

EHESP



**Directeur d'établissements sanitaires
sociaux et médico-sociaux**

Promotion : **2016-2017**

Date du Jury : ***Décembre 2017***

**Manager pour une amélioration
continue de la qualité :**

Les missions transversales, la solution innovante d'un EHPAD.

Aude BERGER

Remerciements

Je tiens à remercier en premier lieu la Résidence René Marion de Roybon, et notamment son Directeur, Monsieur Philippe POUSSIER, de l'accueil qui m'a été réservé, de tout les enseignements que j'ai pu recevoir lors de mon stage, ainsi que de l'aide qui m'a été apportée pour recueillir la matière qui m'a permis de rédiger le présent mémoire.

Je souhaite également remercier l'EHESP pour son accompagnement dans la construction du projet de mémoire, et notamment Madame Alis SOPADZHIYAN et Monsieur Jacques ORVAIN.

Enfin, je réserve un merci tout particulier à ma famille pour son soutien, son amour et son aide, toujours aussi précieuse.

Sommaire

Introduction.....	1
1 Du périmètre du management par la qualité et notamment de l'approche processus.....	7
1.1 Définition du management par la qualité.....	8
1.2 Étude de divers types de management par la qualité.....	12
1.3 Focus autour de l'approche processus.....	13
1.3.1 Les principes de l'approche processus.....	13
1.3.2 Apport de la formalisation et respect de l'autonomie des professionnels.....	15
1.3.3 De l'utilité des chaînes de valeur.....	16
1.4 L'apparition de l'approche qualité par les processus en milieu médico-social.....	17
1.5 Atouts et nuances à apporter à l'approche processus.....	20
1.5.1 Des avantages.....	20
1.5.2 Des risques.....	20
1.5.3 Des facteurs facilitant.....	21
1.5.4 Des entraves éventuelles.....	22
1.6 Conclusion.....	23
2 De la solution managériale mise en œuvre dans l'établissement de ROYBON.....	24
2.1 Méthodologie d'analyse de la situation locale.....	24
2.2 État des lieux à la Résidence René Marion de ROYBON.....	25
2.3 Détermination des besoins de l'établissement en management.....	27
2.3.1 Développer des pratiques communes.....	27
2.3.2 Mieux intégrer les RBPP.....	28
2.3.3 Développer la flexibilité du personnel.....	29
2.3.4 Faire émerger une culture commune et un sentiment d'appartenance.....	29
2.3.5 La recherche d'une solution aux besoins.....	30
2.4 Lien entre la démarche managériale de l'EHPAD de ROYBON et le management par la qualité via l'approche processus.....	31
2.5 Description détaillée des missions transversales et de leur mise en œuvre.....	32
2.5.1 La mission transversale fin de vie.....	33
2.5.2 La mission transversale démences.....	34
2.5.3 La mission transversale douleur.....	36
2.5.4 La mission transversale chutes et contention.....	37
2.5.5 La mission transversale hôtellerie-restauration.....	38
2.5.6 La mission transversale circuit du médicament.....	40

2.6 L'avis des professionnels engagés dans une mission transversale.....	41
2.7 Conclusion.....	44
3 De la transposition d'une démarche managériale innovante dans les organisations sociales ou médico-sociales.....	46
3.1 Perspectives, outils et risques de la méthode de management en missions transversales.....	47
3.1.1 La démarche contrevient-elle à l'obligation d'individualisation ?.....	47
3.1.2 Éviter la « rigidification » des pratiques.....	48
3.1.3 Pérenniser la démarche managériale.....	48
3.2 L'importance du rôle du directeur en management.....	52
3.2.1 Impulser.....	52
3.2.2 Donner du sens.....	52
3.2.3 Encadrer la démarche.....	53
3.2.4 Développer la transversalité par les valeurs.....	53
3.2.5 Relever de nouveaux axes d'amélioration.....	53
3.3 Préconisations pour la reproduction des missions transversales.....	54
Conclusion.....	55

Liste des sigles utilisés

AMPPATI : AMélioration du Parcours PATient et de son entourage par Immersion (méthode).

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance.

ANESM : Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des Établissements et services Sociaux et Médico-sociaux.

CCGDR : Cellule de Coordination de la GDR.

CODIR : COmité de DIRection.

CREX : Comités de Retours d'EXpérience.

DU : Diplôme Universitaire.

EAPA : Enseignant en Activité Physique Adaptée.

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes.

EI(G) : Événements Indésirables (Graves).

EMPSA : Équipe Mobile de Psychiatrie du Sujet Âgé.

EMSP : Équipe Mobile de Soins Palliatifs.

EPP : Évaluation des Pratiques Professionnelles.

ESMS : Établissements Sociaux et Médico-Sociaux.

ETP : Équivalent Temps Plein.

GDR : Gestion Des Risques.

GIR : Groupe Iso-Ressource.

GMP : GIR Moyen Pondéré.

HAS : Haute Autorité de Santé.

MASA : Maladie d'Alzheimer ou Syndrome Apparenté.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

PAQ : Plan d'Action Qualité.

PASA : Pôle d'Activités et de Soins Adaptés.

RBPP : Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles.

TQM : Total Quality Management.

UCC : Unité Cognitivo-Comportementale.

UHR : Unité d'Hébergement Renforcée.

Introduction

Faut-il beaucoup de moyens, financiers, matériels et humains, à un établissement médico-social pour faire de la qualité ? Ou peut-on faire évoluer son regard, réinterroger ses pratiques en gérant ses moyens différemment ?

Manager ses équipes est l'un des savoirs-faire majeurs qu'un Directeur d'établissement sanitaire, social ou médico-social doit acquérir, pour diriger son établissement. Il ne peut pas y déroger : il doit mettre en œuvre des actions visant à organiser le travail et à mettre en place les pratiques adéquates pour apporter le meilleur service aux personnes accueillies dans son établissement. Est-il possible de formaliser les processus de travail sans perdre l'engagement des professionnels à « bien-faire » leur métier ?

Le Larousse définit le management comme l'« *Ensemble des techniques de direction, d'organisation et de gestion de l'entreprise* »¹.

Mais selon Frédéric FRERY², « *la définition du management reste sujette à controverse. Les experts ne s'accordent pas tous sur sa signification, ni même sur sa prononciation [...]. [Or,] les origines [étymologiques] du management n'ont rien de gestionnaire ni d'anglo-saxon : elles sont équestres et franco-italiennes. Le mot management provient ainsi du français mesnagement, lui-même issu de l'italien maneggiare, qui signifie "tenir les rênes d'un cheval" (et que l'on retrouve par exemple dans manège). En français, les mots mesnagement, mesnage et mesnager furent adoptés à partir du XVIe siècle [...]. C'est en passant à l'anglais à partir de la révolution industrielle que le mesnagement est devenu le management. Il est paradoxalement repassé sous ce nom en français à partir du milieu du XXe siècle, lorsque les entreprises françaises se sont inspirées des pratiques américaines. Quoi qu'il en soit, ses principes d'origine sont restés : il implique toujours la conduite et la maîtrise d'une organisation par un manager, celui qui tient les rênes* ».

Il précise « *que les trois pères fondateurs du management classique sont le Français Henri Fayol, l'Américain Frederick Winslow Taylor et l'Allemand Max Weber [qui] ont établi une vision du management cohérente, faite de rigueur analytique et d'optimisation efficiente. Pour Fayol, l'administration des entreprises consistait à "prévoir, organiser, commander, coordonner et contrôler". Taylor est resté célèbre pour l'organisation*

¹ Dictionnaire Larousse, site consulté le 03/05/2017

<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/management/49022?q=management#48931>

² FRERY F., « Le management 2.0 ou la fin de l'entreprise ? » in *L'Expansion Management Review*, 2/2010 (n°137), p.52-60.

URL : <http://www.cairn.info/revue-l-expansion-management-review-2010-2-page-52.htm>

scientifique du travail, qui consistait à élaborer rigoureusement les meilleures méthodes et à les appliquer strictement. Pour sa part, Weber a théorisé la bureaucratie, forme d'organisation fondée sur le respect de règles rationnelles, censées mettre fin à l'arbitraire et au bon vouloir »³.

Enfin, F. FRERY rappelle que « le management [...] hérité du XIXe siècle fait classiquement face à trois dilemmes : l'organisation ou le marché, l'exploration ou l'exploitation, l'autonomie ou la coordination. [...] [Ces trois dilemmes] structurent [selon lui] la plupart des arbitrages et des réflexions de tout manager. [...] [Ainsi,] le management consiste à trouver une issue pertinente à ces trois dilemmes, selon le contexte, la culture ou les ressources disponibles »⁴.

Aujourd'hui, il est possible de recenser six dimensions du management⁵, qui inter-agissent les unes avec les autres.

Tout d'abord, la dimension « diriger » qui consiste à orienter, administrer et gouverner, conduire et adapter. Elle permet de donner un sens, à la fois direction et signification, au travail demandé aux personnels de l'établissement.

Ensuite, il est nécessaire d'« organiser le travail », le structurer en le divisant et en le coordonnant : définir clairement les tâches et responsabilités assignées à chacun, les réseaux de communication et les processus de circulation de l'information entre les acteurs, ainsi que les procédures de réalisation du travail et leurs modalités de contrôle.

Parallèlement, la dimension « animer » offre l'opportunité de créer un véritable collectif de travail, une équipe soudée. Pour ce faire, il est important de tenir compte de l'histoire de l'établissement et du lieu où il est implanté pour ne pas bouleverser la culture commune, tout en la faisant évoluer. Cette dimension permet de prévenir, ou en tout cas, de gérer les conflits plus aisément.

Au-delà, il convient de « motiver » les agents pour les engager dans l'action. Selon Nicole AUBERT, la motivation concerne « l'étude des motifs qui nous poussent à agir et du processus qui nous met en mouvement »⁶. Une stimulation externe est parfois motrice, mais le plus souvent, c'est la motivation interne des personnes qui les fait avancer. Impossible, en effet de « motiver quelqu'un », il est possible uniquement de l'aider à se motiver lui-même... Afin donc d'aider ses équipes à se motiver, il faut pouvoir identifier ce dont elles ont besoin, car toutes n'ont pas les mêmes besoins, et savoir reconnaître les compétences.

3 FRERY F., *op. cit.*, p.52-60.

4 *Ibid.*, p.52-60.

5 ROBIN-SANCHEZ Nathalie, Cours de Management opérationnel et gestion de projet, EHESP, 2016.

6 AUBERT N. et autres, « Diriger et motiver - Art et pratique du management » in *Editions d'Organisation*, 2ème édition, juillet 2005.

Concurremment, il est indispensable d'« évaluer », vérifier la conformité des actions produites par rapport à ce qui a été sollicité. C'est une forme de contrôle, action fondamentale dans les démarches qualité ou gestion des risques. Mais l'évaluation ne doit pas toujours être sanction, elle peut aussi être reconnaissance (financière, sociale, personnelle (formation) et psychologique (relation)).

Enfin, il est essentiel de ne pas oublier la dimension « développer » : développer les compétences individuelles et collectives des agents dans le cadre de projets, comme pour l'évolution de carrière.

En matière médico-sociale, le management, pris dans les six dimensions précitées, est fondamental car il ne s'agit pas de gérer les ventes d'un produit à la hausse ou à la baisse, mais bien d'apporter une qualité de vie à l'humain qui requiert nos services. Or, le management instauré aura des conséquences directes sur le travail des professionnels de l'établissement, et donc sur leur bien-être, ainsi que sur le bien-être des personnes accueillies !

Manager en médico-social revêt donc une dimension qualitative et ce de manière prépondérante.

Force est de constater qu'il existe plusieurs manières de manager. D'abord, parce qu'un manager, manage avec ce qu'il est, mais aussi parce qu'il n'y a pas de solutions préétablies. Chaque système de management cherche à mobiliser les ressources, articuler le schéma des actions à réaliser, donner du sens et de la légitimité et piloter la performance⁷, avec le souci – très actuel – d'associer les personnels à la réflexion, mais aussi de créer de la valeur.

Il apparaît alors inopportun de citer ici tous les systèmes de management existants ; seront donc définis les seuls termes en lien avec l'objet de la présente étude, qui se focalise sur le management par les processus, à savoir : processus, valeur et qualité.

Notons premièrement que selon les travaux de Jacques ORVAIN « *le terme processus [...] prend son origine dans le latin (pro cedere : marcher en avant) et influence considérablement les façons de penser notamment quand il s'agit de la qualité des productions et des services. [...]*

L'ISO9001 définit le processus comme "un ensemble d'activités corrélées ou interactives qui transforment les éléments d'entrée en éléments de sortie" (norme ISO9001, 2000). Cette définition donne au processus l'apparence d'un flux d'actions agissant de façon précise et concertée. Pourtant le langage courant et les travaux de recherche en gestion

7 ORVAIN J., Cours de management par les processus, EHESP, 2016.

utilisent le terme "processus" pour décrire d'autres mécanismes d'action et de coordination.

Nous pouvons ainsi concevoir le processus successivement comme :

- Un flux d'actions : le processus de prise en charge d'un patient.
- Un programme animé par des principes : le processus de "Total Quality Management".
- Une façon de se connecter et d'interagir : la coordination des vigilances.
- Une façon de reproduire la structure de l'entreprise : le processus budgétaire »⁸.

Pour Jean-Pierre CLAVERANNE et Christophe PASCAL, « un processus est : un ensemble cohérent d'activités

- se déroulant dans un espace et un temps déterminés
- répondant à une finalité commune
- et produisant un output matériel ou immatériel
- à destination d'un client interne ou externe »⁹.

Les processus comportent donc plusieurs dimensions qu'il faut bien intégrer afin de pouvoir les utiliser correctement, notamment en matière médico-sociale où trop de formalisme pur efface la portée des actions exercées pour les personnes accueillies.

Deuxièmement, s'il apparaît important de formaliser une organisation via des processus clairs pour donner une « ligne de conduite » aux agents, il est primordial de remettre du sens (signification) au cœur de leurs actions, afin d'en laisser transparaître la valeur réelle aux yeux des personnes accueillies.

En effet, ce qui parfois fait sens du point de vue des professionnels, peut ne pas revêtir autant de valeur pour la personne accueillie.

J.-P. CLAVERANNE et C. PASCAL (enseignants-chercheurs) indiquent que la définition de la valeur reste floue et générale : la valeur « apparaît comme le lien entre les besoins implicites ou explicites, conscients ou inconscients de l'être humain et la satisfaction apportée par le produit ou service »¹⁰

Il s'agit donc de s'exposer au regard critique, à l'avis du « client ».

Dans le domaine médico-social, à l'instar du monde sanitaire, les personnels soignants (médecins, infirmiers, aide soignants), et plus généralement les « sachants », n'ont pas l'habitude de se laisser juger / jauger par les personnes accueillies, les « ignorants ». Et pourtant, ce sont bien elles qui font vivre leurs professions.

8 ORVAIN J., *Les essentiels 2016 – Manager par les Processus*, EHESP, mis à jour le 8 janvier 2016, p.1-2.

9 CLAVERANNE J.-P. et PASCAL C., *Repenser les processus à l'hôpital : Une méthode au service de la performance*, Médica Editions, 2004, p.17.

10 *Ibid.*, p. 25.

Ainsi, pour intégrer de la valeur dans les processus formalisés, il faut pouvoir les faire accepter et comprendre par les personnels.

Cela amène, troisièmement, à se questionner sur un indicateur de la valeur : la qualité. J.-P. CLAVERANNE et C. PASCAL la définissent pour le milieu sanitaire, « *en fonction des attributs et des résultats des soins fournis par les praticiens et reçus par les patients* »¹¹, ce qui revient à distinguer la « *qualité technique* » (pertinence du savoir-faire utilisé et compétence à l'utiliser de la manière la plus appropriée à la situation en présence et en adéquation avec les référentiels en la matière) et la « *qualité de l'interaction* » (communication soignant-soigné, relation de confiance entre eux, sympathie, tact du professionnel...). La qualité ne dépend donc pas uniquement des spécifications techniques de l'action réalisée, mais également de l'avis que le « client » va émettre.

Cela est tout à fait transposable dans les établissements médico-sociaux, où l'on retrouve la « *qualité technique* » et la « *qualité de l'interaction* » des soignants, mais également des personnels hôteliers, techniques et administratifs, envers les personnes accueillies.

Il en ressort que le degré de satisfaction de la personne accueillie peut avoir un effet bénéfique ou défavorable sur sa manière de percevoir son lieu de vie, et donc, sur sa manière de percevoir sa vie.

Il convient de noter que dans ce milieu, les Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles (RBPP) de l'Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des Établissements et services Sociaux et Médico-sociaux (ANESM) sont les référentiels à suivre pour développer la qualité des prestations fournies aux personnes accueillies.

C'est dans ce contexte qu'il est envisagé d'étudier la situation de la Résidence René Marion, un Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) implanté au centre de la commune de Roybon (Isère). Initialement hospice, puis hôpital rural et hôpital local, en 1982 une partie de l'établissement est transformée en maison de retraite. Ce n'est qu'en 2008 que l'établissement tout entier devient EHPAD.

Il compte 127 lits d'hébergement permanent, dont 14 places de Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) depuis 2012, répartis dans deux bâtiments séparés par un troisième comptant 20 lits d'hébergement temporaire.

Un projet de construction de nouveaux locaux est en cours afin d'offrir un confort plus moderne et mieux adapté aux besoins des résidents et des agents.

Conscient de l'étape que constitue l'entrée d'une personne âgée en établissement, la Résidence René Marion tente de rendre ces moments difficiles les moins désagréables

¹¹ CLAVERANNE J.-P. et PASCAL C., *op. cit.*, p.43-44.

possibles pour les résidents et leurs proches en cherchant toujours à améliorer la qualité de son accueil et des prestations fournies.

Mais pour cela, elle doit faire face à une fracture interne dans les pratiques de ses agents, liée en partie à l'ancienne configuration des locaux et aux clivages existants entre culture sanitaire et culture médico-sociale. Face à ce constat, deux audits organisationnels ont été mis en œuvre en 2010, puis en 2015 (ce dernier étant lié à la convergence tarifaire qui a occasionné une baisse de 25% de la dotation soins de l'établissement). Il a été décidé de créer une unique équipe infirmière et une unique équipe bio-nettoyage pour tout l'établissement ; ainsi que de mettre en place des comités de retours d'expériences de fin 2015 à fin 2016, afin de commencer à uniformiser les pratiques.

Enfin, lors de la refonte du projet d'établissement en 2016, le COmité de DIRection (CODIR) de la Résidence, sous l'impulsion du directeur, a étudié les processus inhérents à l'établissement et a souhaité mettre en place neuf missions transversales sur divers thèmes, dans le but de développer une application des RBPP intégrée aux pratiques des professionnels (notamment du fait de la responsabilité de l'encadrement dans cette appropriation), pour, à terme uniformiser les pratiques professionnelles et les rendre plus qualitatives.

En quoi une organisation en missions transversales est-elle un outil managérial au service de l'amélioration continue de la qualité des prestations fournies aux personnes accueillies en Établissements Sociaux et Médico-Sociaux (ESMS) ?

Parmi les différents ESMS existants, il conviendra de se concentrer sur les EHPAD durant cette étude.

Après un diagnostic de la situation avant le début des missions transversales, il apparaît pertinent de chercher ce qu'elles ont pu faire évoluer dans les pratiques des personnels qui y participent. Pour ce faire, un questionnaire a été élaboré, dont les résultats seront présentés ci-après (en partie II). Par ailleurs, ma présence au sein de l'établissement et ma collaboration à l'une des missions me permettront d'observer de manière participative les changements qui s'opèrent.

Dans une première partie, il semble indispensable d'approfondir les diverses méthodes de management par la qualité et en particulier l'approche processus (1), avant de les mettre en perspective avec la situation concrète d'un établissement (2) pour déterminer si la solution locale peut devenir un outil pour tout directeur d'ESMS (3).

1 Du périmètre du management par la qualité et notamment de l'approche processus.

Les modes d'organisation du secteur médico-social tels qu'ils ont été bâtis à leurs débuts doivent aujourd'hui évoluer, notamment du fait de l'émergence du résident et/ou de ses proches en tant qu'acteur de l'accompagnement. En effet, il est important de souligner, d'une part, que l'intensification de la concurrence dans le secteur des EHPAD a ouvert le marché, ce qui a soumis les établissements aux, désormais devenus habituels, comparatifs, notamment sur internet ; et, d'autre part, l'évolution des lois, et particulièrement l'avènement de la loi du 2 janvier 2002¹² consacrant les droits des personnes accueillies dans un établissement médico-social font de ces dernières des personnes averties, véritables actrices de leur accompagnement, qui ont, non seulement des droits, mais peuvent également donner leur avis sur la manière dont elles sont traitées ! Et lorsqu'elles ne sont pas en capacité de le faire, leurs familles ne s'en privent pas.

Ainsi, comme le souligne Christophe PASCAL, cela « *rend plus que jamais nécessaire l'adaptation des modes d'organisation autour d'une réflexion sur la valeur des prestations proposées par les établissements* »¹³. Il constate d'ailleurs que la prise en charge en elle-même est « *transversale par nature, mobilisant des acteurs de compétences et de lignes hiérarchiques différentes autour d'un objet unique [le résident, mais qu'elle] constitue [...] l'archétype d'un processus dans lequel les problèmes de coordination latérale sont omniprésents, qu'il s'agisse de coordination entre services et à l'intérieur des services, mais aussi entre les professions et au sein même de chaque profession* »¹⁴. Cependant, il précise que le domaine particulier de la santé n'a pour l'instant que peu permis l'adaptation de la gestion par processus à la prise en charge elle-même, alors que cela serait possible de manière adaptée au secteur, notamment en se concentrant sur la valeur de la prise en charge.

Si la gestion par les processus, héritée du secteur privé, a commencé à s'immiscer dans le secteur sanitaire, afin de tenter d'améliorer la qualité des soins dans les hôpitaux, cette réflexion peut tout à fait être transposée en matière médico-sociale autour des processus d'accompagnement des personnes accueillies en EHPAD et de la valeur des actions effectuées pour elles.

12 Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

13 PASCAL C., « La gestion par processus à l'hôpital entre procédure et création de valeur » in *Revue Française de Gestion* 2003/5 (n°146), p.191-204.

URL : <http://www.cairn.info/revue-francaise-de-gestion-2003-5-page-191.htm>

14 *Ibid.*, p.202.

Or, pour la gestion d'un ESMS, le management des personnels est l'un des éléments essentiels à la vie de la structure. En effet, le management instauré par la direction dans un EHPAD aura des conséquences sur le travail des professionnels, et donc, par ricochet, sur le « bien-vivre » des résidents.

1.1 Définition du management par la qualité.

Dans un premier temps, il semble pertinent d'étudier ce que recèle le management par la qualité et d'évincer quelques idées reçues ou méprises à ce propos.

