de direction, dossier pédagogique, du désir au plaisir de diriger, 17 mars 2006

MERLET C., Conduite d'un projet d'amélioration de la qualité, ENSP, 22 mars 2007.

DUPART S. Conduite d'une démarche qualité dans un établissement sanitaire, médico-social, ou social de petite et moyenne taille, ENSP, département MATISS, 23 mars 2007.

FERNEZ-WALCH, Management de projet, master GESS, IAE de Toulouse, 2006-2007.

FERNEZ-WALCH, Management stratégique, master GESS, IAE de Toulouse, 2006-2007.

BEAUCOURT C., L'implication au travail, mars 2007.

MIAS C., Concept d'engagement et d'implication, op edu 33, licence des sciences de l'éducation, Université Toulouse le Mirail, octobre 2000.

EI AKRÉMI A., L'école des relations humaines, motivation et comportement, GESS, IAE Toulouse, 15 novembre 2006.

Revue et articles

DEMERY-LEBRUN M., mai 2006, « Quelle opérationnalisation de l'implication pour concilier théories de la motivation et théories de l'implication », [en ligne] note n°434, LIRHE [visité le 10 juillet 2007], disponible sur internet: <http://www.univ-tlse1.fr/LIRHE/>

DUPUY A., DUPUY N., HALBERSTAM N., MASNIER A-C., La personne de confiance, centre de documentation multimédia en droit, mise à jour le 23 avril 2005,[en ligne], visité le 15 février 2007, disponible sur internet :www.droit.univ.paris5.fr/

GUERDER M., GUILLAUME B., KENDEK, décembre 2006 « Les cadres, réels partenaires du changement, du projet encadrement à la mise en place d'un collège cadre au CHU- hôpitaux ROUEN », *Gestions Hospitalières*, p.p. 744-748.

DADOUIN R., novembre 2006, « Le management de l'incertitude, Graph, Les Arcs, 5-8 mars 2006 », *Gestions Hospitalières*, p.p. 694-709.

KIPMAN L., mai 2003, « Le cahier du management : motivation : un enjeu pour l'hôpital », *Objectif Soins*, p.p. I-VII.

HUGOUNENC A., 2001, « Management ou ménagement des entreprises sociales et médico-sociales », *Les cahiers de l'ACTIF*, .n° 240-241 pp. 3-42.

CORMIER M., juin 2003, « Rénovation de l'action sociale et médico-sociale », *a.d.s.p*, n° 43, p.p. 19-60.

VAHE-HENNEQUIN, « Implication organisationnelle et structure en réseaux », Université Paris 1, Panthéon Sorbonne.

ROUSSEL P., 2000, « La motivation au travail- concept et théories », Laboratoire Interdisciplinaire de la recherche et de l'Emploi, LIRHE, Toulouse.

GODELIER E., 26 mars 2007, « Le meilleur de la stratégie et du management, les richesses du capital humain », *La Tribune*,

ARSENAULT M., 19 avril 1998, Doute et progression, [en ligne], visité su internet le 4 juillet 2007, disponible sur internet : www.cvm.qc.ca,

Mémoires

GESREL P.B., 2004, Comment favoriser l'appropriation du changement par les personnels ? La résistance au changement est-elle imputable aux personnels ou réside-t-elle plutôt dans la façon de le conduire ?, Mémoire de l'école nationale de la santé publique, DESS,

VALEAU P., Gérer l'implication dans le respect des différences, Des associations aux autres organisations, Chapitre 1^{er}, Le concept d'implication,[en ligne], visite sur le site le 3 décembre 2007, disponible sur internet : <http://www.valeau.com>.

Rapports

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS, DE LA SANTÉ, ET DE LA FAMILLE, 24 novembre 2004, Conférence de consensus, Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux et obligation de soins et de sécurité, texte des recommandations[en ligne], visité le 15 novembre 2006, disponible sur internet : www.santé.gouv.fr/html/dossiers/respect-droits-usagers/

ANAES, octobre 2000, Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé ; Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée, service évaluation en établissement de santé.

MINISTÈRE DÉLÉGUÉ À LA SÉCURITÉ SOCIALE, AUX PERSONNES ÂGÉES, AUX PERSONNES HANDICAPÉES ET À LA FAMILLE, 27 juin 2006, Plan solidarité grand âge, présenté par Philippe Bas, ministre délégué [en ligne], visité sur internet le 3 novembre 2006, disponible sur internet : www.personnes-âgées.gouv.fr/point-presse/.