Manager par la qualité, c'est mettre en exergue la considération du client, ou résident en matière médico-sociale, par les équipes de professionnels qui vont alors s'efforcer de le satisfaire au mieux. Mais cela ne peut se développer et perdurer que si la structure considère également ses employés en gérant leurs compétences qui doivent être adaptées aux exigences du client. Elle doit donc intégrer complètement la démarche qualité à son management quotidien et ne pas uniquement faire cohabiter les deux.

Ainsi, la stratégie de management va transparaître dans la démarche qualité : il n'y en aura pas deux identiques en fonction du manager, de la stratégie de l'établissement et du contexte local.

De plus, selon Michel BELLAÏCHE, « *manager par la qualité n'est pas manager la qualité* », c'est-à-dire que l'établissement doit insérer dans chaque activité « *cette dimension de prise en compte collective d'objectifs qualitatifs [communs] que constitue la démarche qualité [pour] atteindre ensemble un niveau de qualité de satisfaction du client, de mission de service public ou de respect d'une réglementation* »¹⁵ C'est donc un véritable état d'esprit, alors que manager la qualité, c'est se borner à s'assurer que le produit réceptionné par le client est conforme aux standards recherchés.

Plusieurs mises en garde sont ici nécessaires et certains postulats doivent être dissipés.

D'abord, manager par la qualité ne revient pas à afficher une façade dans le but d'obtenir un label ou une certification (ou de passer haut la main son évaluation externe en matière médico-sociale), faire de la qualité c'est aller plus loin, c'est mettre en œuvre une démarche au long cours qui fait sens pour les professionnels et ne pas baisser les bras aux premières difficultés.

De plus, faire de la qualité ne doit pas pâtir d'un excès de méthode qui surchargerait les fonctionnements internes. C'est-à-dire que la modélisation d'une entité par les processus est importante, puisque l'écriture est l'une des bases de la démarche qualité, mais ce n'est pas suffisant car il faut prendre en considération l'évolution constante des pratiques professionnelles pour ne pas limiter l'autonomie, la réactivité et la productivité des

15 BELLAÏCHE M., *Manager vraiment par la qualité*, Ed AFNOR(2008), Préface, p.XVIII.

professionnels (appliquer l'esprit d'un texte et non sa lettre pure selon M. BELLAÏCHE¹⁶, s'interroger en ces termes : « *Pourquoi ceci est demandé ?* »¹⁷).

L'hypothèse selon laquelle faire de la qualité coûte cher et demande beaucoup de moyens, semble trop souvent utilisée comme prétexte par ceux qui ne souhaitent pas réellement s'engager dans une démarche qualité. En effet, la qualité apporte des améliorations sur le long terme, offrant ensuite économies pérennes et parfois substantielles par l'évitement d'actions inutiles et l'optimisation des actions répétitives. Par ailleurs, une entreprise qui connaît bien son fonctionnement interne pourra analyser ses problèmes, mêmes inattendus, plus facilement et prendre les décisions qui s'imposent plus rapidement.

Il faut noter que « *LA qualité n'existe pas dans l'absolu* »¹⁸, mais une démarche qualité représente pour une structure un élément de sa stratégie. Décidée et mise en œuvre sous l'impulsion de la direction, elle aide l'entité à faire des choix. Il s'agit donc d'un engagement durable de l'entreprise qui doit la partager avec tous les professionnels travaillant en son sein afin qu'ils se l'approprient. A l'inverse, tout n'est pas qualité.

Selon la norme ISO 9000¹⁹, référence en matière de qualité, huit principes sous-tendent le management par la qualité et ils renvoient à des valeurs :

- L'orientation client pour rechercher sa pleine et entière satisfaction, ce qui nécessite d'informer le personnel à la fois sur les attentes de ce client et les décisions prises par le management.
- Le leadership qui va dépendre des qualités et compétences des managers à améliorer si nécessaire.
- L'implication du personnel qui suppose que le personnel soit motivé pour participer.
- L'approche processus qui repose sur l'identification des processus de la structure et l'identification par le personnel de sa contribution auxdits processus.
- Le management par approche « système » où il convient de développer des logiques d'actions cohérentes entre les entités de l'établissement.
- L'amélioration continue doit être recherchée de façon permanente. L'entité peut s'appuyer sur l'implication du personnel pour y parvenir.
- L'approche factuelle qui aide à la prise de décisions (définir les priorités), à la mesure des progrès et à réduire les relations conflictuelles par orientation sur le problème et non sur les personnes concernées.

16 BELLAÏCHE M., *op. cit.*, p.232.

17 *Ibid.*, p.34.

18 *Ibid.*, Avant-Propos par Stéphanie PAIX, p. XII.

19 Organisation internationale de normalisation, *ISO 9000 : Systèmes de management de la qualité - Principes essentiels et vocabulaire*, 2015.

- Les relations mutuellement bénéfiques avec les fournisseurs créées dans un climat de confiance.

Ainsi, pour manager réellement par la qualité, de nombreux éléments sont à prendre en considération : les contextes externe (concurrence, marché...) et interne (historique, dysfonctionnements, conflits, valeurs en lien avec les principes de la qualité...) à l'organisation ; la complexité des structures en ce qu'elles doivent s'adapter rapidement aux facteurs changeants ; le développement de l'autonomie des équipes (chaque employé doit pouvoir agir avec bon sens, même s'il respecte un cadre commun) et de la polyvalence des services (remplacements en cas d'absence) ; les susceptibilités à calmer pour mieux mobiliser et engager ses équipes autour de la qualité en identifiant leurs besoins (rappeler les faits et savoir écouter) ; les changements à conduire tout en redonnant du sens aux actions engagées ; la mise à disposition de ressources de qualité (en compétences, matérielles, en information...) ; l'optimisation des outils (documentation réduite à l'essentiel et accessible), « *dans les contextes complexes, les meilleurs outils sont ceux qui n'ont pas tout prévu, mais constituent des aides face aux événements imprévus* »²⁰ rappelle M. BELLAÏCHE.

La démarche qualité doit être entreprise sur le long terme, elle prend du temps et ne peut être mise en œuvre uniquement pour un objectif à trop court terme comme l'obtention d'un label ou le passage d'une évaluation. En effet, il peut alors arriver que le personnel fasse semblant de connaître des procédures qui ne sont jamais appliquées, voire les apprenne juste dans le cadre de l'audit en cours, car elles ne portent pas de sens pour eux.

Parfois, si la démarche qualité a été très chronophage pour peu de résultats, les structures l'abandonnent, surtout lorsqu'elles perdent de vue leur objectif et la valeur donnée à leurs activités. Il convient donc de déterminer les démarches appropriées aux besoins de l'établissement en matière de qualité pour éviter des procédures lourdes et inutiles (par exemple : demander à ses équipes de mettre à jour les procédures une fois par an et sur une période réduite est un travail long et fastidieux qui s'avère inutile).

Parallèlement, la mise en œuvre d'une démarche qualité doit impérativement être collective car, à l'image d'une équipe sportive, si chacun des membres est doué individuellement, mais ne communique pas avec les autres, le match est perdu d'avance. Travailler en groupe assure la détermination de critères de qualité et de pratiques communs, ainsi qu'une meilleure compréhension des contraintes de ses collaborateurs, et donc, de leurs refus ou hésitations. Autrement dit, « *les acteurs doivent se livrer à une*

²⁰ BELLAÏCHE M., *op. cit.*, p.60.

élaboration constructive et intersubjective des orientations de l'action »²¹. C'est une condition indispensable à une rapide appropriation des critères de qualité par le plus grand nombre.

Enfin, il faut souligner que la démarche qualité doit avoir, parmi ses buts, de redonner du sens aux actions effectuées par les différents professionnels. Il s'avère qu'obtenir la reconnaissance de la personne accueillie directement, ou même indirectement, est des plus gratifiants : c'est ce qui doit être au centre de la démarche.

De ce fait, rechercher la qualité pour le client offre l'opportunité à chacun de faire au mieux, il s'agit d'une véritable réhabilitation du « *goût du travail bien fait et qui fait sens* »²². « *Cet objectif commun de bien faire est forcément fédérateur car il dépasse les clivages habituels culturels ou relatifs à des métiers différents* »²³.

Il apparaît toutefois opportun d'informer quiconque souhaite mettre en œuvre une démarche de management par la qualité, des écueils potentiels contre lesquels il devra se prémunir.

D'abord, une politique qualité ne peut être faite que de simples intentions, elle doit porter des projets réalisables matériellement qui seront suivis d'effets concrets mesurables à moyen terme, correspondant à l'annonce qui en a été faite.

De plus, la qualité est souvent perçue comme un facteur de progrès, et elle l'est, mais il faut faire attention à ne pas évincer les problèmes majeurs sous couvert d'amélioration. C'est-à-dire à ne pas progresser pour progresser en améliorant de petites choses apparentes sans prendre en compte le fond du problème.

Par ailleurs, force est de constater que les objectifs de la qualité ne peuvent être individualisés à chaque professionnel, puisqu'ils sont, « *par essence, collectifs* »²⁴.

En outre, une démarche qualité ne suppose pas que l'entité soit perpétuellement le théâtre de changements incessants ; au contraire, la méthode choisie doit pouvoir apporter une certaine stabilité. A l'inverse, les approches de conduite du changement ne doivent pas être engagées que pour les grands projets, elles peuvent se révéler efficaces aussi pour des petits projets en fonction de leur teneur. Dans tous les cas, le manager doit éviter de commencer le projet avec des *a priori* sur le groupe avec lequel il travaille (par exemple : penser qu'un groupe ne peut pas changer). Le manager devra également penser à former les nouveaux arrivants à la démarche qualité entreprise dans la structure. Enfin, il est important de ne pas fonder la démarche qualité uniquement sur la qualité des ressources à disposition, car il ne faut pas omettre le besoin de cadrage des équipes via des procédures, par exemple : le simple apport de matériel neuf dans un service ne peut

21 CLAVERANNE J.-P. et PASCAL C., *op. cit.*, p.73.

22 BELLAICHE M., *op. cit.*, p.46.

23 *Ibid.*, p.46.

24 *Ibid.*, p.96.

suffire à sa bonne utilisation, ni à la mise en place de bonnes pratiques des professionnels ; il convient donc de formaliser des procédures d'utilisation et de former les personnels.

1.2 Étude de divers types de management par la qualité.

Dans un second temps, il apparaît intéressant de différencier plusieurs types de programmes de management présentant un volet « qualité » (cette liste n'est pas exhaustive). D'une manière générale, les divers programmes de management par la qualité ont tendance à perdre de vue les objectifs visés, mais se centrent plus sur la formalisation des démarches à accomplir (approches par les processus, comptes qualité, indicateurs ou apprentissages collectifs).

Premièrement, le Total Quality Management (TQM) est souvent utilisé dans le domaine sanitaire. Il découle d'une représentation commune de la qualité déterminée par l'établissement basée sur l'observation de ce qui se produit pour le patient (parcours, chemin clinique). Puis, les techniques employées sont étudiées en prenant en compte la variabilité de l'activité. Ensuite, les équipes collectent des données et expérimentent des solutions en s'appuyant sur des faits concrets. Pour finir, il convient de rechercher l'amélioration de la qualité continuellement. Ce type de programme peut être déployé sur des cycles de travail courts, comme longs. Les principes du TQM présentent un large risque de détournement qui pourrait conduire au désengagement des professionnels vis-à-vis de la démarche qualité ou à leur dessaisissement par la mise en place de comités permanents (type comité d'hygiène). Cela pourrait effectivement créer des « experts » en la matière qui ne laisseraient plus place à la parole du professionnel de terrain, ni à celle de l'utilisateur.

En second, le lean management tente à la fois d'éviter ce qui n'a pas de valeur, contrôler les variations ou l'irrégularité des flux d'activité et faire baisser les excès (le stress au travail, le stock). Ainsi, il s'agit d'une recherche d'amélioration continue des processus pour éliminer le gaspillage. Ce type de management s'applique sur des cycles de travail très courts et répétés, ce qui fait qu'il est souvent appliqué de manière incomplète au sein d'une entité, par exemple, sur des activités restreintes ou disjointes.

En dernier lieu, il y a l'entreprise apprenante qui cherche à imposer des modèles où l'efficacité se trouve dans l'apprentissage, plutôt que dans l'exécution. Dans ce modèle, les dirigeants expriment leur vision, et la direction à suivre, aux collaborateurs qui proposent des solutions. Il y a donc un échange constant direction-professionnels pour

faire évoluer les pratiques et régler les conflits. Ce système ne peut fonctionner si le management en présence n'est pas à l'aise avec, car cela risque de paralyser les partages et de limiter les options possibles, puisque le directeur revêt plus un rôle d'animateur que de décideur.

Pour déterminer quel type de management il peut être pertinent de mettre en œuvre dans son établissement, il faut prendre en compte le contexte particulier de l'organisation, s'intéresser d'abord à l'activité (analyse des processus), identifier les objectifs (résultats attendus), repérer les ressources nécessaires (matérielles comme immatérielles), mettre en place un système de pilotage (information, mesures, incitations), se préoccuper du sens donné et de la légitimité à agir (normes, valeurs) et mesurer les résultats et leurs impacts.

Il s'avère que ces types de management peuvent aisément être mis en place en établissement médico-social, notamment parce que la qualité doit être développée dans les quatre valeurs promues par l'ANESM : les droits de la personne accueillie, l'autonomie de la personne accueillie, la sécurité de la personne accueillie et l'inscription de l'établissement dans l'environnement.

1.3 Focus autour de l'approche processus.

Dans un troisième temps, il paraît approprié de centrer la réflexion sur l'approche processus qui s'efforce de centrer les préoccupations de l'organisation sur l'activité et replace les structures internes et le pilotage en tant que services aux activités. Cela offre une vision globale de la gestion de l'établissement importante pour la valorisation des actifs et la compréhension de la démarche.

1.3.1 Les principes de l'approche processus.

Définie en introduction, il est pourtant intéressant de rappeler ici que « *l'appellation "processus" signifie que les éléments qui le composent, bien que divers, se tiennent et s'organisent en fonction d'un principe intégrateur et d'une logique qui fusionnent ces divers éléments en un ensemble cohérent, organisé et structuré* »²⁵.

Ainsi, le processus doit être pensé comme un tout transversal, sinon cela revient à diviser le problème en une multitude de procédures : il faut mettre en exergue les activités, plutôt que l'organisation par service (par exemple, penser la fonction linge comme un processus complet qui va des logements jusqu'à la blanchisserie, avec un responsable de l'ensemble du processus présent dans chaque service, qui peut ainsi faire le point sur les besoins propres à ce service et se charger de gérer les flux de linge sale et propre pour

²⁵ CLAVERANNE J.-P. et PASCAL C., *op. cit.*, p.15.

ledit service). C'est-à-dire que l'organisation se met au service de l'activité et non l'inverse, ce qui est une forme de décloisonnement des pratiques. Dans cette optique, l'approche processus sera une porte d'entrée pour la démarche qualité, en tant que balise, déclencheur d'alerte. Il ne restera plus qu'à déterminer quel degré de détail lui sera conféré et préciser qu'il est possible de déroger au processus mis en place après une auto-évaluation qui pourra être collective.

Bien entendu, dans cette vision, le processus s'inscrit dans une stratégie de management choisie qui permet de ne pas alourdir ce mécanisme par la mise en place de procédures superflues dont l'entité n'aurait pas un réel besoin.

J. ORVAIN oppose deux conceptions de l'approche processus : d'un côté les processus de production (en matière médico-sociale : l'activité de prise en charge et d'accompagnement du résident) pour lesquels l'organisation (en tant qu'entité) adapte sa structure propre pour les améliorer : la direction privilégie l'action de terrain ; et de l'autre, les processus de management (financier, de gestion des ressources humaines, logistique, etc.) qui imposent l'organisation (en tant qu'aménagement) à laquelle l'activité va devoir s'adapter : la direction privilégie la reproduction de l'organisation.

Ces deux approches n'appellent donc pas les mêmes conséquences, néanmoins, elles sont complémentaires.

Par exemple, en matière de gestion des risques, il existe d'une part le processus de gestion d'un risque survenu pour une personne en particulier, et, de l'autre le processus de gestion des risques au niveau de l'institution (cellule de veille, définition des rôles...).

En conséquence, le manager peut mettre en œuvre deux types de travaux autour des processus : « *d'une part, identifier et décrire des processus-clés qui constituent la finalité de l'entreprise [...] ; d'autre part, identifier les processus managériaux génériques qui permettent à l'organisation de se reproduire et de maintenir la structure* »²⁶.

L'identification des processus-clés centre l'organisation sur son activité sans pour autant la segmenter, celle-ci peut donc évaluer les nouveaux besoins, puis s'adapter à ces besoins : « *par exemple, le processus de gestion du médicament sera étudié non pas seulement en fonction des habitudes spécialisées (préférence clinique du médecin, stockage à la pharmacie, habitude d'administration dans les services), mais comme une séquence ininterrompue faisant se suivre la prescription, la dispensation, l'administration et le suivi. Le rôle du pharmacien peut ainsi être complètement revu pour chacune de ces étapes et ne plus se limiter au stockage et à la distribution* »²⁷. Il faut ensuite réactualiser ces processus-clés régulièrement.

26 ORVAIN J., *op. cit.*, p.7.

27 *Ibid.*, p.7.

Pour ce qui est des processus génériques, ils représentent de véritables outils de management, ou de modification de l'entité en la décrivant de manière transversale. La norme ISO9000 détermine six processus génériques qui se trouveraient dans toute organisation : la vente, la conception, l'achat, la production ou prestation, le contrôle et la logistique²⁸. Il semble que, pour J.-P. CLAVERANNE et C. PASCAL, il existe trois types de processus, que l'on pourrait qualifier de « génériques », classifiés « *selon leur degré de répétitivité [...] :*

- *Type A : les processus dont le produit est répétitif. Processus de type "production". [...]*
- *Type B : les processus dont le produit n'est pas répétitif mais qui utilisent une méthodologie fixe. Processus de type administratif. [...]*
- *Type C : les processus dont le produit n'est pas répétitif et qui n'utilisent aucune méthodologie fixe »²⁹.*

Ainsi, la démarche qualité de management par les processus permet la modélisation des modes de fonctionnement de l'organisation (depuis les processus opérationnels jusqu'aux processus de support, en passant par les processus décisionnels) ce qui offre une stabilisation à la structure.

Ces deux visions cartographiées (processus-clés et processus génériques) clarifient le cheminement entre les activités exercées par les professionnels et les orientations stratégiques de l'établissement.

1.3.2 Apport de la formalisation et respect de l'autonomie des professionnels.

Pour manager par les processus, il faut donc commencer par établir une représentation commune des processus déjà existants qui permettent à l'entité de fonctionner. Pour ce faire, il faut s'interroger sur plusieurs points selon M. ORVAIN :

- *« Pourquoi : quels sont les objectifs que l'on cherche à atteindre ?*
- *Qui : quels sont les acteurs ou structures impliqués ?*
- *Quoi : quels sont les moyens nécessaires à la réalisation du processus ?*
- *Comment : quelles tâches doivent être effectuées à chacune des étapes ?*
- *Combien : à quelle fréquence et sur quelle échelle le processus doit être mis en œuvre ? »³⁰.*

Cela permet d'établir une carte d'identité nette qui comprend, selon lui : l'intitulé du processus (décrit par un verbe d'action), l'objectif général visé, les professionnels impliqués, le périmètre d'action (espace de déploiement dans l'organisation), les

28 Organisation internationale de normalisation, *ISO 9000 : Systèmes de management de la qualité - Principes essentiels et vocabulaire*, 2015.

29 CLAVERANNE J.-P. et PASCAL C., *op. cit.*, p.58.

30 ORVAIN J., *op. cit.*, p.7 et 8.

ressources nécessaires (les matériels et les savoir-faire), les points critiques à sécuriser, les mécanismes de gestion, les indicateurs permettant de suivre le bon fonctionnement du processus et une information sur les processus liés au processus étudié (sous-processus, processus d'amont ou d'aval).

Ce n'est qu'ensuite qu'il sera possible de décortiquer ces processus pour observer leurs faiblesses, puis de les reconfigurer ensemble, suivant cette perspective collective.

Au-delà de ces aspects « techniques » du management par les processus, cette démarche emporte également des conséquences intéressantes pour les professionnels.

D'une manière générale, l'« *approche processus (incluse dans une démarche qualité) oblige à coopérer entre services et entre directions.*

Engager une démarche qualité, cela revient à opter pour des valeurs de management coopératif entre les équipes. Effectivement, appliquer l'approche processus va "contraindre", à terme, les services techniques, commerciaux, logistiques, administratifs, etc. à coopérer. Cela peut aller à l'encontre d'un style de management habituel qui favoriserait plutôt la compétition. La démarche qualité imprime donc, à plus ou moins long terme, un style spécifique de management »³¹ qui semble avoir des conséquences positives.

Au-delà de la création de collaboration, la formalisation des processus permet de clarifier le rôle de chacun dans l'établissement et fait prendre « *conscience [aux professionnels] de leur contribution à la marche d'un processus [ce qui] fait disparaître les conflits dus à une incompréhension des contraintes de chacun dans son travail. Ainsi, chacun peut mieux accepter les refus, réticences et autres désaccords nés d'objectifs trop dispersés »³².*

1.3.3 De l'utilité des chaînes de valeur.

Cependant, force est de constater que dans l'hypothèse où une procédure est écrite pour être appliquée par de nombreuses personnes dans la structure, il arrive que certaines des activités qu'elle recense ne soient plus utiles. Mais certains collaborateurs vont tout de même réaliser les actions désuètes, sans s'interroger plus avant ; d'autres n'appliquent pas la partie superflue et la remplacent par leur propre mode de fonctionnement, mais les actions réalisées hors procédure risquent de demeurer obscures ou improductives, voire même néfastes pour l'organisation puisqu'elles ne seront pas contrôlées.

Il est donc essentiel de créer de la valeur et de mesurer cette création de valeur dans la démarche de management par les processus, c'est le propre du concept de chaîne de valeur.

31 BELLAICHE M., *op. cit.*, p.69.

32 Ibid., p.26.

Les chaînes de valeur mettent au centre « *la création de valeurs aux yeux des clients comme finalité organisationnelle* »³³. Il est loisible d'observer une fracture entre « *l'estimation de la valeur effectuée par le professionnel à partir de son propre référentiel et de ses normes* »³⁴ et la valeur recherchée par le client sur le résultat escompté. J.-P. CLAVERANNE et C. PASCAL expliquent alors que « *la valeur devient ainsi synonyme d'appréciation ou de jugement porté par le client* »³⁵ : les prestations ou produits fournis doivent être en adéquation avec les exigences du client.

Cependant, pour éviter tout risque de dérive vers du pur « *"processisme" [...] autrement dit le culte de l'outil pour l'outil [et puisque] la valeur produite par le processus de prise en charge sera interprétée in fine de façon unique par un client donné [...], il revient à l'établissement de définir une vision unique de la valeur désirée, qui constituera la boussole des actions individuelles et collectives* »³⁶. Autrement dit, il faut que la création de valeur reste pertinente pour l'organisation, en termes de sens (comme direction et signification), mais également en terme de rapport qualité / prix, tout en répondant aux attentes du client.

En conséquence, dans un processus, il est loisible d'observer trois catégories d'activités « *en fonction de la pertinence estimée de leur contribution à la création de valeur totale [...]* :

- *les activités à valeur ajoutée, qui contribuent directement à satisfaire le [client] ;*
- *les activités nécessaires, qui contribuent indirectement à la satisfaction du [client] et qui apportent donc une valeur ajoutée au processus ;*
- *les activités inutiles, qui n'apportent pas de valeur au [client] »*³⁷.

Ces dernières sont réalisées souvent par habitude, absence de questionnement des pratiques ou tout simplement par peur du changement qu'il faudra donc accompagner.

1.4 L'apparition de l'approche qualité par les processus en milieu médico-social.

Force est de constater que la création de valeur fait d'autant plus sens lorsqu'une démarche de management par les processus est mise en place dans un domaine touchant à l'humain. Ainsi, après s'être développé au sein des entreprises, c'est d'abord dans le milieu sanitaire que le management par les processus a fait son apparition, et la valeur de la prise en charge d'un patient a très vite été recherchée.

Ce fut une transposition au départ périlleuse, « *du fait de la conjonction de deux éléments : variété des modes et des modalités de prises en charge et variabilité de*

33 PASCAL C., *op. cit.*, p.191.

34 CLAVERANNE J.-P. et PASCAL C., *op. cit.*, p. 27.

35 *Ibid.*, p.27.

36 PASCAL C., *op. cit.*, p.200.

37 CLAVERANNE J.-P. et PASCAL C., *op. cit.*, p.51.

chaque type de prise en charge [qui s'illustrent parfaitement] dans le concept de trajectoire »³⁸ qui sera unique pour chaque patient et dont la qualité va dépendre du traitement opéré sur la maladie avec la réaction liée à ses caractéristiques d'être humain, mais également de la répartition des ressources humaines et matérielles.

Or, C. PASCAL rappelle l'importance de la « *normalisation* »³⁹ des processus de soins qui doivent être reproductibles dans des conditions similaires pour une pathologie en particulier ; de plus, il faut les matérialiser par écrit (procédures et protocoles) pour apporter une stabilité à l'organisation et en permettre le contrôle. Mais attention, il n'est pas possible de rédiger des procédures inflexibles dans un contexte hospitalier, il faut donc prendre en considération l'unicité de chaque situation et l'absence d'informations complètes à disposition des professionnels, pour conserver du sens. Il précise que s'« *interroger sur la valeur d'une prise en charge revient à s'interroger sur le lien entre les besoins implicites ou explicites, conscients ou inconscients de l'être humain et la satisfaction apportée par ladite prise en charge* »⁴⁰.

Enfin, il évoque le fait qu'en matière médicale, « *les visions d'experts [des médecins] censés mieux connaître que le patient lui-même ses besoins et ses attentes* »⁴¹ ont longtemps prévalu, reléguant ainsi la valeur au second plan (par exemple, le coût d'un soin a de l'importance pour l'hôpital, mais c'est plutôt la manière dont le soignant le dispense – avec le sourire, en douceur, etc. – qui est important pour le patient). Par suite, les critères les plus déterminants pour les patients actuels semblent être le délai (qui doit être le plus court possible), la qualité (meilleure, dispensée avec empathie et dans le cadre d'une relation de confiance soignant-soigné) et l'utilité (pas de traitements déraisonnables ou d'exams superflus) de la prise en charge.

Aujourd'hui les droits des patients se sont développés et la concurrence s'est accrue, obligeant l'hôpital à repenser ses fonctionnements internes.

A l'instar du domaine sanitaire, dans le domaine médico-social, les fonctionnements doivent également être remis en cause du fait de l'expansion des droits des personnes accueillies (Loi du 2 janvier 2002⁴² notamment), d'autant plus qu'il s'agit de véritables lieux de vie, et de la féroce concurrence que se livrent établissements privés et publics.

Le management par les processus apparaît être une alternative intéressante aux modes de management classique, dans la mesure où il s'attache à mettre en place une organisation plus transversale dans un but qualitatif. Or, dans ce milieu, notamment en EHPAD, c'est la qualité de vie des résidents qui prime, c'est-à-dire, la qualité des

38 PASCAL C., *op. cit.*, p.192.

39 *Ibid.*, p.193.

40 PASCAL C., *op. cit.*, p.200.

41 *Ibid.*, p.200.

42 Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002, *op. cit.*

prestations fournies par l'établissement au sein duquel ils vivent (animations, soins, accompagnement, repas, activités physiques adaptées...).

Il convient alors de s'interroger sur les améliorations que le management par les processus peut apporter à un EHPAD.

Comme en matière hospitalière, en médico-social, les processus ne peuvent être qualifiés de répétitifs, d'autant moins que les prestations doivent être individualisées pour chaque résident. Il serait donc aisé de les classer dans la catégorie C décrite par Messieurs CLAVERANNE et PASCAL précédemment⁴³. Cependant, une « *méthodologie fixe* »⁴⁴ des actes à réaliser devrait pouvoir leur être appliquée afin de stabiliser les modes d'actions des professionnels. Cela permettrait ainsi auxdits processus de passer de la catégorie C à la catégorie B, sans pour autant nier l'unicité de chaque prise en charge.

Ainsi, ce nouveau rapport à la norme doit ouvrir la voie à l'accroissement de l'autonomie des employés, tout en restant dans un cadre contrôlé par la direction, respectant les valeurs déterminées communément dans l'établissement. Et « *l'acteur central de la stratégie [...] pourra jouer tour à tour :*

- *un rôle d'enregistrement et de validation de visions individuelles convergentes de la stratégie ;*
- *un rôle d'imposition d'une vision donnée ;*
- *un rôle de négociation destiné à dégager une coalition dominante qui supporte le projet stratégique »*⁴⁵.

La finalité de cette recherche constante d'amélioration de la qualité reste la même : satisfaire au mieux les attentes et besoins du résident.

« *Le processus apparaît alors comme un pont entre les activités et la valeur, en permettant de modéliser l'apport du système d'activités à la satisfaction des besoins [du résident, en touchant chaque acteur d'une prise en charge, du plus éloigné au plus proche de la personne accueillie], déclinant ainsi le concept de valeur dans toute l'organisation »*⁴⁶.

Aussi, les critères du délai, de la qualité et de l'utilité peuvent être repris pour tenter « *d'anticiper et de contrôler la création de valeur* »⁴⁷ en établissement médico-social. Néanmoins, les professionnels du champ médico-social, comme en sanitaire, doivent faire face à de nombreux imprévus dans les accompagnements. Il sera donc plus astucieux de mettre en place des processus prévoyant des types de comportements à adopter, qu'une succession d'actions déterminées à l'avance, offrant ainsi une plus

43 Cf. p.15 du présent travail.

44 CLAVERANNE J.-P. et PASCAL C., *op. cit.*, p.59.

45 CLAVERANNE J.-P. et PASCAL C., *op. cit.*, p.78.

46 *Ibid.*, p. 30.

47 *Ibid.*, p. 33.

grande marge de manœuvre aux professionnels. Comme cela a été exposé précédemment, « *dans les contextes complexes, les meilleurs outils sont ceux qui n'ont pas tout prévu, mais constituent des aides face aux événements imprévus* »⁴⁸.

1.5 Atouts et nuances à apporter à l'approche processus.

A présent, dans le but de clarifier les apports et freins du management par les processus, il apparaît pertinent de faire un point sur ces éléments.

1.5.1 Des avantages.

Tout d'abord, l'approche processus comporte des avantages indéniables. Avant tout, sur le plan pratique, elle permet de maîtriser les étapes d'une activité, d'identifier les différentes contributions (acteurs) et ressources nécessaires, de décloisonner, ou encore de sécuriser les points critiques.

Ensuite, c'est un atout de communication pour l'entité qui la développe car elle permet aux professionnels d'appréhender dans leur quotidien la stratégie mise en œuvre par la direction, puisqu'elle associe tous les collaborateurs (ceux qui travaillent au chevet du résident et ceux qui ne le voient que rarement, comme les services administratifs par exemple) qui vont créer une représentation commune de l'activité. Or, partager la même vision développe le sentiment d'appartenance des individus.

Enfin, d'un point de vue organisationnel, en cas de dysfonctionnement, la démarche qualité ramène aux processus écrits, puis concentre l'attention sur la recherche de l'anomalie qui a occasionné l'insatisfaction du client : la discussion ne porte alors pas sur les professionnels qui ont contribué à cette anomalie, mais reste neutre (analyse des retours d'expérience et enrichissement des apprentissages collectifs). Cela encourage la diminution des tensions internes et favorise l'amélioration continue par la formalisation des résultats des échanges qui ont eu lieu suite au dysfonctionnement et des décisions qui en ont découlé, puis la diffusion des améliorations construites en commun : « *en cas de coup dur, l'entreprise qui a décrit et pilote ses processus va réaliser plus facilement l'analyse de ses foyers de difficultés, ce qui accélérera la prise de bonnes décisions* »⁴⁹ selon Stéphanie PAIX.

1.5.2 Des risques.

A l'inverse, le management par les processus comporte des risques qu'il ne faut pas négliger. En premier, se trouvent les limites inhérentes aux procédures écrites, qui peuvent être partielles (une seule des possibilités d'actions dans une situation donnée étant relatée) ; ou qui, prises littéralement, deviennent un frein si les professionnels n'appliquent que ce qui est écrit sans faire appel au bon sens (inertie, absence de remise

48 BELLAICHE M., *op. cit.*, p.60.

49 BELLAICHE M., *op. cit.*, Avant-Propos par Stéphanie PAIX, p. XI et XII.

en-question). De plus, le contexte législatif évoluant rapidement, certains écrits deviennent vite obsolètes, entraînant ainsi un risque de fabrication d'éléments en cas d'audit. Par ailleurs, les écrits peuvent rester « lettre morte » lorsqu'ils ne sont pas usités, c'est le cas lorsque les processus déterminés par une structure restent rangés dans un placard sans être lus.

Secondement, il faut souligner qu'un risque évident de sclérose menace la démarche de management par les processus : en effet, rigidifier le système en contraignant l'activité empêche les évolutions (par exemple, être intransigeant sur le mode de réponse à une situation pour laquelle il n'est pas possible de recenser toutes les solutions possibles, limite l'autonomie et la réactivité des personnels, ce qui engendre perte de temps, d'énergie et de productivité). Il faut conserver une certaine souplesse.

En dernier, il faut veiller à ce qu'il n'y ait pas de fracture entre le service qualité s'il rédige les procédures et la réalité du terrain : les collaborateurs n'utilisent pas des procédures formalisées dont le vocabulaire et les contraintes ne correspondent pas à leur quotidien selon M. BELLAÏCHE⁵⁰.

1.5.3 Des facteurs facilitant.

Parallèlement, il semble intéressant de recenser quelques éléments favorisant la mise en place de cette approche managériale.

Il est d'abord important de réaliser que la démarche va prendre du temps à mettre en place et qu'il va falloir trouver un équilibre entre la confier au service qualité, qui risque de la marginaliser en la réduisant à l'écriture des procédures, ou en faire une véritable idéologie d'entreprise incontournable qui peut être sujette à incohérences.

En outre, M. BELLAÏCHE rappelle qu'« *Il est plus aisé d'appliquer des choix dont on comprend le sens.*

Si la politique qualité fait émerger des priorités et une stratégie de mise en œuvre qui fait sens pour l'ensemble des collaborateurs, il sera d'autant plus aisé d'expliquer [...] tous les choix en matière de qualité, d'indicateurs, de management des ressources, etc. »⁵¹.

Ainsi, il est primordial de communiquer autour de la démarche, mais aussi d'être à l'écoute de la réalité quotidienne des professionnels (freins, enjeux sociologiques, etc.), et « *privilégier l'esprit plutôt que la lettre [dans le respect d'une certaine éthique, afin de] susciter le partage du sens* »⁵².

Par ailleurs, pour manager par la qualité, il est conseillé de favoriser l'organisation en transversalité qui développe la coopération inter-équipes, mais aussi interne aux équipes. Enfin, il est indispensable d'accompagner le changement : lorsque le cadre habituel des professionnels est en mouvement, pour conserver leur confiance, il faut organiser ces changements, leur suivi et leur surveillance, et communiquer autour de ces mutations.

50 BELLAÏCHE M., *op. cit.*, p.21.

51 *Ibid.*, p.18.

52 *Ibid.*, p.231.

1.5.4 Des entraves éventuelles.

Au contraire, certains éléments vont venir gêner la mise en place de la démarche processus.

De prime abord, remarquons que l'approche processus est une base structurante pour manager par la qualité, mais qu'elle reste insuffisante si elle est appliquée sans recherche de valeur et sans pertinence. C'est cela que les organes décisionnels de la structure doivent garantir (par exemple, elle ne peut se réduire à l'écriture des procédures ; ou encore être remise au goût du jour uniquement dans le cadre d'un audit, puis oubliée ensuite).

D'aucuns disent que la qualité alourdit les fonctionnements d'une entité, c'est probablement parce qu'ils définissent la qualité comme l'écriture des procédures et que les actions entreprises, s'il y en a, n'emportent pas d'effets concrets ou rapides, ou n'emportent pas adhésion des professionnels. Il est important de sélectionner les procédures nécessaires à remanier, de mettre en place des indicateurs et surtout des actions d'amélioration tangibles pour manager réellement par les processus.

Deuxièmement, il s'avère qu'il existe de nombreuses normes en matière de qualité qui doivent rester un guide structurant au service du management, car c'est lui qui donne un sens à la démarche et doit éviter de la rigidifier. Aussi, il ne faut pas suivre ou revoir trop de processus à la fois, ce qui serait simplement fastidieux.

En troisième, précisons qu'« *Il semble vain de chercher à impliquer des collaborateurs dans une démarche qualité, s'ils ne sont pas engagés et motivés dans leur propre activité* »⁵³. Le manager doit donc rechercher l'engagement de ses collaborateurs pour qu'ils participent avec motivation à la démarche qualité.

Dernièrement, il ne faut pas négliger l'existence de conflits sous-jacents qui peuvent fragmenter une équipe au risque de faire échouer tout le projet. Pour expliquer ce point, des mots forts judicieux seront empruntés à M. BELLAÏCHE : « *Si l'approche processus consiste dans la mise en cohérence des activités d'une entreprise pour accroître l'efficacité collective vers des objectifs communs, alors elle constitue une méthode d'autant plus pertinente que les activités sont complexes et nombreuses. De là à en faire une panacée pour un manager, il n'y a qu'un pas à franchir. Effectivement, en dehors de la mise en cohérence des activités et de leur pilotage, de multiples autres facteurs existent qui peuvent influencer sur le management de l'entreprise.*

[...] *Bien sûr, l'approche processus règle un certain nombre de problèmes, mais on ne peut pas dire que cela va régler tous les problèmes de l'entreprise.* [...]

La modélisation des processus de l'entreprise répond à un des domaines de l'entreprise, celui dit des "tâches", c'est-à-dire toute activité qui se traduit par des résultats tangibles, observables. [...]

53 BELLAÏCHE M., *op. cit.*, p.110.

Mais il est un autre domaine, absent de l'approche processus, mais qui influe – et de quelle manière – sur la vie de l'entreprise. Ce domaine, c'est celui des relations, entre collègues en situation de travail entre un manager et chacun de ses collaborateurs, entre un client et un fournisseur. De la qualité de ces relations dépend la possibilité de s'écouter, de traiter les conflits de façon satisfaisante, de se sentir reconnu et apprécié, etc. [Or la qualité de ces relations] dépend de facteurs multiples, complexes, en lien avec la culture, l'histoire, les modes d'exercice du pouvoir, la construction de l'identité au travail, etc.

Faute de prendre en compte ces dimensions relationnelles complexes, une démarche de management par la qualité ne s'appuyant que sur l'approche processus serait vouée à l'échec à plus ou moins long terme.

En osant l'analogie avec le fonctionnement du cerveau, c'est comme si l'approche processus ne s'occupait que de la partie gauche (rationalité) sans prendre en compte la partie droite (créativité, relation, etc.) »⁵⁴

1.6 Conclusion.

A titre informatif, un sondage, réalisé par mes soins, auprès de cinq établissements médico-sociaux non rattachés à un Centre hospitalier, disséminés sur toute la France, a révélé que trois utilisent le management par processus, mais un seul en fait un usage pérenne (Annexe 1).

Pour conclure cette première partie, il a été mis en exergue que le management par les processus est une forme innovante d'organisation pour le secteur médico-social. En effet, il tend vers le développement de la qualité des prestations pour les personnes accueillies, selon le sens sous-tendu par la direction de l'établissement et dans une optique de recherche de valeur.

C'est une forme de management par la qualité qui ne se suffit pas à elle-même et doit être utilisée à bon escient lorsqu'il s'agit d'apporter pour les professionnels et avec eux, un cadre évolutif, souple et qui guide tout en laissant place à l'autonomie, même dans les situations imprévues (type de comportements à adopter).

Pour faire de la qualité, il faut pouvoir dépasser les idées reçues en la matière et s'y engager concrètement !

Dans une seconde partie, c'est de manière tangible que la situation de la Résidence René Marion de ROYBON sera observée, suivant l'éclairage apporté par les notions étudiées précédemment et au regard de la situation de terrain.

54 BELLAICHE M., *op. cit.*, p.24-25.

2 De la solution managériale mise en œuvre dans l'établissement de ROYBON.

Le 9 mars 2017, le journal Gerontonews titrait « *Managez-vous "humaniste" ?* ». Claire BEZIAU, journaliste, écrivait alors : « *Bien sûr, chaque directeur d'Ehpad s'applique à placer la bienveillance et les résidents "au centre". Mais les organisations cloisonnées, et surtout les normes, sont autant d'obstacles à cette louable intention. Pour les contourner, Sandra Bertezene, professeur titulaire au Cnam et experte du champ médico-social [pose la question] "comment et pourquoi l'humanisme dans nos établissements peut être le pivot de l'amélioration de la performance économique, sociale et sociétale ?" [...]* L'objectif : *"placer l'homme au premier plan des stratégies et des pratiques, qu'il s'agisse d'un salarié, d'un collaborateur ou d'un résident"* »⁵⁵.

Cette interrogation amène à réfléchir sur les solutions possibles à développer dans un établissement médico-social aujourd'hui, en matière de management. La situation de la Résidence René Marion de ROYBON va être ici étudiée afin de déterminer si son cas peut servir d'exemple ou non pour d'autres établissements.

2.1 Méthodologie d'analyse de la situation locale.

C'est d'abord par l'étude des documents de la Résidence René Marion que j'ai cherché à appréhender le contexte dans lequel s'inscrit cet établissement et l'historique en matière managériale, et notamment : le projet d'établissement, la méthodologie utilisée et les documents rendus par les missions transversales. J'ai également étudié les RBPP, et d'autres documentations concernant le management qualité.

Forte de plusieurs échanges informels avec la direction pour percevoir tous les aspects des évolutions réalisées durant cette dernière décennie, c'est directement sur le terrain que j'ai commencé à observer le fonctionnement de l'établissement de l'intérieur.

J'ai d'ailleurs pris part directement à l'une des missions transversales, ce qui sera explicité ci-après.

Enfin, j'ai élaboré une enquête par questionnaire distribuée à tous les personnels déjà engagés dans les missions transversales en cours (Annexe 2), dans le but de tenter de déterminer l'impact de ces missions sur les pratiques professionnelles au sein de cet établissement et de corroborer mes observations. Les résultats seront présentés ci-après.

⁵⁵ BEZIAU Claire, « *Managez-vous « humaniste » ?* », in *Gerontonews*, 9 mars 2017.
URL : <http://www.gerontonews.com/story.php?story=CZ4OMHR4D>

J'ai également interrogé les managers transverses via questionnaire (Annexe 3) sur leur ressenti concernant la mise en place des missions transversales, ainsi que leurs recommandations. Leur opinion sera également présentée.

2.2 État des lieux à la Résidence René Marion de ROYBON.

La Résidence René Marion est aujourd'hui un EHPAD public autonome implanté au centre de la petite commune de ROYBON (Isère, 38). Il est régi par les règles de la fonction publique hospitalière et soumis aux principes de la loi du 02 janvier 2002⁵⁶. Mais cela n'a pas toujours été le cas.

En effet, vieux d'environ 150 ans, l'établissement a d'abord été créé grâce au legs de Mme LUZY de PELISSAC⁵⁷, en tant qu'hospice. Puis, il est devenu hôpital public et hôpital de guerre, avant de devenir hôpital rural et ensuite hôpital local composé de deux parties distinctes : l'une pour la médecine, l'autre pour la maison de retraite. Au milieu de ces deux « ailes » qui ne communiquent que par l'extérieur, se trouve un bâtiment, indépendant, appartenant à la commune qui possède un accueil temporaire de vingt places.

En 1982, la maison de retraite est globalisée et sera transformée en EHPAD en 2008, auquel sera adjoint l'accueil temporaire, cédé par la commune, en 2010.

L'établissement compte 127 lits répartis sur deux étages, en deux ailes reliées par un bâtiment central. Le service « La Galaure », propose cinquante-deux hébergements permanents répartis en trente-deux logements individuels et dix doubles, meublés et équipés chacun d'une salle de bain individuelle. Le bâtiment « Aigue Noire » dispose de soixante-quinze hébergements permanents avec cinq logements individuels et trente-cinq doubles, dotés d'un cabinet de toilette et de deux salles de bain communes.

L'établissement dispose également de vingt lits d'hébergement temporaire appelé « Les 4 Saisons ».

Un PASA a été ouvert en 2014 pour proposer aux résidents ayant des troubles du comportement modérés, des activités sociales et thérapeutiques, individuelles ou collectives.

Un projet de construction d'un nouvel EHPAD, initié par l'Agence Régionale de Santé (ARS) dès 2007 afin d'offrir des locaux plus modernes et mieux adaptés aux besoins des résidents, est en cours de mise en œuvre.

La moyenne d'âge des résidents est de 86,5 ans. Parmi les résidents en 2015, 70 sont en Groupe Iso-Ressource (GIR) 1 ou 2 et 55 en GIR 3 ou 4 (il s'agit là du taux de dépen-

⁵⁶ Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002, *op. cit.*

⁵⁷ Famille noble habitant la commune à l'époque.

dance des personnes accueillies). Aucun résident n'est en GIR 5 ou 6 (le GIR Moyen Pondéré (GMP) de l'établissement 2014 = 738 ; GMP 2015 = 802 ; GMP 2016 = 816).