CNESMES, septembre 2006, L'évaluation interne, guide méthodologique pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux, Démarche qualité, évaluation interne et recours à un prestataire [en ligne], visité le 15 février 2006, disponible sur internet : www.personnes-âgées.gouv.fr/dossiers/etab-medicosocio/g-méthopdf.

Textes de loi :

-MINISTÈRE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES. Loi n°97-60 du 24 janvier 1997 tendant dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance. Journal officiel n° 21 du 25 janvier 1997, 1280-1284.

-MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ. Décret n° 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes et à la gestion budgétaire et comptable des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, Journal officiel n° 98-du 27 avril 1999, 6223

MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ. Décret n° 99-317 relatif à la gestion budgétaire et comptable des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes. Journal officiel n°98 du 27 avril 1999, 6248

-MINISTÈRE DE LA SANTÉ. Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales [en ligne]. Journal officiel, 1^{er} juillet 1975. [visité le 16 juillet 2007] disponible sur internet : <http://admi.net/jo/loi75-535.html>.

-MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ. Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Journal officiel, n° 2 du 3 janvier 2002, 124-142.

-MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA SOLIDARITÉ. Décret n° 2007-324 du 8 mars 2007 portant diverses dispositions relatives à l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux et modifiant le code de l'action sociale et des familles (partie réglementaire). Journal officiel n°59 du 10 mars 2007, 4602

-MINISTÈRE DE L'EMPLOI, DE LA COHÉSION SOCIALE ET DU LOGEMENT ET DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS. Décret n° 2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Journal officiel n°113 du 16 mai 2007, 9373

-MINISTÈRE DE L'EMPLOI, DE LA COHÉSION SOCIALE ET DU LOGEMENT ? MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA SOLIDARITÉ. Circulaire n° DGAS/2006/53 du 10 Février 2006 relative aux dates de mise en œuvre des évaluations prévues par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Non parue au journal officiel.

Sites internet consultés

<http://www.univ-tlse1>

<http://www.valeau.com>

www.cnam.fr

www.geronto95.com

www.santé.fr ou www.anaes.fr,

www.personnes-âgées.gouv.fr/point-presse/

www.personnes-âgées.gouv.fr/dossiers/etab-medicosocio/g-méthopdf

<http://admi.net/jo/loi75-535.html>

Liste des annexes

- 1- Grille d'observation des réunions
- 2- Grille des entretiens
- 3- Charte des groupes de travail
- 4- Procédure d'accueil
- 5- Courrier de présentation des travaux

1- Grille d'observation des réunions

Thèmes de discussion	Directeur	Cadre de santé	Infirmière	Aides-soignantes	Agent des services hospitaliers
Missions de l'établissement	Projet individualisé : Droits des résidents (liberté, autonomie, 4) « <i>la liberté prime sur la sécurité</i> »	Réponse aux besoins des résidents « <i>ils attendent tout de nous</i> » <u>Nos</u> résidents		Répondre aux besoins physiques et psychiques	Absence de distance entre résidents et personnels « <i>ce résident est très intrusif</i> »
Les valeurs	Valeurs de l'établissement	Dimension affective (3) « les pauvres, ils n'ont que nous » « <i>Nous ne sommes pas chez Renault ou Peugeot</i> » Client=commerce			« <i>La facturation ne doit pas être un motif d'exclusion</i> »
Les représentations		<i>Représentation des personnes âgées</i>	Réputation de l'établissement « <i>Si je fais une enquête sur le village .</i> »	« <i>la personne âgée fait peur</i> » « <u>nos</u> pensionnaires »	
Organisation	Identification des métiers	-Les imprévus -Non implication des médecins -Les soins : une question de bon sens	Nécessité de cadrer les organisations Difficultés d'exercice du rôle propre (5)	Difficulté de séparer les rôles AS et ASH(1) Dossiers incomplets	Les temps de toilettes sont important

2- Grille des entretiens

Question 1 :

Pouvez- vous me parler de votre parcours professionnel et des circonstances qui vous ont amené à faire le choix de cet établissement ?

Question 2 :

Pouvez- vous me parler des évolutions de votre poste de travail depuis votre recrutement ici ? Quels sont les changements que vous avez vécus ? Que pouvez-vous en dire ?