La structure comprend environ 135 agents. Les services administratifs sont composés de 6,5 Équivalent Temps Plein (ETP), les services de restauration de 8,18 ETP, le service animation 1,23 ETP, les services de soins de 83,09 ETP, 1,25 ETP de psychologue et 1 ETP d'Enseignant en Activité Physique Adaptée (EAPA), sans compter les contractuels nécessaires pour assurer la qualité de service (le taux d'absentéisme est estimé à 12,90% en 2016⁵⁸).

Après cette présentation succincte, un détour architectural est nécessaire afin de comprendre les difficultés qui seront décrites ensuite.

L'architecture des cinq bâtiments est composée de telle manière qu'il a fallu les faire communiquer entre eux par le rez-de-chaussée, mais cela n'a pas été possible dans les étages du fait de différences de niveaux.

Il y a donc d'un côté, les bâtiments A et B, les plus anciens, qui ont abrité l'activité de médecine et en portent les stigmates (d'anciennes chambres à quatre lits) ; de l'autre les bâtiments D et E, plus récents, qui accueillent la maison de retraite depuis ses débuts ; et au milieu l'accueil temporaire compose le bâtiment C (Annexe 4).

En en faisant une structure exclusivement médico-sociale, l'État et le Département ont cherché à unifier l'entité autour de l'accompagnement des personnes âgées. Il a donc été nécessaire de redéfinir les contours de la mission des professionnels exerçant dans l'établissement, tout en s'appuyant sur les forces acquises de l'ancienne organisation hospitalière.

En effet, au départ, l'ex-partie hospitalière et l'ex-partie médico-sociale ne se mélangeaient pas : il y avait une réelle impossibilité de muter un personnel d'un service à l'autre du fait de craintes ou de méfiances, particulièrement avec l'idée persistante que les soignants étaient plus « compétents » / « qualifiés » en milieu hospitalier qu'en médico-social. D'ailleurs, cela tenait également au fait que l'ancienne partie sanitaire avait reçu la certification, alors que la maison de retraite n'avait aucune reconnaissance (pas de convention tripartite). Ces clivages ont persisté malgré l'unification des bâtiments et l'avènement d'un domaine unique de fonctionnement (médico-social) dans les quatre services actuels⁵⁹ car il manquait une culture commune qu'il allait falloir créer et cultiver.

58 Selon la méthode de l'ANACT : Nombre d'heures d'absence pendant un an / Nombre d'heures théoriques pendant la même période.

59 La Galaure, Aigue Noire 1er étage, Aigue Noire 2ème étage et Les 4 Saisons.

Face à ce constat paralysant des potentialités pour l'activité, un premier audit organisationnel a été réalisé en 2010. Il a permis de composer une seule équipe bionettoyage pour tout l'établissement, une unique équipe infirmière, ainsi qu'une équipe hôtellerie. Les professionnels ont appris à connaître tout l'établissement et tous les résidents, ce qui permet une sécurisation accrue pour leur prise en charge en évitant des erreurs d'identité.

En 2015, l'établissement a été soumis à la convergence tarifaire avec une baisse de sa dotation soins de 25%. Un second audit organisationnel a donc été mis en œuvre afin d'optimiser l'utilisation des ressources financières, matérielles et humaines, dans ce contexte contraint.

A cette occasion, des commissions de retours d'expériences ont été ouvertes aux agents jusqu'à fin 2016. Pilotées par un professionnel extérieur à la structure elles ont créé un espace de discussion entre professionnels des différents services qui ont interrogé leurs pratiques et cherché à solutionner les problèmes du quotidien collégalement. Cela a ainsi permis de commencer une uniformisation des pratiques et à encourager la mobilité inter-services (remplacements systématiquement proposés à la mobilité interne avant tout recrutement externe).

C'est dans ce contexte, que l'établissement a cherché à identifier ses besoins sous-jacents dans le but d'accompagner les changements de modes d'actions vers une culture médico-sociale totale.

2.3 Détermination des besoins de l'établissement en management.

2.3.1 Développer des pratiques communes.

Le but premier de la démarche managériale ensuite entamée par l'établissement doit être de développer l'aspect qualitatif des prestations fournies aux résidents, notamment par l'individualisation de la prise en charge, la prise en compte des désirs dans la mesure du possible et un accompagnement adapté aux possibilités du résident (compatible avec ses capacités physiques ou cognitives, sa santé, etc.), en s'émancipant de simples pratiques de « confort » ou « d'habitude ».

Par ces derniers termes, sont décrites des pratiques qui sont réalisées par les professionnels sans réellement y réfléchir, parce qu'elles sont pratiquées depuis des années dans l'établissement et qu'elles ne sont pas remises en question, ou parce qu'elles sont faites pour tel ou tel résident et que c'est plus facile de les appliquer à tous, et ce, davantage pour le confort des professionnels que pour celui des résidents. Par

exemple, le fait de mettre à chaque résident ayant des problèmes de fuites urinaires des protections dites « maximales », ce qui permet d'éviter d'avoir à changer trop souvent ces protections, est une pratique que l'on pourrait qualifier de pratique de « confort » pour le professionnel. *A contrario*, adapter les protections aux capacités urinaires du résident à un instant T, suppose de devoir les changer plus régulièrement, ce qui peut être chronophage.

Ainsi, l'organisation future devait pousser à décloisonner les services, mutualiser les compétences et uniformiser les pratiques.

Mais attention, « uniformiser » ne signifie pas « standardiser » les pratiques : s'il peut être rapide de devenir maltraitant par simple habitude et répétition de gestes quotidiens (sans même le vouloir), l'individualisation de la prise en charge du résident peut être réalisée si les pratiques font sens aux yeux des professionnels et qu'elles sont de bonne qualité. Donc uniformiser de bonnes pratiques dans un établissement n'est pas les réduire à leur plus simple expression, mais plutôt pousser les professionnels à se demander pour quelle(s) raison(s) ils font tel ou tel geste envers telle personne et pas envers une autre.

2.3.2 Mieux intégrer les RBPP.

En second lieu, l'organisation managériale doit permettre l'assimilation et l'application dans leur quotidien, par les professionnels, des Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles (RBPP).

Mises en exergue par la loi du 2 janvier 2002⁶⁰, les RBPP sont élaborées par l'ANESM : ce sont « *des repères, des orientations, des pistes pour l'action destinées à permettre aux professionnels de faire évoluer leurs pratiques pour améliorer la qualité des prestations rendues aux usagers et de mettre en œuvre la démarche d'évaluation interne.*

Elles ne sont ni des dispositions réglementaires, ni un recueil des pratiques les plus innovantes et ne sont pas à prendre en tant que telles, comme un référentiel d'évaluation pour le secteur social et médico-social. Elles représentent l'état de l'art qui fait consensus à un moment donné. Une pratique n'est pas bonne dans l'absolu. Elle l'est par rapport à un objectif à atteindre, dans un contexte donné et à un moment donné, en fonction des connaissances existantes. Si elle cible des pratiques précises, une recommandation n'a pas pour but d'apporter des solutions clé en mains.

La démarche retenue permet ainsi de développer un corpus de connaissances qui sert de références aux professionnels »⁶¹.

Il est du ressort de l'encadrement de diffuser et promouvoir ces RBPP parmi les professionnels.

60 Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002, *op. cit.*

61 *Procédure d'élaboration des RBPP*, ANESM, Mai 2011.

De nombreuses RBPP concernent les EHPAD, notamment pour ce qui est des pratiques de soins, de la qualité de vie, de la lutte contre la maltraitance, de la bientraitance, du projet personnalisé, de l'ouverture sur l'environnement, etc.

Initialement conçues pour aider à la réalisation de l'évaluation interne, comme le précise l'ANESM, la Résidence René Marion en a fait un outil quotidien depuis le 1^{er} janvier 2015 en créant les « messages de la semaine » : une phrase nouvelle est affichée chaque semaine dans chaque service, y compris non soignant. Mais également en rappelant leur existence lors des réunions de services mensuelles et en axant les discussions autour d'elles lors du temps de libre-parole laissé aux professionnels chaque semaine lors des réunions d'éthique clinique.

Aujourd'hui, elle tente d'aller plus loin dans l'appropriation des RBPP que ce moyen passif, en engageant ses agents dans les missions transversales. En effet, chaque participant à une mission devrait être à même de diffuser ces recommandations dans son service, afin d'encourager ses collègues à développer les bonnes pratiques.

Pour aller au bout de cette logique, le travail de chaque mission ne consiste pas seulement à améliorer la prise en charge des résidents en se basant sur les acquis des participants : ces derniers sont inscrits à des sessions de formation chaque année, en lien avec le thème de leur mission ce qui leur offre un apport extérieur venant compléter, voire élargir leur vision.

2.3.3 Développer la flexibilité du personnel.

En ce qui concerne l'organisation du travail, l'organisation managériale doit faciliter la gestion des besoins en personnel entre services avec plus de souplesse : le fait de connaître tous les résidents de la structure et non un nombre restreint, ainsi que le fait que les pratiques soient réalisées sur les mêmes bases dans tout l'établissement facilitent le changement de service en cas d'absence d'un personnel. C'est une méthode très pratique qui offre une grande flexibilité au management en présence ; attention, cependant, à ne pas aller à l'encontre des pratiques d'individualisation en l'absence de directives écrites personnalisées.

Ainsi, dans un établissement se trouvant en campagne, comme c'est le cas de la Résidence René Marion, il est plus aisé de remplacer son personnel grâce aux ressources humaines internes (autant que faire se peut), plutôt que de rechercher des personnels extérieurs difficiles à recruter et qui ne connaissent pas la structure.

2.3.4 Faire émerger une culture commune et un sentiment d'appartenance.

Enfin, l'organisation managériale devrait favoriser la création d'un réel sentiment d'appartenance des professionnels à l'établissement, ainsi qu'un renforcement de la

culture collective médico-sociale prônant un accompagnement du résident le plus individualisé possible.

Grâce au partage de mêmes valeurs, d'un même sens des actions réalisées – qui doivent sans cesse être tournées davantage vers le bien-être du résident –, à la satisfaction du travail bien fait – renvoyée par la satisfaction des résidents eux-mêmes, qu'ils peuvent exprimer directement ou indirectement – et au sentiment de reconnaissance de ce travail par l'institution elle-même – notamment au travers d'actions de communication autour de ces valeurs communes : articles de presse, concours qualité gagnés, slogan « Autour de vous » –, une seule vision de l'établissement émerge et les personnels peuvent s'identifier comme ayant participé à la construction de cette vision par leurs pratiques consciencieuses. S'ils parviennent à cultiver cette appartenance à la même entité, ce sera là le début de leur culture commune.

D'ailleurs, un premier travail de cohésion d'équipes a été mené avec l'organisation de dix « journées solidarité » par an, qui sont des journées festives durant lesquelles les agents viennent en tant que bénévoles assurer une présence, un service auprès des résidents. Ils les regardent ainsi différemment et créent un autre type de relation avec eux, hors du cadre de travail habituel.

Ainsi, les quatre points développés ci-avant – amélioration de la qualité des prestations, appropriation des RBPP, gestion des besoins en personnel et création d'un sentiment d'appartenance et d'une culture unique médico-sociale – décrivent les besoins identifiés par la Résidence René Marion comme devant être solutionnés afin de réduire la fracture et les clivages entre les personnels des différents services et d'aller vers le développement d'une qualité supérieure des prestations.

2.3.5 La recherche d'une solution aux besoins.

Pour ce faire, lors du remaniement du projet d'établissement en 2016, le CODIR de la Résidence, sous l'impulsion du directeur et après avoir étudié les processus inhérents à l'établissement, a souhaité rendre « vivant » ce projet d'établissement aux yeux des professionnels.

Ainsi, a été débutée la mise en place d'un fonctionnement managérial peu classique en matière médico-sociale par l'instauration de neuf missions transversales, issues du projet médical institutionnel, qui semblent répondre aux quatre besoins énoncés : ainsi sont nées les missions transversales fin de vie ; démence ; douleur ; chutes et contention ; hôtellerie-restauration ; circuit du médicament ; hygiène ; plaies et cicatrisation ; et incontinence.

Chaque professionnel de l'établissement doit prendre une part active à ce fonctionnement transversal en collaborant à au moins l'une des missions, qui intègrent donc des personnels de différents services et de différents corps de métiers.

Dès le départ, des réticences se sont fait sentir face à la mise en place de ces missions transversales parmi les professionnels, car réfléchir sur ses propres pratiques suppose d'envisager de les modifier. Et même si une idée provient de l'un d'entre eux et non de la hiérarchie, modifier les habitudes quotidiennes leur paraît parfois insurmontable : manque de temps, peur de ne pas faire correctement, pas d'envie réelle de s'engager dans une voie différente, peur de la quantité de travail supplémentaire sans gratification supplémentaire, peur d'ouvrir les groupes aux professionnels non soignants qui n'auraient pas les mêmes contraintes...

Face à cette limite de taille, il appartient à la direction d'accompagner les changements dans de bonnes conditions et de communiquer largement autour pour qu'ils soient mieux acceptés et surtout compris des professionnels.

2.4 Lien entre la démarche managériale de l'EHPAD de ROYBON et le management par la qualité via l'approche processus.

C'est bien en commençant par cartographier les processus principaux de la structure que le CODIR a mis en exergue les besoins de décloisonnement entre les services pour améliorer la qualité des prestations fournies aux personnes accueillies.

Méthode peu usitée en milieu médico-social, et encore moins sur le long terme, ils ont ainsi élaboré, autour de la prise en charge du résident, un macro-processus des activités de la Résidence, ainsi qu'une cartographie de ces processus (Annexe 5).

Comme observé auparavant, le management par les processus permet de mettre en place une organisation plus transversale des équipes dans un but qualitatif. C'est exactement ce que la Résidence René Marion tente de réaliser par le développement de ses missions transversales : par le décloisonnement des pratiques professionnelles et leur uniformisation (sans pour autant faire de la standardisation), la structure offre à ses résidents des prestations d'une qualité sensiblement équitable suivant le service où ils se trouvent, et non plus une qualité qui pourrait être qualifiée de « personne-dépendante », c'est-à-dire qui dépend des aptitudes (précision du geste ou de l'information, qualité de la réaction...) et du bon vouloir de chaque professionnel. Si les événements de la vie peuvent faire qu'à un moment où à un autre, un professionnel n'est pas moralement apte à apporter des prestations de qualité aux personnes accueillies, la diffusion des RBPP via les participants aux missions transversales représente un « garde-fou » contre les pratiques de confort qui peuvent rapidement emporter des risques de maltraitance.

Par ailleurs, la Résidence a débuté en 2017 la révision de toute la partie écrite du management par les processus, à savoir, les procédures et protocoles, dans le but de les actualiser, d'en réduire le nombre et de ne laisser que les plus pertinents. C'est un travail de longue haleine qui va s'étendre sur plusieurs années et auquel les missions transversales participeront, chacune dans son domaine.

Au-delà de perfectionner des pratiques qui se veulent de qualité, cela permet de mettre en place des guides concrets pour accompagner les doutes des professionnels face à certaines situations quotidiennement rencontrées par les agents. Cependant, cela ne signifie pas que ce cadre est pensé comme un carcan. En effet, la souplesse est conservée dans la mesure où ce cadre est évolutif et n'empêche aucunement de développer l'autonomie et l'imagination des professionnels dans une situation imprévue.

De plus, s'agissant d'un lieu de vie, ce n'est pas parce qu'une « *méthodologie fixe* »⁶² est appliquée aux prestations et à l'accompagnement réalisés, que ceux-ci ne peuvent pas être individualisés suivant les demandes, ou les besoins des résidents, dans la mesure du possible.

Pour que les missions transversales entrent pleinement dans l'approche processus, et plus largement dans la démarche de management par la qualité, il est important que la direction et l'encadrement de proximité rappellent aux professionnels le sens qu'ils souhaitent lui accorder (mettre le bien-être du résident au centre), qu'ils les informent sur les mesures concrètes engagées d'après leurs travaux (achats de matériel, modifications de pratiques, etc.) et qu'ils communiquent autour de chaque mission transversale afin que l'ensemble du personnel en perçoive les tenants et les aboutissants (informations sur chaque mission, implications et résultats).

Il semble à présent pertinent de se pencher plus avant sur ces missions transversales.

2.5 Description détaillée des missions transversales et de leur mise en œuvre.

Lors de la mise en œuvre des missions transversales, la direction a souhaité que chaque professionnel reçoive une information individuelle à ce sujet, lors des entretiens annuels d'évaluation. Ainsi, chacun a été informé qu'il devait s'inscrire et participer activement à au moins l'une des missions. Certains agents se sont enthousiasmés directement pour l'un des thèmes, d'autres ont dû être à nouveau sollicités avant de s'inscrire.

Il convient de préciser que les neuf missions transversales précitées n'ont pas toutes commencé : trois sont en cours et ont débuté il y a seulement quelques mois, deux sont

62 CLAVERANNE J.-P. et PASCAL C., *op. cit.*, p.59.

en cours de finition et une voit son plan d'action mis en œuvre depuis début 2017. Seules les missions qui ont débuté se verront décrites dans cette partie, ce qui exclut les missions transversales hygiène, incontinence et plaies et cicatrisation qui seront attendues pour le 30 juin 2018.

Toutes les missions transversales suivent la même procédure de développement, sous forme de démarche projet (Annexe 6) : elles doivent, à terme, pouvoir décrire en détail le projet de la mission transversale et le décliner en Plan d'Action Qualité (PAQ), bien entendu, sous couvert de validation des choix effectués par le CODIR. Pour ce travail, chaque mission disposait des enquêtes de satisfaction réalisées auprès des résidents et des résultats des évaluations internes pour la mise en œuvre du PAQ.

2.5.1 La mission transversale fin de vie.

Pour commencer, la mission transversale fin de vie, répondant au cinquième axe du projet médical et de soins (prise en soins spécifiques) contenu dans le projet d'établissement a vu son projet et son PAQ validés fin 2016 (Annexe 7, pour exemple) et les actions ont été mises en œuvre pour chaque situation de fin de vie dès le début de l'année 2017.

Elle a décrit les situations de fin de vie comme : « *une situation où la mort est inévitable à brève échéance, alors que les moyens techniques, médicamenteux ou autres, sont devenus caduques et inefficaces. L'espoir d'éviter la mort n'est plus possible* ».

Les participants à cette mission ont identifié plusieurs points d'achoppement dans la gestion des situations de résidents en fin de vie au sein de la Résidence. Ainsi, il n'existait, avant la mission, aucune procédure spécifique permettant aux professionnels de faire face à une telle situation : les actions envisagées l'étaient de manière désorganisée (et donc dépendantes des réactions de chaque professionnel) et non contrôlée (pas d'évaluation de la portée des actes effectués). De plus, le diagnostic de fin de vie n'apparaissait pas systématiquement dans le dossier informatisé du résident, entravant une quelconque synchronisation des professionnels autour du résident et de ses proches. Il apparaît donc clairement qu'une amélioration de la qualité des soins prodigués aux résidents en situation de fin de vie était grandement nécessaire, de surcroît au vu des dernières législations⁶³ en la matière et de la RBPP Qualité de vie en EHPAD, volet 4⁶⁴.

Les actions du projet se déclinent autour de six axes :

« *I- Respecter les aspirations et les désirs de la personne en fin de vie*

II- Éviter les investigations et traitements déraisonnables

63 Loi n°2005-370, dite LEONETTI, du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie et Loi n°2016-87, dite LEONETTI et CLAEYS, du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.

64 RBPP Qualité de vie en EHPAD (volet 4) : *L'accompagnement personnalisé de la santé du résident*, ANESM, novembre 2012.

III- Soulager la douleur physique

IV- Prendre en charge la souffrance psychique et les besoins sociaux et spirituels

V- Prévenir les troubles alimentaires et digestifs.

VI- Assurer le confort de la personne jusqu'au bout ».

Pour parvenir à réaliser ces objectifs, la mission a identifié, outre des actions à décliner, des moyens spécifiques favorisant leur mise en œuvre tels que la création d'un cahier de liaison nominatif, d'une cellule opérationnelle fin de vie, l'achat d'un chariot Snœzelen⁶⁵ (qui a été présenté au personnel le 22 mars 2017) et d'un fauteuil pour permettre aux proches du résident de l'accompagner plus « confortablement » dans ses derniers instants. En outre, ont été inscrites au plan de formation 2017 des formations concernant ce thème (mai et juin 2017). De plus, la Résidence fait appel à ses ressources internes déjà formées (notamment le médecin coordonnateur, et certains personnels des corps soignants : infirmières, aide-soignantes, agents de soins hospitaliers) et aux ressources présentes sur son territoire, à savoir l'Équipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP).

Ces éléments permettent de faire entrer la mission fin de vie dans une continuité d'amélioration de la qualité des prestations fournies aux résidents.

Son manager transverse précise ne pas avoir rencontré de difficultés dans l'organisation des sessions, ni pour engager les agents dans la mission. Les débats lui ont semblé être libres et il est satisfait du travail réalisé car les projets de la mission fonctionnent bien. Il recommande l'utilisation des missions transversales qu'il considère comme « *générateur d'idées nouvelles* » et créant une vraie « *cohésion des professionnels* ».

2.5.2 La mission transversale démences.

Parallèlement, la mission transversale démences, qui relève également du cinquième axe du projet médical et de soins contenu dans le projet d'établissement, s'est constituée pour réfléchir à l'accompagnement des personnes âgées atteintes de Maladie d'Alzheimer ou Syndrome Apparenté (MASA). Son projet et son PAQ ont été validés en janvier 2017 par le CODIR.

Après une rapide étude de l'état de santé cognitif des résidents, la mission a pu constater que 56% des résidents étaient victimes d'un syndrome démentiel et parmi eux, 79% de troubles psycho-comportementaux. Mis à part une thérapie médicamenteuse ou non médicamenteuse entamée, il est difficile de mettre en œuvre un accompagnement adapté pour ces résidents au sein de la Résidence aujourd'hui. En effet, l'EHPAD ne possède pas d'unité sécurisée pour accueillir correctement ce type de public. Aussi, les personnels s'efforcent d'accompagner convenablement les résidents déjà présents dont la santé s'est dégradée, mais ne peut guère en accueillir de nouveaux dans ces conditions inadaptées

⁶⁵ Développé dans les années 1970 par A. VERHEUL et J. HULSEGGE, le terme « Snœzelen » est la contraction de « Snueffelen » (renifler, sentir) et de « doezelen » (sommoler) : c'est une stimulation multi-sensorielle contrôlée visant à éveiller la sensorialité de la personne stimulée, dans une ambiance sécurisante (pièce entièrement dédiée, ou via un chariot se déplaçant directement dans l'environnement de la personne).

et doivent, bien souvent orienter les personnes dont la santé se dégrade vers une Unité Cognitivo-Comportementale (UCC) ou une Unité d'Hébergement Renforcée (UHR) voisines. Or, c'est pourtant un type de public très en demande sur le territoire de la Résidence René Marion et de nombreuses demandes d'entrée au sein de l'établissement doivent être refusées pour ce motif d'inadaptation des locaux.