Question 3 :

Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans l'exercice de votre métier au quotidien ?

Question 4 :

Qu'est ce qui vous plait le plus dans votre travail ?

Question 5 :

Pouvez- vous me dire comment se déroule votre journée de travail : tâches, organisation du travail, relations avec les résidents, avec les familles, avec les membres de l'équipe ?

Question 6 :

Quelles sont vos attentes par rapport à vos collègues ? Aux autres services ?

Question 7 :

Quelles sont vos attentes par rapport à la direction ?

Question 8 :

Quelle importance attachez- vous à la communication à l'intérieur de l'établissement ? Etes-vous informé des évènements qui s'y passent ?

Question 9 :

Vous sentez-vous utile et reconnu ? En quoi ?

Question 10

Quelles représentations avez- vous des divers métiers de l'établissement ?

Chaque personne interrogée a le mot de la fin.

3. Charte des groupes de travail

1- Le groupe s'engage à respecter la parole de chacun.

2- Les supérieurs hiérarchiques s'engagent à ne porter aucun jugement de valeur lorsque les membres du groupe décrivent les pratiques actuelles même s'ils constatent des points faibles ; « nous sommes dans une dynamique d'amélioration de la qualité ».

La direction s'engage à soutenir les groupes de travail et les groupes de travail s'engagent à produire des résultats favorisant l'amélioration des pratiques.

3- Toute décision de changement fera l'objet d'une période test en vue d'un réajustement éventuel.

4- Les décisions prises doivent l'être au regard des besoins des usagers et des contraintes de la structure. L'avis des usagers sera recherché le plus souvent possible.

5- La méthodologie de travail est respectée : On ne rédige pas des documents pour le seul plaisir d'en avoir. Il faut se poser la question de savoir à qui et à quoi ils sont utiles.

6- Les changements mis en œuvre sont conformes à la législation et aux recommandations de bonnes pratiques.

7- L'ensemble des personnels s'engage à respecter les protocoles établis dès qu'ils auront été validés par le comité de pilotage, par la direction, et mis en circulation. Chaque changement décidé fait l'objet de plusieurs informations dans les services concernés.

8- La présence aux rencontres du groupe est indispensable, l'absence doit être motivée et annoncée au référent du groupe ou au cadre concerné.

Les réunions programmées sont effectives, elles commencent à l'heure et finissent à l'heure, elles ont toujours un ordre du jour et celui-ci est respecté. Les participants émargent et les absents excusés sont nommés.

Les référents du groupe sont chargés de l'animation. Ce n'est pas la personne qui anime qui prend des notes. Tout le groupe a le même droit à l'expression.

La réunion ne se termine jamais sans un résumé des points clés travaillés, l'ordre du jour et la date de la réunion suivante sont décidés.

9- Des experts internes ou externes peuvent être invités aux réunions de travail mais la présence de personnes extérieures doit faire l'objet d'une autorisation du directeur.

10- La direction, chaque membre, des groupes de travail et des personnels s'engagent dans la démarche d'amélioration de la qualité.

Signatures

4 Procédure d'accueil

Maison de retraite Saint- Jacques

82

Pro Ac n°001/2007

PROCEDURE D'ACCUEIL

Référents du groupe	Vérificateur/Expert	Validation comité du pilotage	Validation du directeur
date	Date	Date	Date

Le groupe de travail pluridisciplinaire est composé de

(Noms des personnes du groupe)

Procédure d'accueil

1-OBJET :

Mise en place de la procédure d'accueil pour les résidents

2- PERSONNELS CONCERNES :

Tous

3-DOCUMENTS ASSOCIES :

- Questionnaire d'admission (annexe 1)
- Habitudes de vie (annexe 2)
- Livret d'accueil
- Contrat de séjour
- Étude de l'autonomie (annexe 3)
- Histoire de vie (annexe 4)
- Personne de confiance (formation du groupe et document à préparer)
- Trousseau type

4-PERIODE DE REVISION DU PROTOCOLE :

Tous les deux ans ou plus en fonction de la législation et du guide de bonnes pratiques.

5-OBJECTIFS :

Le nombre d'entrées est égal aux personnes qui ont bénéficié d'une pré- admission.

Le projet de vie de chaque résident sera mis en place fin 2009 après une formation des personnels à prévoir début 2009.

6 METHODES :

1- L'entrée dans la démarche

Le résident ou sa famille prend rendez-vous auprès du bureau des admissions par téléphone pour l'inscription.