Suite aux différentes mesures mises en œuvre au niveau gouvernemental concernant les MASA (Plan Alzheimer 2008/2012, Plan Maladies Neurodégénératives 2014/2019) et aux RBPP en la matière⁶⁶, la Résidence a souhaité étudier le parcours de prise en charge des personnes atteintes de démences afin de mettre en œuvre les améliorations possibles.

Pour répondre aux besoins évoqués ci-avant, la mission démences a décliné son projet en trois axes, et six sous-axes :

« 1. *L'accompagnement des personnes âgées atteintes de MASA*

- *Le temps de l'accueil*
- *L'accompagnement de jour en PASA*
- *Unité d'hébergement à spécialiser*

2. *Le soutien aux familles*

- *Informar les familles sur les MASA et les missions d'EHPAD.*

3. *La formation des professionnels*

- *Accueil des nouveaux agents*
- *Formation - information ».*

Pour chacun de ces axes et sous-axes, la mission démences a mis en place des actions à réaliser, dont la plupart sont déjà en cours. Certaines nécessitent des études comme la création d'une unité protégée au sein du bâti existant, d'autres n'utilisent que les ressources présentes en interne comme le PASA. Enfin, la mission travaille en lien avec l'Équipe Mobile de Psychiatrie du Sujet Âgé (EMPSA) de son territoire.

En transcrivant ses actions sur le long cours, la mission démences participe à l'amélioration continue de la qualité de l'accompagnement des résidents de la structure.

Le manager transverse de cette mission indique n'avoir pas eu de problèmes dans la préparation de ses réunions, ni pour mobiliser le personnel, à part pour solliciter un infirmier. Elle a trouvé les échanges libres et riches et est satisfaite du travail réalisé par le groupe. Elle recommande la mise en œuvre de missions transversales qui lui apparaissent comme « *une grande richesse et un outil managérial fort, générant certainement par ricochet une bonne "ambiance" sociale, source de valorisation professionnelle* », mais souligne toutefois que le « *dispositif [est] assez "lourd" et "coûteux" en engagement* ».

66 RBPP : - *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge. Recommandation de bonne pratique*, décembre 2011, HAS.

- *Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage, accompagnement*. RBPP, mars 2014, ANESM.

2.5.3 La mission transversale douleur.

La mission douleur a été mise en place dans le cadre de l'axe 4 du projet médical (prise en charge médicamenteuse), son projet et son PAQ ont été validés par le CODIR fin mars 2017.

Cette mission dresse ainsi la définition de la douleur : « *une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire existante ou potentiellement décrite en termes* ». Cela rappelle que la douleur peut être subjective, même si elle est réelle pour la personne.

La mission soulève plusieurs points de difficulté. D'abord concernant la prise en charge non médicamenteuse de la douleur, il s'avère que la thermothérapie est peu usitée et que l'EAPA reste peu sollicité pour améliorer le confort d'un résident alité ou qui reste dans son fauteuil. De plus, pour ce qui est du dépistage de la douleur, il n'existe pas de protocole pour évaluer la douleur de manière systématique pour tous les résidents : cela n'est effectué qu'en cas de plainte ou à l'initiative d'un médecin ou d'un soignant. Cependant, la douleur des nouveaux arrivants est toujours évaluée. Enfin, si les soignants font leur possible pour prévenir les douleurs induites par les soins, il est toujours possible d'améliorer leur préparation et leur réalisation pour diminuer le ressenti de la douleur.

Les membres de la mission ont développé leur PAQ en se basant sur le troisième Plan de lutte contre la douleur 2006-2010 (axe sur les moyens non médicamenteux) et la RBPP Qualité de vie en EHPAD (volet 4).⁶⁷

Ses actions, visant à prendre en charge les douleurs d'origine traumatique ou non, mais également à installer les résidents plus confortablement et à mettre en place une vigilance accrue autour de la douleur lors de la réalisation des soins, sont déclinées au quotidien et doivent être intégralement mises en œuvre d'ici fin septembre 2017.

Les participants suivent régulièrement des formations (février et mai 2017) et l'infirmier coordinateur, titulaire d'un Diplôme Universitaire (DU) douleur depuis 2015, dispense également des formations internes à tous les professionnels.

La mission douleur s'engage donc, comme les deux précédentes, dans un travail à long terme pour permettre aux agents de la Résidence René Marion de se perfectionner lors de la prise en charge des résidents en matière de douleur.

Le manager transverse de la mission douleur fait part de sa principale difficulté pour mobiliser les agents : leur disponibilité pour mettre en place les réunions. Autrement, il indique que pour favoriser les échanges, qui lui sont apparus libres, le rythme de la réunion est lent ce qui permet d'instaurer une certaine confiance entre les participants. Selon lui, la mission a permis de faire de la question douleur une priorité pour les soignants et de sensibiliser davantage les médecins sur ce thème. Il recommande la mise

⁶⁷ RBPP Qualité de vie en EHPAD (volet 4), *op. cit.*

en œuvre des missions transversales si « *de réelles compétences existent sur le terrain [et] du temps est dégagé* ».

2.5.4 La mission transversale chutes et contention.

La mission chutes et contention répond à l'axe 1 du projet de soins (récupération ou maintien de l'autonomie). Elle s'est d'ores et déjà réunie plusieurs fois au cours de l'année 2016 et début 2017. Son projet et son PAQ ont été validés par le CODIR fin juin 2017 (mon stage ayant pris fin en mai, je n'ai pu le constater moi-même).

La mission se base sur les définitions de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) de la chute : « *un événement à l'issue duquel une personne se retrouve, par inadvertance, sur le sol ou toute autre surface située à un niveau inférieur à celui où elle se trouvait précédemment* »⁶⁸ ; et sur celle de la Haute Autorité de Santé (HAS) de la contention mécanique : « *utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements empêchant ou limitant les capacités de mobilisation volontaire de tout ou partie du corps dans un but de sécurité pour un patient dont le comportement présente un risque grave pour son intégrité ou celle d'autrui* »⁶⁹ pour débiter son travail.

Le groupe de travail a déterminé que le nombre de chutes est élevé et qu'il est nécessaire de mettre en place des moyens pour éviter les récurrences de chutes. Le taux de contention est assez élevé également, mais toujours soumis à prescription médicale et surveillé. Il est important d'améliorer les pratiques au quotidien et de diffuser les bons gestes pour aider un résident qui a fait une chute ou qui est sous contention, notamment par le soutien du syndrome post chute, la réévaluation de l'environnement matériel (matériel antidérapant, logements, etc.), ou encore d'une charte sur l'usage de la contention physique.

La RBPP « Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées (Volet EHPAD) »⁷⁰, ainsi que celle « Repérage des déficiences sensorielles et accompagnement des personnes qui en sont atteintes dans les établissements pour personnes âgées »⁷¹ leur ont servi d'appui.

Les participants à la mission ont eu une formation sur le thème chutes et contention les 27, 28 et 29 mars 2017. Leur plan d'action devrait être mis en place au cours du second semestre 2017, puis en 2018, pour tenter de remédier au mieux aux chutes et éviter au maximum la contention des résidents, toujours dans l'optique de développer les bonnes pratiques professionnelles au sein de la résidence.

68 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/fr/>, consulté le 27/03/17

69 http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2750997/fr/contention-mecanique-en-psychiatrie-generale, consulté le 27/03/17.

70 RBPP Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées (Volet EHPAD), ANESM, février 2016.

71 RBPP Repérage des déficiences sensorielles et accompagnement des personnes qui en sont atteintes dans les établissements pour personnes âgées, ANESM, juillet 2016.

Le pilote expose qu'en raison des horaires des réunions et des congés de chacun, il a parfois eu des difficultés à mobiliser les agents : le nombre de présents aux réunions était très variable et il est arrivé que certains agents aient deux réunions missions transversales au même moment. Toutefois, les discussions lui sont apparues ouvertes et les formations un plus pour aider à l'avancement du projet. A ce jour, il est assez satisfait du travail réalisé par le groupe car les avancées sont concrètes et recommande vraiment l'usage des missions transversales qui offrent un « *travail pluridisciplinaire enrichissant* », ainsi qu'une collaboration, via « *une meilleure compréhension de la profession d'autrui* ».

2.5.5 La mission transversale hôtellerie-restauration.

La mission hôtellerie-restauration, qui répond en partie aux besoins de l'axe 3 du projet médical (prévention du risque de dénutrition) a débuté en décembre 2016, onze réunions sont programmées tout au long de l'année 2017, dont le mois de décembre doit voir validés par le CODIR le projet et le PAQ. La mise en œuvre des actions qui en découleront devra être faite sur les 24 mois suivants (soit en 2018-2019), même si des changements ont d'ores et déjà été entamés.

Cette mission bénéficie de l'intervention d'une professionnelle extérieure pour aider les deux managers transverses, qui n'ont pas l'habitude de conduire ce type de groupes de travail.

Les premières réunions, jusqu'à l'été, visent à poser les bases des RBPP dans les domaines recoupés par la mission⁷² et à faire un état des lieux de la situation à un instant donné au sein de la Résidence René Marion, pour tout ce qui touche à la gestion hôtelière et à la restauration. Chaque agent de la mission a été mis en action pour recenser, dans son service, auprès de ses collègues, les besoins existants afin d'établir un constat précis. J'ai pu assister à quatre réunions qui ont mis en exergue des difficultés à la fois matérielles (instruments permettant de faire le service, plus de ménage à réaliser depuis l'arrivée des goûters faits maison, etc.) et de gestion (les petits-déjeuners sont toujours servis dans le même ordre aux mêmes résidents, trop peu de certains fromages sur les plateaux et trop d'autres fromages, etc.) concernant les instants petit-déjeuner, déjeuner, goûter, dîner et collation.

Toutefois, ces réunions ont également souligné des points très positifs : à l'unanimité des participants, les goûters faits maison sont très appréciés des résidents qui en redemandent ; par ailleurs, une attention particulière est portée au rythme du résident par les professionnels ; etc.

⁷² Notamment les RBPP :

- *Qualité de vie en EHPAD (volet 1) : De l'accueil de la personne à son accompagnement*, ANESM, janvier 2011 ;

- *Qualité de vie en EHPAD (volet 2) : Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne*, ANESM, septembre 2011 ;

- *Qualité de vie en EHPAD (volet 3) : La vie sociale des résidents en EHPAD*, ANESM, janvier 2012.

Ensuite, les dernières réunions permettront de définir le projet et le PAQ à soumettre au CODIR en décembre 2017.

Pour la mise en œuvre de ces actions, un budget d'achats de 10 000 euros (sur deux ans) a été prévu pour pallier aux besoins matériels déterminés et validés par la direction ; de plus les participants à la mission assisteront à des formations, notamment en octobre 2017.

Les deux co-pilotes de cette mission révèlent que si la première réunion a été compliquée, les débats se sont ensuite enrichis et que chaque agent a pu jouer un rôle important : être force de proposition, réaliser des tests, étoffer la réflexion... S'ils sont accompagnés pour préparer les réunions, ils auraient aimé recevoir une formation en amont. Ils constatent qu'au fil des mois, « *plein de petites attentions sont mises en place pour le bien-être du résident* » et recommandent donc l'utilisation des missions transversales qui « *apportent de l'amélioration dans la qualité des services et améliorent les prestations* ».

Ma participation à cette mission m'a permis de constater que tous les professionnels n'accueillaient pas leur participation aux missions transversales de la même manière. Ainsi, certains affirmaient avoir été « parachutés » là, soit contre leur gré, soit de façon inopinée, alors que d'autres s'étaient bel et bien portés volontaires. Or, tous avaient reçu une information de la part de leur supérieur hiérarchique (cadre de santé ou direction), même si quelques soucis dans les convocations ont été remarqués.

Si la discussion reste ouverte, des réticences à faire varier les lignes de leurs habitudes sont vite apparues. Pire, elles ont aussi rapidement été mises à la charge du résident : j'ai ainsi pu entendre que ce sont les résidents eux-mêmes qui ont leurs petites habitudes qu'ils ne veulent surtout pas voir modifiées ! Si cela peut être vrai pour certains, ce n'est sans doute pas le cas de tous. Au demeurant, il est du devoir de l'institution de faire évoluer les accompagnements vers plus de prise en compte de leurs individualités.

Il convient néanmoins de nuancer ce propos : au fur et à mesure de l'avancée des réunions, le dialogue se fait plus fluide et plus libre, les idées commencent à fuser et paraissent à la fois plus acceptables et accessibles aux professionnels présents, des tests sont même réalisés sur un service pour voir si la réalisation concrète est matériellement et temporellement possible (par exemple une nouvelle manière de servir le repas pour éviter de mélanger vaisselle propre et sale) !

Cela rappelle fortement l'importance de réfléchir à ses pratiques et d'insister sur l'appropriation des RBPP qui évoluent régulièrement.

2.5.6 La mission transversale circuit du médicament.

La mission circuit du médicament fait partie de l'axe 4 du projet de soins (prise en charge médicamenteuse). Elle a débuté en mars 2017, mais dispose d'un avantage certain : un PAQ avait été créé préalablement à la mission par le pharmacien précédent sur la base de l'« audit circuit du médicament » proposé par l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP).

Cette mission doit donc se charger de réactualiser ce PAQ et de définir clairement son projet.

Les premières réunions confirment l'absence de procédure générale concernant le circuit du médicament, ainsi que de protocoles spécifiques (par exemple pour la préparation des semainiers ou les commandes urgentes de la pharmacie à usage intérieur) ; mais également des manques dans l'information des familles et des professionnels qu'il faudra résoudre ; ou encore des soucis de matériels à changer (tiroirs non adaptés, absence de contenants hermétiques pour le transport).

La HAS a publié un Guide intitulé « Outil de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments » qui sera un support efficace au travail du groupe. De plus, l'ANESM travaille actuellement (depuis fin 2016) sur une fiche-repère « La prise en charge médicamenteuse au sein des EHPAD » qu'il sera également intéressant de consulter.

Je n'ai pu voir que le début de cette mission transversale durant mon stage.

Le manager transverse de cette mission indique qu'après avoir clarifié le rôle de chacun et le but de la transversalité, les personnels entrent vite en coopération au sein du groupe car ils sont « rassurés ». Il est soutenu par le manager hiérarchique et l'infirmier coordonnateur dans cette mission. Si le groupe en est à ses débuts, les discussions lui paraissent prometteuses et il recommande vivement l'utilisation des missions transversales « *car cela permet de replacer le rôle de chacun dans la globalité du processus* » institutionnel.

Le manager hiérarchique de toutes ces missions, outre la direction, est la cadre de santé de l'établissement. Elle a pour rôle de « *favoriser la coordination et la coopération dans le but de dynamiser le collectif au service des missions transversales* ». Elle participe donc ponctuellement aux missions et les remet sur le droit chemin lorsque le besoin se fait sentir, sous couvert de la direction. Elle indique que « *l'engagement des professionnels s'est effectué soit spontanément, soit lors des entretiens annuels d'évaluation* ».

Elle trouve que les missions transversales en place évoluent favorablement et recommande leur mise en œuvre « *car la transversalité a pour objet de répondre à un besoin de décloisonnement des pratiques et des compétences. Elle permet de*

coordonner diverses activités et de faire coopérer des équipes pluriprofessionnelles autour d'objectifs communs afin d'atteindre collectivement un résultat ».

C'est donc de manière unanime que les managers des missions transversales recommandent leur développement. Elles semblent donc être un mode de management à conseiller, puisque permettant de diffuser les bonnes pratiques professionnelles au sein des groupes de travail qui les éprouvent et de créer des buts communs.

Il apparaît indispensable de se demander comment les professionnels de chaque mission se sont appropriés ces pratiques de qualité et comment ils les diffusent ensuite auprès de leurs collègues.

2.6 L'avis des professionnels engagés dans une mission transversale.

Après dépouillement, le questionnaire transmis aux professionnels s'est avéré riche de sens malgré le petit nombre de réponses (Annexe 8). En effet, sur environ 45 questionnaires distribués, seules neuf personnes ont pris le temps de partager leur sentiment sur les missions transversales (délai de réponse laissé : un mois et demi; nombre de relances : une).

Ces neuf personnes exercent des métiers différents au sein de services de la structure ce qui permet d'avoir un panel plutôt diversifié.

D'une manière générale les répondants vivent leur métier de façon positive malgré les surcharges de travail qui arrivent parfois et les moments difficiles moralement. Ils envisagent leurs pratiques professionnelles comme bienveillantes (x 6), respectueuses (x 8), dans l'écoute des besoins et souhaits du résident le plus possible, empathiques, dynamiques, habituelles, variables (x 3), responsables (x 3) et novatrices.

Avant le début des missions transversales, les RBPP semblent peu connues (trois personnes sur neuf n'en connaissent aucune).

D'autres citent, comme RBPP, le respect (x 3), la bienveillance (x 2), les techniques apprises par le biais des collègues, la disponibilité, avoir le sourire et faire de son mieux pour satisfaire les résidents. Si ce sont des bonnes pratiques à appliquer quotidiennement, il ne s'agit pas, à proprement parler, de RBPP au sens défini par l'ANESM.

Enfin, les autres répondants citent les RBPP sur la qualité de vie en EHPAD, l'ouverture de la structure sur l'environnement, la participation de partenaires / bénévoles, le développement de l'expression et de la participation des usagers, le maintien des

capacités des usagers et la mise en place des projets personnalisés dans le cadre du projet d'établissement.

Lors de la mise en place des missions transversales, le lien avec les RBPP a été fait oralement, souvent en introduction de la mission, parfois avec un support écrit en sus, en rappelant surtout que le résident doit être mis en premier (x 2).

Après participation à une mission transversale, il n'y a plus qu'une personne qui indique n'avoir découvert aucune RBPP, mais précise que sa mission est en cours.

Les actions, les conditions de réunion et la participation de chacun aux missions sont vécues plutôt positivement, même si des contraintes peuvent apparaître sur l'organisation, la gestion du temps, les obligations légales ou médicales auxquelles il faut se conformer. Cela montre qu'il est possible de modifier les habitudes de travail sans nécessairement qu'apparaisse une surcharge.

Au quotidien, seules deux personnes interrogées indiquent ne pas jouer leur rôle de « référent » (diffuseur) mission transversale / RBPP auprès de leurs collègues. Les autres le font un peu, parfois ou régulièrement en transmettant des savoirs aux collègues dans la mesure du possible et avec délicatesse (x 3) ou en discutant autour des RBPP. A titre personnel les ressentis sont variés ; sont cités : la fierté, que ce n'est pas toujours facile, que c'est valorisant, ou encore le découragement « *car il faut répéter sans cesse* ».

De plus, les agents tentent d'utiliser les RBPP le plus possible dans leur quotidien (x 7), notamment par des paroles et des gestes (x 2), en essayant de remplir leur fonction au quotidien avec sens (x 2), en allant plus au contact des résidents, par le respect (x 2), par l'écoute (x 3), par la discrétion / la confidentialité (x 2), en apportant des éléments de réflexion aux équipes / collègues. Une personne indique ne les utiliser que rarement (en cas de doute sur ses pratiques).

Par ailleurs, les participants précisent que les RBPP leur ont permis de faire évoluer certaines choses dans leur travail individuel comme se questionner plus (x 2), partager les bonnes techniques, mieux comprendre et avoir plus d'attention envers les résidents accompagnés (x 2), mettre du sens dans leurs pratiques, ou encore mieux adapter leurs réactions aux résidents.

Des évolutions ont également été perçues au niveau du travail en équipes : plus d'échanges et de partage d'outils entre collègues, plus de concertation lors des réunions pluridisciplinaires, avoir une vigilance accrue au niveau des collègues pour les aider dans la prise en compte dans leur pratique quotidienne, ou encore mieux connaître les métiers des autres.

Seules quelques évolutions ont été perçues du côté de l'établissement : les actions à mettre en œuvre issues des PAQ, et certains « choix de l'organisation s'adaptent aux désirs des résidents et non l'inverse ». Une personne remarque que chaque participant aux missions doit sûrement contribuer aux changements qui s'opèrent au niveau institutionnel.

La mise en œuvre de ces changements n'a pas paru trop difficile dans l'ensemble, sauf pour certains actes comme la prise des repas.

Enfin, concernant les apports des missions pour les résidents, certains professionnels ont constaté une diminution des situations de douleur / un apaisement (x 2), une prise en compte plus spécifique au plus près des besoins, plus d'échanges avec les résidents, un certain contentement de ceux-ci lorsque l'on respecte leurs choix ou lorsqu'ils expriment des envies, ils se sentent plus écoutés et compris. Leur bien-être semble donc avoir augmenté.

Trois personnes n'ont cependant pas vu de changement ou de satisfaction particulière. Il ne semble pas plus compliqué, du point de vue des professionnels, d'individualiser la prise en charge des résidents que de fournir la même prestation à tous, mais cela leur semble différent (malgré quelques questions d'organisation comme les divers horaires de prise de poste) : une réponse adaptée à chaque problème / situation doit être trouvée (x 2), c'est nécessaire et essentiel pour que la Résidence devienne un véritable lieu de vie. Cela peut paraître étonnant au vu des réticences de départ des professionnels, au moins dans leur discours, à changer leurs habitudes. Il apparaît donc probable que les missions transversales aient permis de « bousculer » les frontières afin de recentrer les professionnels sur le bien-être du résident dans leurs pratiques.

Quelques statistiques permettront de mettre en exergue certains éléments (sur le nombre de répondants) :

Personnes qualifiant leurs propres pratiques comme « bonnes », positives	Avant participation à une mission transversale : 88%. Après participation : 66%.
Personnes connaissant des RBPP	Avant participation : 33% Après participation : 89%
Personnes utilisant les RBPP quotidiennement	Après participation : 89%.
Personnes relayant auprès de leurs collègues les informations apprises dans la mission transversale	78%.
Personnes ayant modifié leurs pratiques suite à leur participation aux missions transversales	78%.

Personnes ayant noté des changements dans l'établissement / dans leur équipe	33% / 44%.
Ces changements sont perçus comme non complexes	Par 44% des répondants.
Parallèle entre l'annonce de la mise en place des missions transversales, et le nombre de professionnels qui estiment avoir tiré des bénéfices de leur participation	Mal vécue par 33 % des répondants. 78%.
Personnes ayant remarqué l'apparition de bénéfices pour les résidents	66%.
Pourtant cela reste compliqué d'individualiser les prestations	Pour 56% des répondants, même si 20% d'entre eux indiquent que c'est mieux pour le résident.

Actuellement, l'établissement n'a pas souhaité mettre en place d'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) individuelle concernant les apports des missions transversales, pour autant, une évaluation des PAQ est réalisée au fur et à mesure de leur mise en œuvre.

Globalement, il faut donc souligner que les missions transversales emportent des conséquences positives, du point de vue des professionnels, même si ce constat est à nuancer au vu du faible nombre de réponses obtenues. C'est la principale difficulté rencontrée pour le recueil de matériau dans ce travail. Elle peut s'expliquer par une peur de critiquer les décisions de la hiérarchie par écrit, ou de représailles malgré l'anonymat des questionnaires. Toutefois, force est de constater que les professionnels et la direction de l'établissement s'orientent vers un accompagnement des résidents plus qualitatif, via l'expérimentation de ce type de management.

2.7 Conclusion.

Pour dresser un bilan généralisé du management expérimenté à la Résidence René Marion, il faut souligner que la mise en œuvre de missions transversales en médico-social, suite à la cartographie des processus principaux, apporte une réelle transversalité qui permet une uniformisation des pratiques aiguillées vers le sens des métiers d'accompagnement de la personne accueillie et le pourquoi de l'institution : le résident. Ces missions permettent également une diffusion correcte des RBPP, qui demandent toutefois du temps pour une assimilation complète, mais participent chaque jour à l'amélioration continue de la qualité de la prise en charge. Les missions transversales

fédèrent également les professionnels autour de valeurs communes, amplifiant leur sentiment d'appartenance à un établissement dont ils partagent les objectifs.

Cette approche managériale semble donc répondre positivement aux besoins énoncés précédemment, dans le contexte particulier, de l'EHPAD de ROYBON.

Parallèlement, ce mode de management distinctif a fait émerger un autre besoin, qui n'avait pas été identifié au départ.

En effet, si la démarche qualité était au centre des préoccupations des missions transversales, la direction s'est rendue compte que celle-ci pouvait difficilement être dissociable de l'élaboration d'une politique de Gestion Des Risques (GDR) permettant de révéler la présence d'Événements Indésirables (Graves ou non) (EI(G)), le but étant d'éviter les EI(G) qui peuvent l'être, même si personne n'est à l'abri d'une erreur.

Ainsi, c'est suite à la survenue d'un EIG dans le circuit du médicament que le CODIR a été formé et a décidé de mettre en place, de manière un peu moins formelle qu'en milieu sanitaire (puisque aucun texte n'impose de suivi précis à un établissement médico-social, bien qu'un récent décret impose de signaler certains événements indésirables⁷³), une Cellule de Coordination de la GDR (CCGDR) (réunions 1 fois par mois) et des Comités de Retours d'EXpérience (CREX) en cas de besoin.

Cette CCGDR s'appuie aujourd'hui sur le travail de certaines missions transversales pour étudier les risques inhérents à certains processus (processus du circuit du médicament, processus de la prise en charge de la douleur ou de la fin de vie, etc.) et pouvoir effectuer les changements qui s'imposent. Elle s'appuie également sur ces missions pour réécrire les procédures ou protocoles problématiques et les simplifier au maximum afin de les rendre plus facilement utilisables par les professionnels au quotidien.

Pour finir, les missions transversales semblent remplir le rôle pour lequel elles ont été expérimentées et vont même au-delà des espérances en permettant de dégager de nouveaux axes de travail à développer.

Malgré les quelques difficultés rencontrées pour leur mise en œuvre, elles pourraient être un véritable outil de management pour tout directeur d'établissement médico-social.

Cependant, dans une troisième partie, cette méthode de management sera examinée de manière plus globale, afin de déterminer clairement quelles en sont les perspectives, et les possibilités d'application dans d'autres structures. Dans le même temps, le rôle du directeur dans sa réalisation sera questionné.

73 Décret n°2016-1813 du 21 décembre 2016, relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales.

3 De la transposition d'une démarche managériale innovante dans les organisations sociales ou médico-sociales.

De nombreux directeurs d'établissements médico-sociaux semblent démunis lorsque les prestations apportées aux personnes accueillies laissent à désirer, ne serait-ce qu'à cause du silence qui règne autour de tels problèmes.

Parfois, face aux questionnements liés à la gestion des ressources humaines, ils manquent à la fois d'outils et de solutions managériales pour valoriser les compétences de leur personnel, les fidéliser en créant un sentiment d'appartenance et une réelle culture médico-sociale commune, comme pour développer les bonnes pratiques professionnelles pour améliorer la qualité des prestations fournies aux résidents.

Or, force est de constater que, dans la situation décrite dans la partie précédente, l'approche processus, dans les organisations médico-sociales, a été utilisée comme une aide au diagnostic : elle s'est avérée révélatrice de pratiques et fédératrice de lien social entre institution et professionnels, entre professionnels, mais aussi entre professionnels et résidents.

Cette approche a, dans le contexte local de l'EHPAD de ROYBON, ouvert la voie au déploiement de la transversalité, définie, dans son sens figuré, comme ce « *qui recoupe plusieurs disciplines ou secteurs* »⁷⁴.

Il est nécessaire de considérer ici cette transversalité comme un garde-fou face aux dérives possibles et si vite arrivées, en ce qu'elle permet une diffusion par les professionnels et pour les professionnels de gestes de qualité.

Au niveau institutionnel, la transversalité apportée par l'approche processus offre une vision globale d'une activité, dans tous ses aspects, évitant ainsi une division en séquences dispersées au sein d'autres activités. L'étude des éléments de qualité et des points de défauts s'en trouve alors facilitée.

Il est toutefois important d'utiliser cette démarche comme une partie d'une démarche qualité, afin de rechercher sa pérennisation et d'éviter les écueils qui peuvent jaloner sa mise en place.

⁷⁴ Dictionnaire Larousse, site consulté le 03/05/2017
http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/transversal_transversale_transversaux/79245

3.1 Perspectives, outils et risques de la méthode de management en missions transversales.

L'étude des points clés constituant le mode de management expérimenté à la Résidence René Marion, sur la base du management par les processus permettra de déterminer de quelle manière il est possible de pérenniser les actions entreprises, ainsi que les pièges à éviter.

3.1.1 La démarche contrevient-elle à l'obligation d'individualisation ?

Il apparaît, tout d'abord, légitime de se demander si le management par les processus suffit à manager par la qualité en matière médico-sociale.

Si ce mode de management offre l'opportunité d'uniformiser les pratiques professionnelles pour développer la qualité des prestations fournies, son étude, ainsi que celle de la situation de terrain à la Résidence René Marion, montrent qu'au-delà de la normalisation par les processus (formalisation qui peut s'avérer nécessaire pour stabiliser les savoirs théoriques, pratiques et méthodologiques dans une culture commune), il faut absolument redonner du sens aux gestes quotidiens des professionnels, tout en remettant le résident au centre des préoccupations (développement des savoirs expérientiels). Or, l'approche processus ne suffit pas pour répondre à l'individualisation de l'accompagnement dans un lieu de vie, puisqu'elle formalise une méthodologie fixe qui devrait être appliquée dans chaque situation.

Dès lors, pourquoi rechercher une uniformisation des pratiques face à la demande des pouvoirs publics d'accroître l'individualisation des prises en charge ? Il apparaît indispensable de rappeler ici que l'uniformisation des pratiques ne revient pas à les « standardiser » : la démarche processus ne doit pas être figée, mais plutôt servir de repère de base, auquel il est possible de déroger lorsque cela s'avère nécessaire. De surcroît, le processus doit être réinterrogé régulièrement pour ne pas tomber en désuétude, les techniques médicales et recommandations d'accompagnement évoluant sans cesse.

Il faut donc aller plus loin que l'écriture des processus et chercher à satisfaire les besoins et demandes particuliers des résidents en adaptant la prise en charge, sans toutefois tomber dans l'excès inverse et tout accepter. En effet, pour le bon fonctionnement de l'établissement, il n'est pas toujours possible de faire droit aux doléances de toute personne accueillie : dans un espace de vie médico-social, les situations se règlent au cas par cas en tenant compte d'une juste mesure entre la liberté de chacun dans l'espace

qui est considéré comme son domicile et les nécessités de sécurité et d'organisation qui s'imposent à un lieu de vie collectif.

3.1.2 Éviter la « rigidification » des pratiques.

Par ailleurs, il faut souligner que pour faire vivre un management transversal tel que celui utilisé actuellement dans l'EHPAD de ROYBON, il faut faire attention à ne pas tomber dans l'excès de formalisation et ne penser qu'aux processus. Cela risquerait de créer de la résistance au changement de la part des professionnels qui ne trouveraient aucun sens à l'apprentissage et à la reproduction pure de procédures dans leurs tâches quotidiennes. A long terme, cela exposerait tout établissement à la démotivation de ses agents qui ne s'investiraient plus dans leur travail et donc à une diminution de la qualité du service à la personne accueillie. Autrement dit : les processus, oui ; mais ceux qui ont une valeur réelle du point de vue de la personne accueillie.

Par conséquent, il est primordial de conserver un esprit critique, c'est-à-dire réinterroger régulièrement chaque processus formalisé et chaque pratique comme n'étant pas unique, ni « universelle » (en ce qu'elle peut être différente suivant la personne à laquelle elle est destinée : c'est là que les projets personnalisés pour les résidents et le questionnement éthique des professionnels prennent toute leur place).

3.1.3 Pérenniser la démarche managériale.

Cela suppose que le manager qui met en place ce type de management prévoie des outils pour assurer le suivi des actions entreprises par chaque mission transversale, ainsi que pour évaluer les améliorations qu'elles apportent à la qualité du travail des professionnels. En effet, dans la vision de l'EHPAD de ROYBON, ces missions transversales sont appelées à perdurer dans le temps ; il faut donc en assurer la pérennité. Cette dernière passe, d'une part, par le fait que chaque professionnel ayant participé à une mission transversale devient diffuseur des bonnes pratiques dans la matière étudiée, auprès de ses collègues ; mais également, d'autre part, par la réactualisation des connaissances du groupe au vu des évolutions qui ont pu intervenir. Le tout étant soumis à surveillance continue de la direction.

Ainsi, le manager pourra mobiliser divers outils pour réaliser ces deux objectifs, comme, par exemple, organiser des formations régulières pour les participants à chaque mission (y compris des formations sur les moyens de communication adaptés à la diffusion des informations apprises), solliciter chaque mission pour faire un point aux professionnels une ou deux fois par an, ou encore leur demander de mettre en place un suivi mensuel ou bimestriel du PAQ validé par la direction et d'en reformuler un à échéance régulière.

Pour ce qui est d'observer l'impact de ce mode de management sur la vie des résidents et donc la qualité des pratiques professionnelles (contrôle exercé par les instances de direction), il existe une méthode, innovante, qui peut étayer la palette d'outils qualité pour le manager : la méthode dite AMPPATI (AMélioration du Parcours PATient et de son entourage par Immersion).

Cette méthode a pour objectif l'amélioration du parcours de vie du résident par l'évaluation de son ressenti, son vécu. Elle consiste en l'observation, par deux personnes extérieures à l'établissement (les « suiveurs »), d'un segment de la journée d'un résident qui a préalablement donné son consentement (par exemple l'activité rythmique du vendredi, l'instant repas, le moment de l'admission, etc.), sur lequel il donnera ses impressions ensuite. C'est bien l'avis du résident qui est recherché et non celui des observateurs professionnels : les suiveurs se rendent dans le logement du résident et démarrent le suivi du départ du logement jusqu'au lieu de l'activité, puis l'accompagnent jusqu'au retour dans son logement ; ensuite, ils évaluent le ressenti du résident, « vivent » l'activité à travers ses yeux et ses émotions, sans être intrusif, en restant dans l'ombre. Ils prennent des notes et les partagent en fin de suivi afin que l'établissement puisse analyser ces données anonymes, évaluer la performance, dégager des axes d'amélioration et mettre en œuvre des actions correctives.

Cette démarche est généralement vécue de manière positive par les résidents et les professionnels. C'est un outil unique permettant aux professionnels d'apprécier le ressenti du résident, mais également de réfléchir sur leurs pratiques et ainsi s'inscrire dans une démarche d'amélioration continue de la qualité.

Au niveau institutionnel, cela offre l'opportunité de faire du lien avec les RBPP (éviter les risques de mauvaises pratiques en l'absence de connaissance des RBPP) et la réglementation (notamment la loi du 2 janvier 2002⁷⁵ puisque le résident est confirmé dans son rôle de citoyen à part entière, libre d'exprimer et d'exercer ses droits) ; mais aussi de développer la culture de l'évaluation à laquelle sont soumis les ESMS.

Ainsi, cela rejoint le concept de chaîne de valeur qui permet d'identifier et d'écartier les pratiques inutiles dans un processus.

Enfin, dans une perspective de développement de ce fonctionnement managérial peu répandu en milieu médico-social, il semble intéressant de se pencher sur la question des moyens nécessaires pour sa mise en œuvre, qu'ils soient humains, matériels ou financiers (le reste n'étant qu'une question de volonté de la direction d'impulser un changement profond et au long cours, ce qui sera évoqué plus tard).

⁷⁵ Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002, *op. cit.*

Pour permettre aux missions transversales de débiter, la Résidence René Marion a, en premier lieu, pris du temps pour en définir les contours (thèmes, pilotes ou « managers transverses », documents types à transmettre à chaque responsable d'une mission, mise à disposition des groupes des enquêtes de satisfaction et des résultats d'évaluations internes...) et pour les présenter aux membres du personnel (présentation individuelle lors des entretiens annuels, puis la cadre de santé a effectué des rappels et le recensement des inscriptions). La direction savait alors que toutes les missions ne pourraient débiter en même temps et qu'il faudrait plusieurs années pour les mettre toutes en marche. C'est donc une entreprise qui nécessite un investissement en temps et qui ne peut s'inscrire que dans la durée, faute de quoi, elle est vouée à l'échec.

En second lieu, la direction a souhaité que toutes les ressources humaines de l'établissement participent aux missions transversales. Pour susciter l'engagement des professionnels dans les missions et créer un véritable sentiment d'appartenance autour de l'institution, inutile de préciser que cela ne s'est pas réalisé dès le premier jour. En effet, rapprocher différentes visions du travail pour concevoir des mécanismes d'interprétation communs se construit petit à petit au sein de chaque mission. Or, les professionnels arrivent avec leur bagage quotidien professionnel et personnel, parfois sur la défensive et parfois non, et ce n'est qu'au fur et à mesure de l'avancée des réunions qu'ils s'investissent réellement dans le débat.

S'il n'est pas évident de les mobiliser au départ, il est pourtant primordial de les intégrer à cette démarche car c'est eux qui vont la faire perdurer par leurs apports du terrain et leur propension à diffuser autour d'eux ce qu'ils ont appris.

Il faut remarquer que la dotation en personnel de l'établissement, même pour un ancien établissement en partie hospitalier, n'est guère plus élevée que certains EHPAD qui accueillent moins de résidents (cf. petit sondage, réalisé par mes soins, sur quatorze établissements – Annexe 9).

Par ailleurs, la direction a sollicité, pour l'une des missions, des moyens humains extérieurs à l'établissement en faisant appel à une intervenante pour aider à la gestion du groupe.

Troisièmement, la direction de l'EHPAD savait, en engageant cette démarche, qu'elle devrait investir dans de nouveaux matériels ou faire quelques aménagements, qu'il s'agisse de plateaux pour les repas ou d'un chariot Snœzelen. Effectivement, il apparaît difficile de demander aux professionnels de réfléchir à des améliorations de la qualité de vie des résidents, sans envisager de réaliser concrètement des achats de matériels ou modifier des aménagements problématiques. Sans opérations tangibles, il est impensable

de demander un quelconque investissement aux professionnels qui risqueraient à coup sûr de se désintéresser de la mission transversale.

Dernièrement, les points évoqués précédemment appellent à se pencher sur la question financière. La direction avait anticipé en partie le coût des moyens humains et des investissements à réaliser par l'établissement en termes matériels.

S'ils ne sont pas négligeables, ils ne représentent pas nécessairement des montants insurmontables : sont utilisés, à l'EHPAD de ROYBON, environ 75% du budget formation par an et une enveloppe d'environ 20 000 € par an pour les investissements en matériels. Parallèlement, il faut noter que si l'établissement le souhaite réellement, il peut commencer à manager par la qualité à moyens constants, notamment en débutant par les actions réalisables avec les forces qu'il possède en interne (par exemple en matière de cuisine : améliorer les repas, les goûters...).

Comme évoqué précédemment, les améliorations apportées à la qualité des prestations fournies engendrent des économies sur le long terme, voire même pourraient permettre de dégager des revenus si la réputation de l'établissement lui permet d'améliorer son taux de remplissage.

Ainsi, force est de constater que la transposition de cette approche managériale semble concrètement possible à la fois sur les grands, moyens ou même les petits établissements, qu'ils soient autonomes, dépendants d'une structure hospitalière ou organisés en groupements d'établissements médico-sociaux.

Cela est valable pour tous les types d'établissements médico-sociaux (accueil de personnes âgées, handicapées ou encore en matière d'enfance, etc.).

Quant à la question de savoir si le management transversal peut être mis en œuvre uniquement lorsque, comme dans le cas de l'EHPAD de ROYBON, le contexte local est soumis à des clivages et des préjugés, il apparaît nécessaire de préciser que la communication est la base de toute relation (qu'elle soit personnelle ou professionnelle) et il ne semble pas réhibitoire de chercher à améliorer celle des professionnels de divers horizons et de métiers différents pour développer la qualité des services fournis aux personnes accueillies.

Malgré quelques obstacles à contourner pour sa mise en œuvre, cette méthode managériale basée sur l'approche processus pour entrer en transversalité semble donc avoir un bel avenir devant elle.

Il apparaît à présent nécessaire d'étudier le rôle du directeur plus précisément, en tant que manager principal d'une organisation sociale ou médico-sociale.

3.2 L'importance du rôle du directeur en management.

Transposer l'organisation managériale de l'EHPAD de ROYBON dans n'importe quel établissement médico-social paraît donc réalisable.

Cependant, sans un réel engagement de la direction dans cette démarche, elle ne pourra aboutir. Ainsi, le rôle du directeur d'établissement social ou médico-social revêt plusieurs dimensions complémentaires.

3.2.1 Impulser.

Pour commencer, le directeur doit donner l'impulsion en matière managériale. A l'image du corps humain, le directeur représente la tête de l'institution qu'il se doit d'aider à avancer avec son temps.

Pour ce faire, il doit accompagner les professionnels, notamment dans le cadre des changements envisagés dans leurs pratiques. Et l'accompagnement du changement n'est pas toujours aisé au vu des réticences, citées précédemment, que peuvent y opposer les agents.

C'est pas à pas, en recentrant les professionnels sur le sens de leur métier, sur le « pourquoi » de l'institution – c'est-à-dire la personne accueillie – et le « pourquoi » de ces mutations que le directeur pourra valoriser ses agents dans leurs capacités et les amener à s'engager dans une démarche vertueuse, jusqu'au dépassement de soi.

Les missions transversales remplissent ce rôle en ce qu'elles offrent à chaque professionnel l'opportunité de perfectionner son savoir-faire, mais également de transmettre ses connaissances à un autre collègue dans le domaine étudié. Elles semblent donc pouvoir être un bon outil managérial pour le directeur.

3.2.2 Donner du sens.

Par ailleurs, le directeur doit orienter la politique de l'établissement sur l'aspect qualitatif des prestations délivrées à la personne accueillie, et non sur l'aspect quantitatif pur. En effet, il est le garant des droits du public accueilli, autant que des devoirs des agents qui sont hiérarchiquement sous ses ordres. C'est donc à lui que revient la responsabilité de développer des pratiques de qualité pour les personnes qui vivent au sein de la structure. Or, c'est le premier objectif de la méthode managériale analysée : s'orienter vers une amélioration continue de la qualité, car il existe toujours des choses à améliorer. Or, une fois ces missions mises en œuvre et les processus méthodologiques de base identifiés, l'amélioration continue se déroule sans obligation de remettre en marche des procédures lourdes, même si cela prend du temps de faire évoluer les pratiques. Le directeur peut donc s'en servir à long terme, sans modération.

3.2.3 Encadrer la démarche.

De même, c'est le directeur qui doit faire respecter les lois et référentiels en vigueur (par exemple, les RBPP), nécessaires au bon fonctionnement de l'établissement.

Mais faire respecter des textes, qui peuvent paraître trop théoriques aux professionnels face aux réalités de terrain, peut sembler futile. Le directeur doit donc rendre accessibles et abordables ces textes en facilitant leur appropriation par tout un chacun. Par exemple, la Résidence René Marion a développé un outil très simple : un petit calendrier composé d'une phrase par semaine extraite des RBPP. La phrase de la semaine est affichée dans chaque service pour en faciliter la lecture.

Il est, par ailleurs, rappelé dans chaque mission transversale, sous couvert du directeur, au regard de quelles références (RBPP) le groupe doit étudier le thème abordé pour tenter de perfectionner les pratiques actuelles. C'est ainsi une aide pour leur diffusion et leur appropriation.

3.2.4 Développer la transversalité par les valeurs.

Qui plus est, le directeur est le garant des valeurs de l'établissement. Il doit donc envisager de créer une définition de valeurs communes à tous les professionnels, afin de dégager une unique vision de l'institution et de faire naître un sentiment d'appartenance à cette culture commune.

En cela, les missions transversales peuvent être un appui pour le directeur qui peut se baser sur leur travaux et la diffusion de ces travaux pour faire émerger cette volonté d'action commune, cette cohésion.

Pour cela, il est nécessaire que le manager surmonte sa crainte des réticences que peuvent opposer les professionnels. En effet, si, dans un premier temps, ils sont opposés à sa décision, il s'avère qu'ils sont tout à fait capables d'en reconnaître les bienfaits par la suite. Les missions transversales semblent donc être un outil créant de la cohérence au milieu des individualités des professionnels, pour en faire émerger un établissement aux valeurs communes.

3.2.5 Relever de nouveaux axes d'amélioration.

Enfin, et cela a été précisé dans la seconde partie du présent travail, l'approche managériale par missions transversales a permis à un besoin qui n'avait pas été identifié initialement de poindre : au-delà de l'aspect qualité des prestations, une véritable politique de GDR s'est avérée nécessaire. En outre, le directeur se doit de réduire au maximum les risques liés à l'activité de l'établissement, sans pour autant outrepasser les limites du respect de la vie privée des personnes accueillies. Il peut ainsi s'appuyer sur le travail des

missions transversales pour étudier les risques inhérents à un processus et prendre les bonnes décisions plus rapidement pour aider à faire évoluer les pratiques.