Dès le rendez-vous pris la secrétaire en informe l'infirmière référente.

2- L'inscription

Elle est faite au cours du rendez-vous, par la secrétaire des admissions.

La secrétaire leur explique la procédure d'admission.

Elle remplit le questionnaire d'admission avec la famille (annexe 1)

Elle leur remet le livret d'accueil, la fiche des habitudes de vie et la fiche d'étude de l'autonomie (annexe 2 et 3) qu'ils devront remplir et renvoyer à l'établissement.

Le contrat de séjour leur est remis pour qu'ils en prennent connaissance et qu'ils puissent donner leur avis.

Un certificat de non contagion sera également réclamé

Le résident est informé de la possibilité d'amener des objets personnels ou des meubles en fonction de la place disponible dans la chambre.

Au cours de ce même rendez-vous, l'infirmière référente ou la secrétaire, si l'IDE est absente, présente l'établissement lors d'une visite des services et des lieux de vie à la famille et au résident (s'il est présent).

3- L'inscription définitive

Si la personne âgée est d'accord et si son profil est compatible avec les prestations possibles de l'établissement, il sera procédé à *l'inscription définitive*.

Si la personne âgée refuse catégoriquement son entrée, un entretien avec la psychologue sera réalisé ainsi qu'une évaluation auprès des services sociaux.

4- La pré-admission

Un deuxième rendez-vous est pris pour la visite de pré-admission. Elle se déroulera au domicile du résident, à la Maison de Retraite ou au sein de la structure hébergeant la personne âgée. Cet entretien est réalisé conjointement par le *médecin coordonnateur* et *l'infirmière référente* et en présence de la personne âgée dans la mesure du possible. Il permet de connaître les antécédents médicaux et chirurgicaux du résident ainsi que son niveau d'autonomie et les événements marquants de son existence. Il permettra également de préciser le recueil de données quant au comportement habituel, l'état d'esprit du résident et de sa famille par rapport à la mise en institution.

L'infirmière référente pourra alors compléter si nécessaire la fiche d'autonomie, au préalablement remplie par la famille.

Lorsqu'une place se libère, le résident et sa famille sont avertis. Le jour d'entrée est programmé avec le résident, son entourage, et les services sanitaires.

5- L'admission

La date d'entrée est fixée conjointement par le bureau des admissions et les services d'accueil qui auront vérifié au préalable le programme des animations. Vérifier que la commande de repas soit faite la veille de l'entrée avec le régime indiqué.

a) Le résident arrive au secrétariat accompagné de sa famille ou de l'ambulancier selon les cas.

L'aide-soignante ou l'infirmière vient accueillir le ou la résidente au secrétariat et le (ou la) conduit dans sa chambre.

b) Les personnels se présentent : nom, prénom, fonction

Le personnel accompagne le résident dans sa chambre et lui montre son mobilier, la sonnette d'appel, les interrupteurs électriques, les commodités, le placard de rangement...

c) Effectuer les présentations :

Le voisin de chambre pour les chambres à deux lits

Les voisins de table de la salle à manger

Lui expliquer comment fonctionne le service : horaires et lieu des repas, horaire des levers et couchers, évoquer succinctement les animations.

Lui proposer une boisson ainsi qu'à sa famille s'ils sont présents

Reprendre avec le résident *le livret d'accueil* et lui expliquer les prestations et sa participation possible à la vie de l'établissement.

Les prestations et leurs conditions incluses dans le prix de journée lui sont détaillées : coiffeur, pédicure...

Lui donner les horaires du personnel de jour comme de nuit afin qu'il puisse se repérer.

Expliquer au résident et à la famille le fonctionnement de la lingerie et contrôler avec eux le trousseau tout en aidant le résident à placer ses affaires dans le placard. Ce temps doit servir à établir un premier contact.

d) *L'infirmière ou l'aide soignante* complète ou modifie la fiche d'autonomie avec le résident et sa famille.