Le directeur, s'il est loin d'être le seul acteur à devoir s'engager dans la démarche managériale d'un établissement, en reste pourtant le premier protagoniste, ainsi que le ciment qui permet d'en sceller les fondements. Par conséquent, il se doit de développer des outils managériaux innovants et efficaces, tels que les missions transversales.

3.3 Préconisations pour la reproduction des missions transversales.

Pour résumer, les établissements médico-sociaux souhaitant mettre en œuvre une démarche d'amélioration continue de la qualité doivent pouvoir expérimenter, même en débutant à moyens constants, la mise en place d'équipes transversales, via :

- L'engagement de la direction et des personnels dans les missions (impulsion).
- Le recentrage du travail vers les personnes accueillies (sens).
- L'utilisation de l'approche processus pour stabiliser leurs fonctionnements et comprendre leurs problèmes (uniformisation).
- La valorisation des compétences de chacun par la diffusion des bonnes pratiques professionnelles (transversalité).
- L'adaptation de ces pratiques de qualité à chaque personne accueillie (individualisation).
- Le développement de la méthode grâce au contrôle et à la mise à jour des connaissances, notamment autour des RBPP (amélioration continue et pérennisation).

Conclusion

Si l'approche processus ne se suffit pas à elle-même et doit être englobée dans une démarche qualité complète, elle apporte des fondements stables à toute organisation qui l'utilise sans la rigidifier. D'aucuns pensent que pour faire de la qualité, il faut pouvoir y mettre les moyens (notamment financiers) suffisants. Or, il a été démontré que, si c'est plus simple, ce n'est guère une obligation : la qualité est un mode de perception des actions réalisées autour des personnes accueillies, une manière de regarder et de faire les choses d'un œil nouveau.

C'est aussi et avant tout une décision nette, un parti pris, de chercher à influencer sur le cours des prises en charge dans l'établissement dirigé, pour ne pas le laisser dériver vers une maltraitance qui ne dit pas son nom.

Comme cela a été précisé, de nombreux types de management existent. Parmi eux, la méthode de management en transversalité de la Résidence René Marion de ROYBON, basée sur ses macro-processus et cherchant à améliorer la qualité des prestations et services fournis aux résidents, présente des avantages certains : elle fait converger tous les professionnels vers une culture médico-sociale commune en recentrant l'activité sur la personne accueillie ; elle favorise les échanges et la cohésion entre professionnels, qui laissent ainsi de côté les clivages puisqu'ils comprennent mieux les contraintes de leurs collègues ; elle décloisonne et uniformise les pratiques grâce à une meilleure diffusion des bonnes pratiques professionnelles, sans pour autant réduire l'individualisation de l'accompagnement. En un mot, cette approche managériale met l'humain au centre, résident comme professionnel.

Pour conclure, il m'apparaît important de donner un avis personnel sur cette méthode managériale, observée durant mon stage.

Georges CLEMENCEAU disait : « *Pour décider, il faut être un nombre impair et trois c'est déjà beaucoup* ». Pourtant, si le directeur est seul à décider de donner l'impulsion, il ne peut réaliser les changements sans les professionnels qui œuvrent chaque jour dans l'établissement auprès du public accueilli : la coopération est importante, même s'il faut arbitrer.

En effet, le management instauré aura forcément des conséquences sur le travail des professionnels, et donc sur leur bien-être, ainsi que sur le bien-être des résidents. Or, à mon avis, les missions transversales offrent l'opportunité de rendre à chaque acteur de la vie d'un établissement un peu de ce qu'il donne quotidiennement à la personne accueillie. Entendre la parole des professionnels est important car c'est eux qui sont sur le terrain chaque jour.

Bien sûr, le directeur doit rester garant du bon fonctionnement de l'établissement et de la sécurité des personnes accueillies, et pour cela, il doit étudier les propositions faites par les participants aux missions avec attention et accepter ce qui est réalisable uniquement. Mais, de mon point de vue, ce mode de management laisse à chacun la possibilité de s'exprimer, ce qui est primordial lorsque la création d'une culture commune est recherchée.

Je pense qu'il n'est pas aisé de fédérer chaque professionnel dans son individualité autour d'objectifs « imposés » par la hiérarchie, surtout lorsqu'ils nécessitent des changements profonds dans des pratiques usitées depuis des années. Les missions transversales me paraissent être un outil pour tenter d'y parvenir. Certes, un outil qui demande de l'investissement, mais un outil réellement utile pour un manager.

Enfin, concernant l'aspect qualitatif des prestations, l'approche transversale ouvre, selon mon opinion, la voie au partage de solutions et de pratiques que le directeur doit encadrer en basant le travail des groupes sur les RBPP, afin qu'ils se recentrent sur la raison de leur travail : la personne accueillie.

Je recommande donc, à mon tour, aux directeurs d'établissements médico-sociaux l'utilisation de cet outil managérial encore peu répandu dans le milieu pour augmenter la cohérence du travail des professionnels et le sens qu'ils lui donnent, et ainsi améliorer la qualité de vie des personnes accueillies.

Bibliographie

Ouvrages :

AUBERT Nicole et autres, « Diriger et motiver - Art et pratique du management », in *Editions d'Organisation*, 2ème édition, juillet 2005, 356 pages.

AUBRY Grégory, *La démarche qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux : De l'évaluation interne à l'évaluation externe*, Berger-Levrault, 2ème édition, juillet 2014, 240 pages.

BELLAICHE Michel, *Manager vraiment par la qualité*, Ed AFNOR (2008), Préface, p.XVIII.

BLANC Didier, *Santé et social. L'ISO 9001 à votre portée*, AFNOR, 2008, 344 pages.

Comité Européen pour le Développement de l'Intégration Sociale. (C.E.D.I.S.), *EVA. Manuel d'Évaluation de la Qualité des Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes*, 2002, 175 pages.

CLAVERANNE Jean-Pierre et PASCAL Christophe, *Repenser les processus à l'hôpital : Une méthode au service de la performance*, Médica Editions, 2004, p.17.

CONNANGLE Sylvain et VERCAUTEREN Richard, *Gérer la démarche qualité en établissement pour personnes âgées : la culture gérontologique dans les équipes multiprofessionnelles*, Erès, 2007, 141 pages.

DESHAIES Jean-Louis et LOUBAT Jean-René, *Réussir l'amélioration continue de la qualité, en action sociale et médico-sociale*, Dunod, 2005, 208 pages.

GIROUD Didier, *Le diagnostic de la qualité - Secteurs social, médico-social, sanitaire et administration : le forum local, un outil pour partager l'évaluation entre usagers et professionnels*, Seli Arslan, 2012, 157 pages.

LOUBAT Jean-René, *La démarche qualité en action sociale et médico-sociale*, 2ème édition, Dunod, 2015, 274 pages.

MOULAIRE Marc, *Organiser la gestion des risques*, ESF éditeur, octobre 2014, 152 pages.

Organisation internationale de normalisation, ISO 9000 : Systèmes de management de la qualité - Principes essentiels et vocabulaire, 2015.

Articles :

ABBOTT Andrew, « Ecologies liées : à propos du système des professions », in Menger Pierre-Michel (dir.), *Les professions et leurs sociologies. Modèles théoriques, catégorisations, évolutions*, Maison des sciences de l'homme, Coll° « Colloquium », 2003, p.29-50.

ARBORIO Anne-Marie, « L'observation directe en sociologie : quelques réflexions méthodologiques à propos de travaux de recherches sur le terrain hospitalier », in *Recherche en soins infirmiers*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI), 2007/3 (N° 90), 102 pages.

BEZIAU Claire, « Managez-vous « humaniste » ? », in *Gerontonews*, 9 mars 2017.

URL : <http://www.gerontonews.com/story.php?story=CZ4OMHR4D>

FRERY Frédéric, « Le management 2.0 ou la fin de l'entreprise ? », in *L'Expansion Management Review*, 2/2010 (n°137), p. 52-60.

URL : <http://www.cairn.info/revue-l-expansion-management-review-2010-2-page-52.htm>

PASCAL Christophe, « La gestion par processus à l'hôpital entre procédure et création de valeur », in *Revue Française de Gestion*, 2003/5 (n°146), p.191-204.

URL : <http://www.cairn.info/revue-francaise-de-gestion-2003-5-page-191.htm>

Autres documents :

– Documents juridiques :

Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Loi n°2005-370, dite LEONETTI, du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie

Loi n°2016-87, dite LEONETTI et CLAEYS, du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.

Décret n°2016-1813 du 21 décembre 2016, relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales.

– **Recommandations de bonnes pratiques professionnelles :**

ANESM, *Qualité de vie en EHPAD (volet 1) : De l'accueil de la personne à son accompagnement*, RBPP, janvier 2011.

ANESM, Procédure d'élaboration des RBPP, Mai 2011.

ANESM, *Qualité de vie en EHPAD (volet 2) : Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne*, RBPP, septembre 2011.

HAS, *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge. Recommandation de bonne pratique*, décembre 2011.

ANESM, *Qualité de vie en EHPAD (volet 3) : La vie sociale des résidents en EHPAD*, RBPP, janvier 2012.

ANESM, *Qualité de vie en EHPAD (volet 4) : L'accompagnement personnalisé de la santé du résident*, RBPP, novembre 2012.

ANESM, *Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage, accompagnement*, RBPP, mars 2014.

ANESM, *Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées (Volet EHPAD)*, RBPP, février 2016.

HAS, *Outil de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments*, Guide, mars 2016.

ANESM, *Repérage des déficiences sensorielles et accompagnement des personnes qui en sont atteintes dans les établissements pour personnes âgées*, RBPP, juillet 2016.

– **Cours magistraux :**

ORVAIN Jacques, *Les essentiels 2016 – Processus*, EHESP, mis à jour le 8 janvier 2016, p.1-2.

ORVAIN Jacques, *Cours de management par les processus*, EHESP, 2016.

ROBIN-SANCHEZ Nathalie, Cours de Management opérationnel et gestion de projet, EHESP, 2016.

– **Sites internet :**

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/fr/>, consulté le 27/03/17

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2750997/fr/contention-mecanique-en-psychiatrie-generale, consulté le 27/03/17.

Dictionnaire Larousse, site consulté le 03/05/2017

http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/transversal_transversale_transversaux/79245

<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/management/49022?q=management#48931>

Liste des annexes

Annexe 1 : Sondage sur l'utilisation du management par les processus en EHPAD public autonome.

Annexe 2 : Questionnaire concernant les missions transversales, adressé aux professionnels.

Annexe 3 : Questionnaire concernant les missions transversales, adressé aux managers transverses.

Annexe 4 : Plan de situation des bâtiments de la Résidence René Marion.

Annexe 5 : Macro-processus et cartographie des processus de la Résidence René Marion.

Annexe 6 : Trame de démarche projet des missions transversales.

Annexe 7 : Exemple de projet et de PAQ d'une mission transversale validés et mis en œuvre (mission « Fin de vie »).

Annexe 8 : Dépouillement détaillé du questionnaire concernant les missions transversales adressé aux professionnels.

Annexe 9 : Sondage sur les dotations en personnel d'EHPAD du secteur public.

Annexe 1 : Sondage sur l'utilisation du management par les processus en EHPAD public autonome.

Type d'établissement médico-social.	Utilisation management par processus	Mode de management pérenne ou ponctuel ?
EHPAD	Non	N/A
CH de proximité	Non	N/A
EHPAD	Oui, depuis un an avec les démarches qualité obligatoires liées à l'évaluation externe.	Ponctuel, mais relancé récemment avec la perspective de signature d'un CPOM (réécriture du projet d'établissement).
EHPAD autonome	Oui avec l'existence d'un classeur contenant les procédures.	Ponctuel, les procédures ne sont pas forcément lues, ni utilisées.
EHPAD autonome	Oui, mais pas de manière formalisée : équipes pluridisciplinaires, décisions collégiales, mode projet, conduites à tenir.	Pérenne : en perpétuelle évolution et adaptation, en fonction des dynamiques d'établissement et du climat social.

Annexe 2 : Questionnaire concernant les missions transversales, adressé aux professionnels.

Bonjour,

En stage depuis quelques mois à la Résidence René Marion dans le cadre de l'apprentissage du métier de directeur d'établissement médico-social, j'ai côtoyé bon nombre d'entre vous.

Dans le cadre de ma formation et afin de me permettre de réaliser mon mémoire de fin d'études, j'ai besoin de connaître votre ressenti sur la mise en place des missions transversales au sein de la Résidence René Marion.

Les réponses au questionnaire resteront anonymes.

Je vous remercie d'avance de répondre le plus précisément possible et de bien vouloir retourner le questionnaire à l'accueil de l'établissement **avant le 31/03/2017**.

1. Quel est votre métier ?
2. Comment vivez-vous votre métier ?
3. Comment qualifiez-vous vos pratiques professionnelles actuellement ?

Bienveillantes – Respectueuses – Routinières – Habituelles – Classiques – Variables – Novatrices – Responsables – Autre ?

(Vous pouvez utiliser plusieurs de ces qualificatifs et/ou d'autres qui ne sont pas dans la liste)

4. Quelles Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles (RBPP) connaissiez-vous avant la mise en place des missions transversales ?

En 2016 ont commencé plusieurs missions transversales, d'autres vont être mises en place prochainement (fin de vie / démence / chutes et contention / hôtellerie-restauration / douleur / circuit du médicament / hygiène / escarres / incontinence / plaies et cicatrisation).

5. Comment vous a été annoncée la mise en place des missions transversales ?
6. Comment avez-vous ressenti cette annonce ?

7. Comment s'est déroulée la mise en place des temps dédiés au travail des missions transversales (nombre et horaires des réunions, durée...) ?
8. Lors des réunions de travail, comment a été fait le lien avec les RBPP ?
9. Par rapport aux actions discutées en groupe de travail, avez-vous vu tout de suite des freins / contraintes dans vos tâches quotidiennes ? Si oui, lesquels ?
10. Au contraire, avez-vous vu des améliorations / bénéfiques ? Lesquels ?
11. Comment qualifieriez-vous votre participation à ses groupes de travail ?
12. Si votre mission transversale a débuté, quel accompagnement a été proposé pour la soutenir ? Coaching ? Formation ? Autre ?
13. Au quotidien, jouez-vous votre rôle de « référent » mission transversale / RBPP auprès de vos collègues ? Qu'en retirez-vous à titre personnel (valorisation pour vous ?

Certaines actions proposées en groupe de travail ont été validées par le Comité de Direction.

Aujourd'hui, dans vos tâches quotidiennes :

14. Quelles RBPP avez-vous découvert dans les missions transversales ?
15. Utilisez-vous les RBPP quotidiennement ? Si oui, comment? Si non, pourquoi ?
16. Ont-elles changé ou fait évoluer certaines choses dans votre travail ? Si oui, quoi ? Si non, pourquoi ?
17. Ont-elles changé ou fait évoluer certaines choses dans votre équipe ? Si oui, quoi ? Si non, pourquoi ?
18. Ont-elles changé ou fait évoluer certaines choses dans l'établissement ? Si oui, quoi ? Si non, pourquoi ?
19. Les changements ont-ils été insignifiants, faibles, significatifs, considérables ?

20. Les changements décidés ont-ils été difficiles à prendre en compte /mettre en œuvre ? Pourquoi ?

21. Comment évaluez-vous l'évolution de vos pratiques par rapport à avant ?

22. La qualité de vos gestes s'est-elle améliorée ? Si oui, en quoi ? Si non, pourquoi ?

23. Y a-t-il des éléments / gestes lors de la prise en charge des résidents qui ont disparu aujourd'hui ? Lesquels ? Pourquoi ?

24. Quels bénéfices vous ont apporté la mise en œuvre des missions transversales, professionnellement parlant ?

Les résidents :

25. Quels bénéfices/satisfaction constatez-vous pour les résidents ?

26. Avez-vous constaté une évolution du bien-être ou mal-être des résidents ? En quoi ?

27. Vous semble-t-il aujourd'hui plus compliqué d'individualiser la prise en charge des résidents que de fournir la même prestation à tous ? Quels bénéfices voyez-vous à cette individualisation ?

Un résumé des résultats sera affiché sur les panneaux d'affichage de l'établissement afin que vous puissiez tous en prendre connaissance.

Je vous remercie grandement du temps que vous accorderez à ce questionnaire, ainsi que pour l'aide que vous m'apporterez !

Aude BERGER.

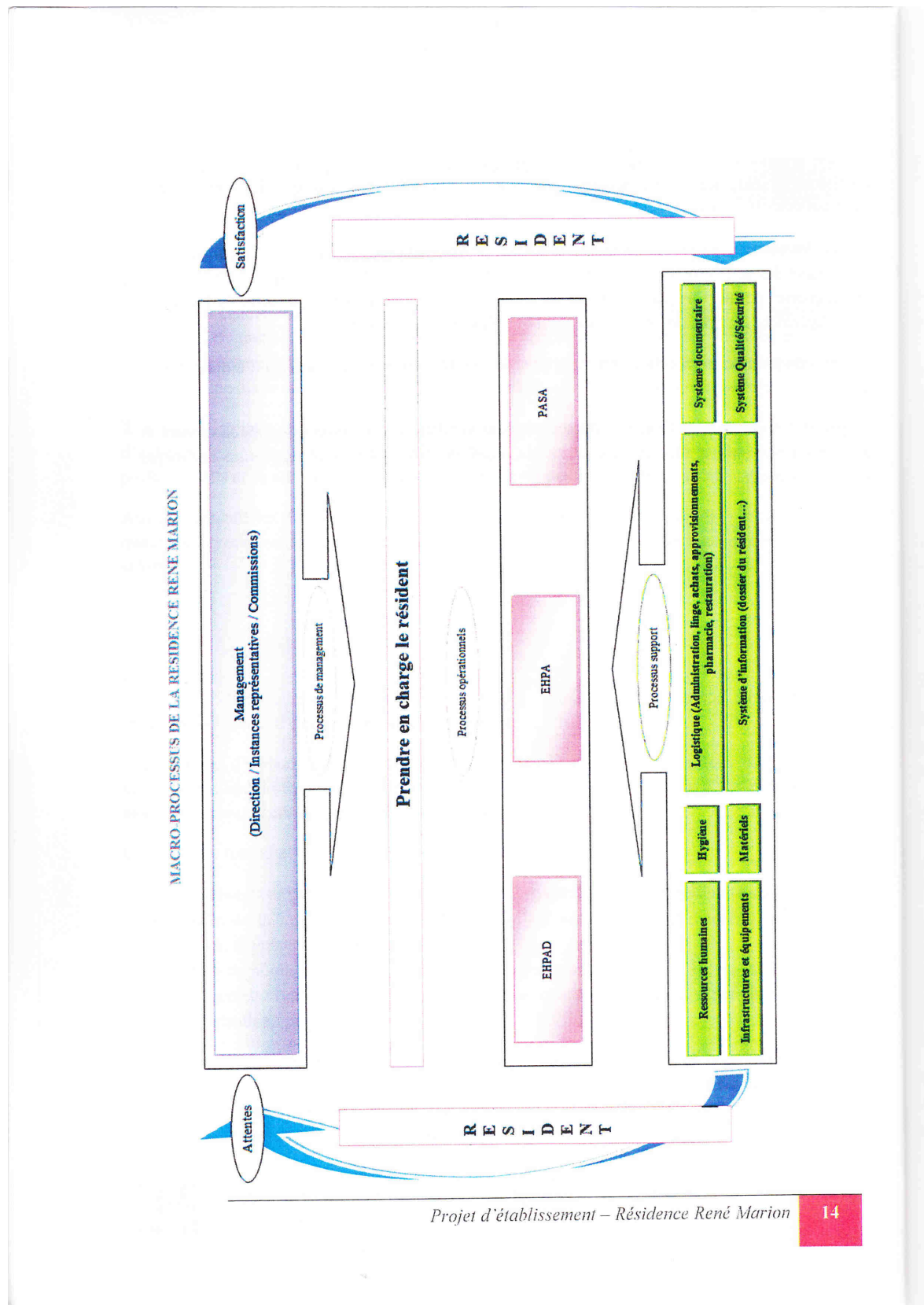
Annexe 3 : Questionnaire concernant les missions transversales, adressé aux managers transverses.

- Avez-vous rencontré des difficultés pour préparer vos réunions ? Si oui lesquelles ? Si non, quels éléments vous ont aidé ?
- Avez-vous rencontré des difficultés pour engager les agents au sein de la mission ? Si oui lesquelles ? Si non, quels ont été les éléments fédérateurs, les arguments clé de leur adhésion ?
- Les discussions vous ont-elles paru libres, ouvertes ? Si oui, quelles conditions étaient réunies pour favoriser cela ? Si non, pourquoi ?
- Êtes-vous satisfait(e) du travail qui a été réalisé ? Si oui, pourquoi ? Si non, pourquoi ?
- Seriez-vous prêt(e) à recommander la mise en œuvre de missions transversales auprès d'autres établissements médico-sociaux ? Si oui, pourquoi ? Si non, pourquoi ?

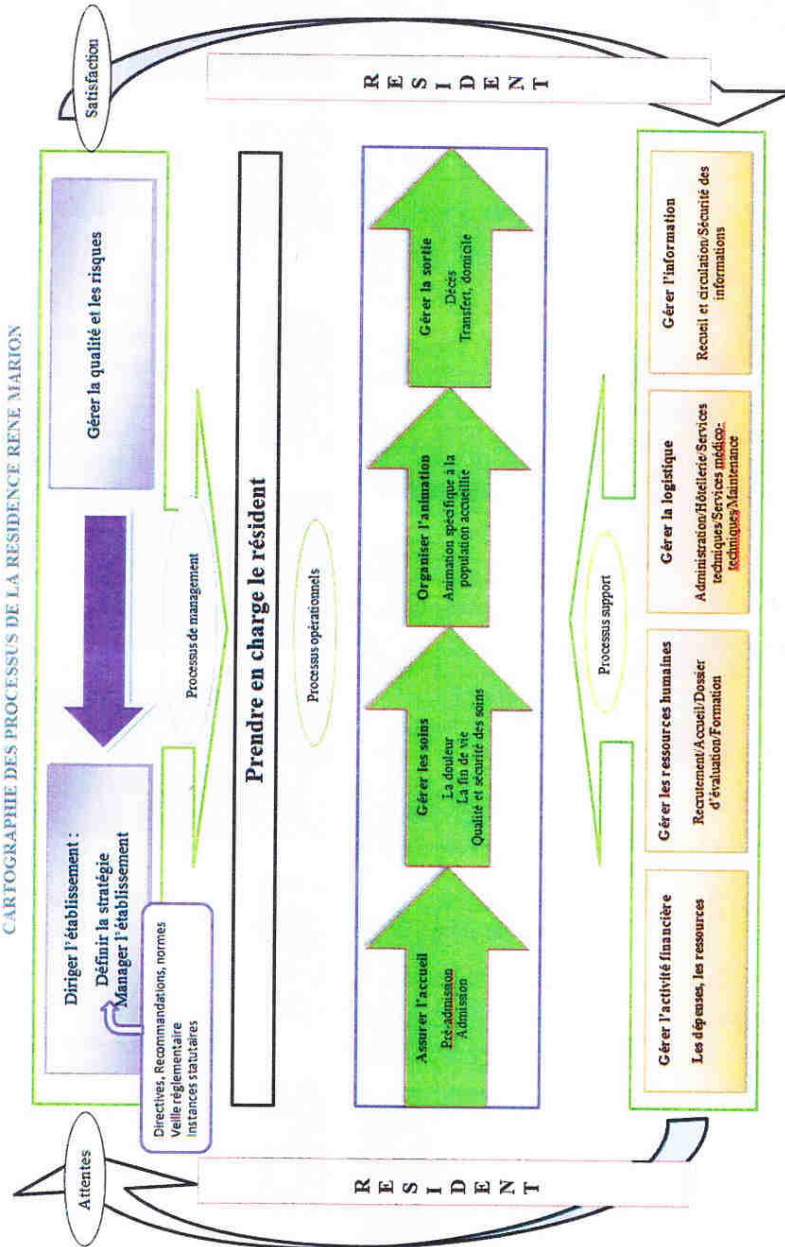
Annexe 4 : Plan de situation des bâtiments de la Résidence René Marion.