La personne qui a effectué le recueil de données programme avec le résident la visite de l'établissement et l'inscrit sur le plan de soins comme une tâche à réaliser. Un créneau horaire lui sera donné et il sera informé par l'agent en cas d'empêchement ou de retard.

e) L'avertir de l'heure du repas après lui avoir montré la salle à manger, se mettre à sa disposition pour s'y rendre (l'aider à prendre ses repères).

f) Informer la lingerie de l'entrée effective qui aura préparé au préalable le casier de linge propre.

g) Passer voir régulièrement le résident dans l'après-midi jusqu'à l'heure du repas pour éviter le stress et le sentiment d'abandon.

h) Aller le chercher à l'heure du repas, l'installer à table, lui présenter ses voisins de table, lui expliquer qu'une évaluation de cette place sera faite avec lui et ses voisins de table et qu'il pourra dire comment il s'y sent.

i) A l'heure du coucher, le personnel de jour effectue concrètement les présentations résident/personnel de nuit. Cette action sera renouvelée durant les premiers jours.

7- DANS LES JOURS QUI SUIVENT L'ENTREE

La visite de l'établissement est effectuée à la date programmée par l'agent qui a fait le recueil de données.

La cotation GIR sera programmée dans les 15 jours, réalisée et transmise au service des admissions/facturation.

La démarche de soins /projet de vie sera mise en place après une formation spécifique qui sera notée au plan de formation de 2008.

Une évaluation gériatrique sera effectuée par le médecin coordonnateur.

Annexe 1 Questionnaire d'admission

Date :

Etat civil

NOM :

PRENOM :

Date et lieu de naissance :

Nationalité :

Situation familiale :

Célibataire

Divorcé (e)

Vie maritale

Veuf (Ve)

Adresse :

Provenance :

Nombre d'enfants :

Adresses des enfants :

➤

Téléphone :

➤

Téléphone :

➤

Téléphone :

➤

Téléphone :

Mesure de protection juridique : Tutelle Curatelle Sauvegarde

Profession(s) antérieure(s) :

Choix du médecin :

Choix du kinésithérapeute :

Choix du lieu hospitalisation :

Ambulance :

Personne à prévenir :

Lien :

Personne de confiance :

Lien :

Inscription faite dans d'autres établissements : oui non

Lesquels :

Motif d'entrée :

Qui a décidé de l'entrée ? Nom : Prénom : Lien :

Annexe 2 : Habitudes de vie

Nom :

Prénom :

Date

I] HABITUDES DE SOMMEIL :

Heure du coucher : _____

a) Rituel :

Télévision oui non

Tisane oui non

Veilleuse oui non

Dort la nuit oui non

Prend un somnifère oui non

2) Sieste :

Quotidienne oui non

Occasionnelle oui non

Combien de temps : _____

II]LOISIRS :

1) Centres d'intérêts :

Sport, cinéma, travail, art, chant, musique, lecture, théâtre...

2) Vie Sociale :

Appartenez-vous à des associations, des clubs ? oui non

Lesquels : _____

Avez-vous l'habitude de voyager, en groupe, en famille ? oui non

Aimez- vous rencontrer du monde ou êtes-vous plutôt solitaire ? _____

Vous déplacez- vous oui non

Est-ce que vous conduisez une voiture ? Oui non

A ce jour poursuivez- vous vos activités sociales ? Oui non

Si non pourquoi ? _____

Qu'est ce que vous aimez ? : _____

Qu'est ce que vous ne supportez pas ? _____

Annexe 3 : Étude de l'autonomie

Nom :

Prénom :

Date :

I] ALIMENTATION

La personne est-elle : droitère gauchère

Mange seule avec aide ne mange plus seule

Coupe sa viande seule oui non parfois

Ouvre son yaourt oui non parfois

Pèle ses fruits oui non parfois

Aime préférentiellement : _____

N'aime pas : _____

Fausse routes oui non parfois

(Avale de travers, touse pendant, après le repas)

Avec les liquides oui non parfois

Avec les aliments solides oui non parfois

Allergies alimentaires oui non

Prothèse dentaire haut bas

II] TOILETTE

Du haut (visage, torse, bras) seul avec aide ne sait plus

Du bas (jambes, toilette intime) seul avec aide ne sait plus

III] HABILLAGE DESHABILLAGE :

Choisit seul ses vêtements oui non

S'habille seul oui non

Met les vêtements du haut seul oui non

Met les vêtements du bas seul oui non

Besoin d'aide pour se chausser oui non

Aider pour le boutonnage oui non

IV] CONTINENCE

1) Continence Urinaire

a) En journée

Est capable d'aller seul aux toilettes oui non

Est capable d'y aller avec aide oui non

Proposition à heures fixes oui non

Nécessite des protections oui non

Si oui, nature de la protection : _____

b) La nuit :

Est capable d'aller seul aux toilettes oui non

Est capable d'y aller avec aide oui non

Proposition à heures fixes oui non

Nécessite des protections oui non

Si oui, nature de la protection : _____

2) Continence Fécale

Est capable d'aller seul aux toilettes oui non

Est capable d'y aller avec aide oui non

A un rythme précis oui non

Lequel : _____

Tendance à la constipation oui non

Tendance à présenter de la diarrhée oui non

Prend des laxatif oui non

Poche de colostomie oui non

V] DEPLACEMENTS :

1) A l'intérieur

Se déplace seul oui non

Se déplace avec des cannes un déambulateur un fauteuil roulant

Transferts : Lever/ coucher : autonome aide partielle aide totale

Est installé dans un fauteuil coquille oui non

Transfert s'asseoir/ se relever : autonome aide partielle aide total

Chutes à l'intérieur jamais parfois fréquemment

Chutes à l'extérieur jamais parfois fréquemment

Nom :

Prénom :

Date :

2)A l'extérieur

Périmètre de marche : _____

Se repère à l'extérieur oui non

VI] COMMUNICATION ET COMPORTEMENT

Se repère dans le temps jamais parfois fréquemment

Se repère dans l'espace jamais parfois fréquemment

Aime être seul oui non

Aime être entouré oui non

Peut rester seul(e) sans problème oui non

Peut rester seul(e) un court instant oui non

Ne supporte pas d'être seul(e) oui non

VII] PRISE EN CHARGE MEDICALE

Suivi du traitement médical autonome aidée n'a aucun traitement

Si médicaments préparés et donnés

Les prend seul(e) oui non

les lui faire prendre oui non

État de la peau satisfaisant risque d'escarre

Evaluation du risque d'escarres(voir échelles PSI)

Présence de plaies oui non

Localisation :

Stade :

Autres plaies :

Protocole de soins utilisé :

VIII] ÉVITER LES DANGERS

Risque de fugue oui non

Risque de tentative de suicide oui non

Risque de chutes oui non

Nombre de chutes dans la dernière année : _____

Prise d'alcool oui non

Prise de tabac oui non

Nom :

Prénom :

Date :

IX] FACULTES SENSORIELLES

Ouïe entend bien malentendant appareillé

Vue normale lunettes cécité

Problème oculaire (cataracte, glaucome, prothèse,...) Si oui, précisez : _____

Annexe 4 : Histoire de vie

Nom, prénom :

Date d'entrée

Éléments marquants de la vie du résident

Conditions de vie depuis la cessation d'activité

Personnes importantes pour le résident

5 Courrier de présentation des travaux

EHPAD X., le 22 juin 07

1-Nous voici au terme de la première étape de la démarche qualité. Les quatre groupes de travail ont fourni un travail conséquent et les protocoles de trois groupes de travail seront mis en place le 2 juillet 07 ;

Pour que chacun d'entre vous puisse s'appropriier l'ensemble des protocoles deux présentations de chaque protocole seront faites par les référents et les responsables de la démarche qualité

Groupe contention : mardi 26/06 à la maison de retraite à 13h30

Vendredi 6 juillet à l'unité spécialisée à 13h30

Groupe accueil : jeudi 28 juin à la maison de retraite à 13h30

Mardi 3 juillet à l'unité spécialisée à 13h30

Groupe sur le circuit des déchets :

Vendredi 29 juin à 13h30 à l'unité spécialisée

Jeudi 5 juillet à 13h30 à la maison de retraite.

Si, vous rencontrez des difficultés pour l'application de ces protocoles n'hésitez pas à en parler aux responsables de la démarche ou à votre cadre.

2-Le comité de pilotage va se réunir pour valider les travaux sur le groupe linge et le protocole sera appliqué dès la rentrée

Au mois de septembre, des travaux complémentaires seront réalisés par les groupes en place. Le groupe accueil traitera « la personne de confiance » et le groupe sur le circuit des déchets traitera « les déchets de cuisine ».

3- Les travaux qui seront réalisés ensuite s'intégreront dans le projet d'établissement. Le comité de pilotage définira les grands axes du projet d'établissement et définira les priorités. Ces axes prioritaires seront ensuite déclinés dans deux groupes de travail en objectifs opérationnels.

Bonne route à tous et toutes, merci pour votre bon travail

P°/ Le directeur