Annexe 5 : Macro-processus et cartographie des processus de la Résidence René Marion.



CARTOGRAPHIE DES PROCESSUS DE LA RESIDENCE RENE MARION



Annexe 6 : Trame de démarche projet des missions transversales.

Procédure de démarche projet missions transversales

Nom de la mission transversale :

Parties prenantes :

- le commanditaire: la Direction
- le manager hiérarchique: le CDS
- le manager transverse
- la cellule opérationnelle:

Définition

Une mission transversale est une mission qui concerne plusieurs services et qui a pour but d'uniformiser les pratiques et les organisations par la mutualisation des moyens et des compétences.

Les missions transversales sont issues du projet médical et de soins du projet d'établissement.

Objectifs

La mise en place de missions transversales a pour objet de répondre à un besoin de décloisonnement des pratiques et des compétences.

La transversalité permet de coordonner une diversité d'activités et de faire coopérer les équipes pluridisciplinaires autour d'objectifs communs afin d'atteindre collectivement un résultat.

Méthodologie

Le mode projet: management centré sur la structuration. Ce mode de management favorise la coordination et la coopération dans le but de mettre la dynamique du collectif au service de la mission transversale.

Etat des lieux

Références règlementaires

Services concernés

Projet

Plan d'action qualité

ACTIONS	OBJECTIFS	ACTEURS	MOYENS	DELAIS	INDICATEURS	EVALUATION

Annexe 7 : Exemple de projet et de PAQ d'une mission transversale validés et mis en œuvre (mission « Fin de vie »).

ACCOMPAGNER LA FIN DE VIE

À LA RÉSIDENCE RENÉ MARION

Parties prenantes :

- le commanditaire: le Directeur
- le manager hiérarchique: le CDS
- le manager transverse : Dr GREMILLET, médecin coordonnateur
- la cellule opérationnelle: DUBOIS Lilia, psychologue, RICO Victor, IDEC, PAVEGLIO Julie, IDE, RUOL Christine, AS, ROUHIER Magali, AS, PLANTIER Christine, AS de nuit, GUILLERMON Séverine, animatrice, HANNANI Ali, EAPA, BUFFOLATO Christophe, chef cuisinier, LEROY Brigitte, responsable clientèle, GUILLAUD Corinne, agent hôtelier, MONTEL Lydie, agent bio nettoyage.

Définition

Une mission transversale est une mission qui concerne plusieurs services et qui a pour but d'uniformiser les pratiques et les organisations par la mutualisation des moyens et des compétences.

Les missions transversales sont issues du projet médical et de soins du projet d'établissement.

Objectifs

La mise en place de missions transversales a pour objet de répondre à un besoin de décloisonnement des pratiques et des compétences.

La transversalité permet de coordonner une diversité d'activités et de faire coopérer les équipes pluridisciplinaires autour d'objectifs communs afin d'atteindre collectivement un résultat.

Méthodologie

Le mode projet: management centré sur la structuration. Ce mode de management favorise la coordination et la coopération dans le but de mettre la dynamique du collectif au service de la mission transversale.

DESCRIPTION DU PROJET

Définition médicale

La fin de vie correspond à une situation où la mort est inévitable à brève échéance, alors que les moyens techniques, médicamenteux ou autres, sont devenus caduques et inefficaces. L'espoir d'éviter la mort n'est plus possible.

Etat des lieux

Il n'existe pas, à ce jour, de procédure spécifique prévoyant l'accompagnement des résidents en fin de vie.

Ce projet répond à des obligations réglementaires et à un besoin institutionnel :

- Le taux de mortalité interne est de 26%. Il progresse chaque année (17 % en 2011)
- Augmentation du nombre de personnes en fin de vie dans les demandes d'admission
- Cohérence avec l'axe 5 du projet d'établissement
- Appropriation des RBBP
- Réponse aux obligations réglementaires
- Réponse à la demande de soutien des professionnels accompagnant la fin de vie
- Accompagnement et soutien des proches.

Actuellement, la Résidence René Marion a acquis une certaine expérience et possède des compétences dans ce domaine :

- Formation fin de vie du médecin coordonnateur, IDE, AS, ASH.
- Des médecins traitants expérimentés travaillant sur l'établissement depuis 13, 18 et 20 ans.
- Une culture sanitaire récente.
- Collaboration avec l'équipe mobile de soins palliatifs.

Par contre, le diagnostic de fin de vie n'est pas toujours formalisé dans le dossier informatisé du résident, dans seulement 11,5 % des décès internes, empêchant de fait, une coordination des différents acteurs.

Aujourd'hui, il existe auprès des personnes en fin de vie des actions réalisées de façon aléatoire et non évaluées.

Références réglementaires

- Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante : art. 11 le respect de la fin de vie
- Code de déontologie médicale : art. 37
- Loi n° 2002-2 du 2/01/2002 du CASF
- Loi du 22 avril 2005 relatif aux droits des malades et à la fin de vie
- RBPP : ANESM : qualité de vie en EHPAD, volet 4.

Services concernés

- Ensemble des professionnels de la structure

Objet du projet

Ce projet a pour objet de proposer un accompagnement pluridisciplinaire personnalisé dans les derniers jours d'un résident reconnu médicalement en fin de vie.

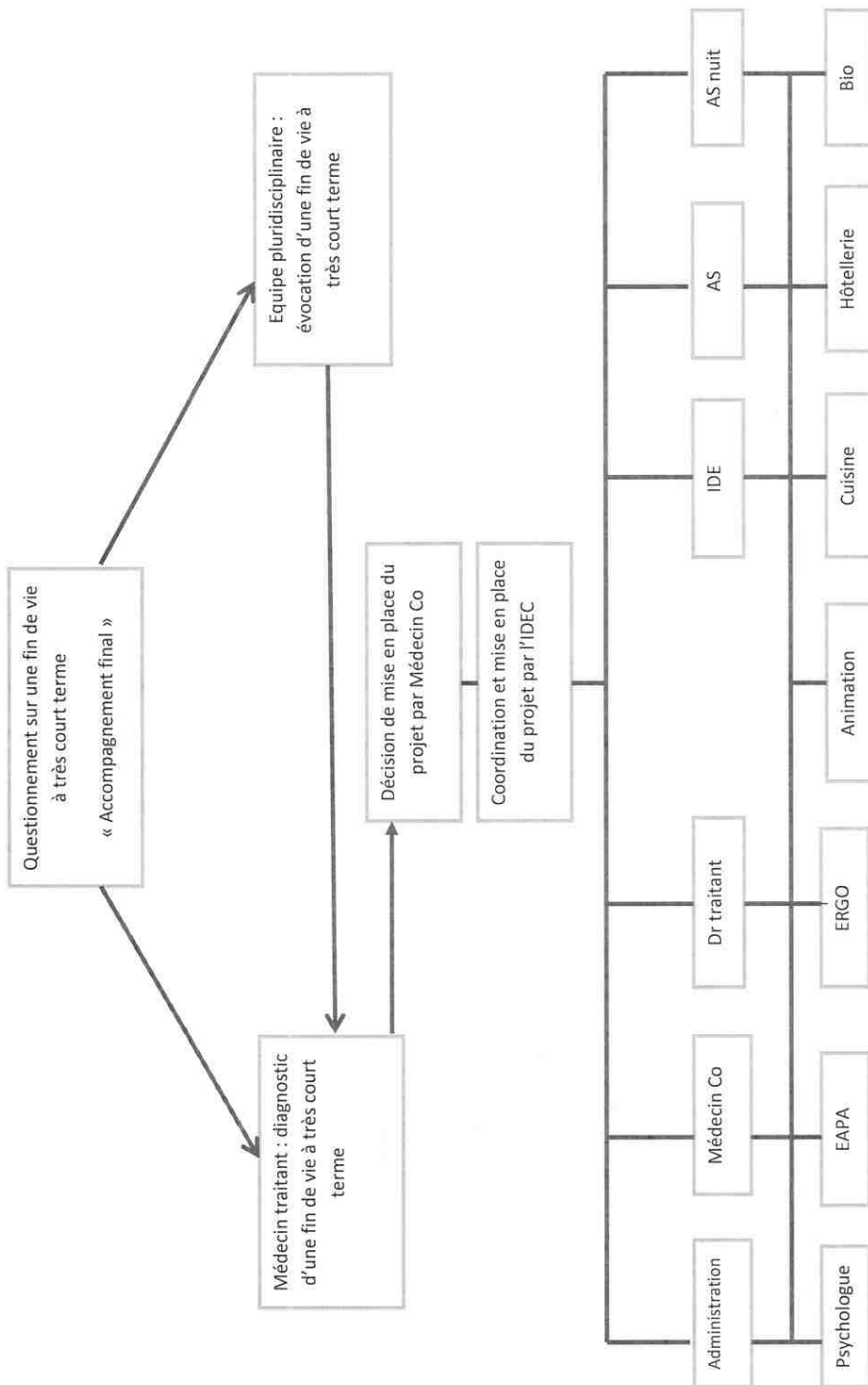
Les axes :

- I- Respecter les aspirations et les désirs de la personne en fin de vie
- II- Eviter les investigations et traitements déraisonnables
- III- Soulager la douleur physique
- IV- Prendre en charge la souffrance psychique et les besoins sociaux et spirituels
- V- Prévenir les troubles alimentaires et digestifs
- VI- Assurer le confort de la personne jusqu'au bout

Moyens spécifiques

- Création d'un cahier de liaison nominatif
- Création d'une cellule opérationnelle « fin de vie »
- Achat d'un chariot « Snoezelen » et d'un fauteuil « relax » pour les familles
- Plan de formation en lien avec le projet d'établissement

OBJECTIFS	ACTIONS	ACTEURS	MOYENS	DELAIS	INDICATEURS	EVALUATION
Accompagner la fin de vie à la Résidence René Mariton	Décider de la mise en place du projet fin de vie	Médecin Co	Questionnement individuel ou pluridisciplinaire	1 ^{er} trimestre 2017	Nombre de projets mis en place / nombre de décès internes	Par la cellule opérationnelle « fin de vie » 2 fois par an en réunion
	Coordonner les différents participants	IDEC	Mise en place du cahier de liaison	1 ^{er} trimestre 2017	Nombre de projets mis en place / nombre de décès internes	Par la cellule opérationnelle « fin de vie » 2 fois par an en réunion



OBJECTIFS I	ACTIONS	ACTEURS	MOYENS	DELAIS	INDICATEURS	EVALUATION
Respecter les aspirations et désirs de la personne	<p>Veiller au respect de l'éthique.</p> <p>Garantir l'application de la Charte des droits et libertés</p> <p>Proposer si possible à l'admission la désignation d'une personne de confiance et le recueil des directives anticipées</p>	Dr CO	Veiller à la mise en application de la procédure	1 ^{er} trimestre 2017	Nombre de respects des désirs de la personne / nombre de DC internes	Par la cellule opérationnelle « fin de vie » 2 fois par an en réunion

OBJECTIFS II	ACTIONS	ACTEURS	MOYENS	DELAIS	INDICATEURS	EVALUATION
Eviter les investigations et traitements déraisonnables	S'assurer que la PEC soit raisonnable	Le Dr CO	Superviser régulièrement les observations médicales	1 ^{er} trimestre 2017	Nombre d'interventions du Dr CO auprès des Dr traitants / durée des projets mis en place Nombre de supervisions / durée des projets mis en place	Par la cellule opérationnelle « fin de vie » 2 fois par an en réunion
	Poser le diagnostic de fin de vie. Arrêt des investigations, surveillances biolo, radio, consultations externes et hospitalisations. Arrêt des ttt médicamenteux de fond	Le Dr traitant	Consultation médicales spécifiques	1 ^{er} trimestre 2017	Nombre de diagnostics posés / nombre de DC internes	Par la cellule opérationnelle « fin de vie » 2 fois par an en réunion

OBJECTIFS III	ACTIONS	ACTEURS	MOYENS	DELAIS	INDICATEURS	EVALUATION
Soulager la douleur physique	Prescrire une posologie adaptée pour un confort réel, réévaluer en fonction des effets secondaires	Dr traitant	Consultations médicales spécifiques	1 ^{er} trimestre 2017	Nombre de prescriptions d'antalgiques en fonction des paliers / nombre de projets mis en place	Par la cellule opérationnelle « fin de vie » 2 fois par an en réunion
	Demander l'intervention de l'équipe mobile de soins palliatifs du CH de Voiron si besoin					
	Évaluation quotidienne de la douleur et des effets secondaires	IDE	Échelle de cotation dans PSI	1 ^{er} trimestre 2017	Nombre d'évaluations / durée des projets mis en place	Par la cellule opérationnelle « fin de vie » 2 fois par an en réunion
	Évaluation nocturne	AS de nuit	Échelle de cotation dans PSI	1 ^{er} trimestre 2017	Nombre d'évaluations / durée des projets mis en place	Par la cellule opérationnelle « fin de vie » 2 fois par an en réunion
	Réalisation systématique des soins d'hygiène corporelle en binôme	AS	PSI et cahier de liaison spécifique	1 ^{er} trimestre 2017	Nombre de binômes / durée des projets mis en place	Par la cellule opérationnelle « fin de vie » 2 fois par an en réunion
	Installation confortable et non douloureuse après les soins					

OBJECTIFS IV	ACTIONS	ACTEURS	MOYENS	DELAIS	INDICATEURS	EVALUATION
Prise en charge de la souffrance psychique et des besoins sociaux et spirituels	Prescription d'hypnovel en collaboration avec EMSP	Dr traitant	Fourniture des ampoules par EMSP Organisation de rencontre familiale	1 ^{er} trimestre 2017	Nombre de journées de traitement/ durée des projets mis en place nombre de rencontres avec les familles / nombre de projets mis en place	Par la cellule opérationnelle « fin de vie » 2 fois par an en réunion
	Information des familles sur diagnostic de fin de vie proche		Diagnostic infirmier Dossier informatisé	1 ^{er} trimestre 2017	Nombre de diagnostics IDE / sur la durée du projet mis en place	Par la cellule opérationnelle « fin de vie » 2 fois par an en réunion
	Évaluation quotidienne de l'efficacité du ttt mis en place Vérification de la traçabilité des souhaits spécifiques dans le PSI	IDE	Matériel annuaire	1 ^{er} trimestre 2017	Nombre de souhaits connus / nombre de projets mis en place nombre de nuitées des familles / durée des projets	
	Proposition aux familles qui le souhaitent d'un hébergement de nuit auprès de leur parent Contact d'un représentant du culte si demande			1 ^{er} trimestre 2017	Nombre d'interventions de représentants du culte / nombre de projets mis en place	
	Augmentation de la fréquence des passages quotidiens auprès de la personne jour et nuit	AS	Cahier de liaison spécifique	1 ^{er} trimestre 2017	nombre de passages des AS / durée des projets	Par la cellule opérationnelle « fin de vie » 2 fois par an en réunion
	Proposition d'un éclairage adapté Vérification de l'installation confortable du proche	AS de nuit	Matériel lumineux Snoezelen	1 ^{er} semestre 2017	Nombre d'utilisations du matériel / durée des projets	Par la cellule opérationnelle « fin de vie » 2 fois par an en réunion

OBJECTIFS IV	ACTIONS	ACTEURS	MOYENS	DELAIS	INDICATEURS	EVALUATION
	Proposition systématique d'une aide psychothérapeutique au chevet Participation si possible avec le Dr traitant à la rencontre famille pour évoquer le diagnostic Proposition de soutien familiale	Psychologue	Entretiens Individuels Organisation avec le médecin Entretien	1 ^{er} trimestre 2017 1 ^{er} trimestre 2017 1 ^{er} Trimestre 2017	Nombre d'entretiens / nombre de projets mis en place nombre de rencontres avec les familles et le Dr traitant / nombre de projets mis en place Nombre d'entretiens / nombre de projets mis en place	Par la cellule opérationnelle « fin de vie » 2 fois par an en réunion
Prise en charge de la souffrance psychique et des besoins sociaux et spirituels	Organisation de 2 visites quotidiennes pour planifier les instants privilégiés de la journée Vérification quotidienne du compte FAMILLEO et impression de la gazette si message des proches Utilisation du chariot Snoezelen	Animation	Cahier de liaison spécifique Compte FAMILLEO Chariot Snoezelen	1 ^{er} trimestre 2017 1 ^{er} trimestre 2017 1 ^{er} semestre 2017	Nombre de visites / durée des projets Nombre de gazettes / durée des projets mis en place Nombre de journées d'utilisation / durée totale des projets	Par la cellule opérationnelle « fin de vie » 2 fois par an en réunion
	Mise en application du protocole administratif de décès Utilisation des couettes microbilles VENDELET	Administration EAPA / ERGO	protocole matériel	1 ^{er} trimestre 2017 1 ^{er} trimestre 2017	Nombre de protocoles appliqués / nombre de projets mis en place Nombre de journées d'utilisations des couettes / durée totale des projets mis en place	Par la cellule opérationnelle « fin de vie » 2 fois par an en réunion Par la cellule opérationnelle « fin de vie » 2 fois par an en réunion

OBJECTIFS V	ACTIONS	ACTEURS	MOYENS	DELAIS	INDICATEURS	EVALUATION
Prévenir les troubles alimentaires et digestifs	Discussion d'une hydratation en ss/cut. Prescription si besoin de salive artificielle Prescription si besoin de soins de bouches au bicarbonate Prescription si besoin de scopoderm	Dr traitant	Consultation médicales spécifiques	1 ^{er} trimestre 2017	Nombre de journées de prescriptions médicales / durée totale des projets mis en place	Par la cellule opérationnelle « fin de vie » 2 fois par an en réunion
	Application des prescriptions médicales Evaluation de la cavité buccale	IDE	Compétences, fiches de tâches, missions	1 ^{er} trimestre 2017	Nombre d'évaluations réalisées / durée des projets mis en place	Par la cellule opérationnelle « fin de vie » 2 fois par an en réunion
	Hydrater la cavité buccale Transmettre rapidement aux IDE toute anomalie Proposer des collations à la demande Avoir une aide particulière sur les temps repas prendre le temps	AS	Compétences, fiches de tâches, missions	1 ^{er} trimestre 2017	Nombre de soins de bouches réalisés / durée des projets mis en place Nombre d'anomalies alimentaires et digestives transmises / la durée des projets Nombre de collations données et proposées / la durée des projets Durée moyenne du temps de repas / nombre de journées du projet mis en place	Par la cellule opérationnelle « fin de vie » 2 fois par an en réunion
	Adapter les repas et boissons en fonction des envies de la personne	cuisine	Création d'une carte spécifique	1 ^{er} semestre 2017	Nombre de repas et boissons préparés / durée des projets mis en place	Par la cellule opérationnelle « fin de vie » 2 fois par an en réunion

OBJECTIFS V	ACTIONS	ACTEURS	MOYENS	DELAIS	INDICATEURS	EVALUATION
Prévenir les troubles alimentaires et digestifs	Fournir boissons spécifiques à visée thérapeutique	cuisine	Créer un stock	1 ^{er} trimestre 2017	Nombre de boissons spécifiques fournies / durée des projets	Par la cellule opérationnelle « fin de vie » 2 fois par an en réunion
	Proposer une collation lors des « instants privilégiés »	animation		1 ^{er} trimestre 2017	Nombre de collations proposées / durée des projets	Par la cellule opérationnelle « fin de vie » 2 fois par an en réunion

OBJECTIFS VI	ACTIONS	ACTEURS	MOYENS	DELAIS	INDICATEURS	EVALUATION
Assurer le confort jusqu'à la fin	Réalisation quotidienne des soins d'hygiène en binôme AS / IDE avec évaluation de l'état cutané	IDE / AS	PSI et cahier de liaison spécifique	1 ^{er} trimestre 2017	Nombre de binômes réalisés / durée des projets Nombre de bradden renseignées / durée des projets	Par la cellule opérationnelle « fin de vie » 2 fois par an en réunion
	Adaptation des soins d'hygiène	AS de nuit	Cahier de liaison spécifique et PSI	1 ^{er} trimestre 2017	nombre de soins réalisés / durée des projets	Par la cellule opérationnelle « fin de vie » 2 fois par an en réunion
	Utilisation du matériel de mobilisation au lit VENDLET	EAPA / ERGO / AS	matériel	1 ^{er} trimestre 2017	Nombre de journées d'utilisation de ce matériel / durée totale des projets mis en place	Par la cellule opérationnelle « fin de vie » 2 fois par an en réunion
	Maintien d'un environnement propre, rangé et agréable à la personne et à ses proches	Bionettoyage / Hôtellerie	Matériels cahier de liaison spécifique	1 ^{er} trimestre 2017	Nombre de passages dans le logement / durée des projets	par la cellule opérationnelle « fin de vie » 2 fois par an en réunion
Prescription d'une oxygénothérapie si besoin	Dr traitant	Matériel : extracteur ou o2 mural	1 ^{er} trimestre 2017	Nombre de journées d'oxygénothérapie / durée totale des projets mis en place	Par la cellule opérationnelle « fin de vie » 2 fois par an en réunion	

ANNEXES :

- 1 Modèle cahier de liaison
- 2 Check List binôme
- 3 Convention EMPSA
- 4 Charte droit et liberté
- 5 Carte cuisine

Annexe 8 : Dépouillement détaillé du questionnaire concernant les missions transversales adressé aux professionnels.

9 réponses sur environ 45 questionnaires distribués, malgré relance, délai de réponse laissé (1 mois et demi).

1. Quel est votre métier ?

1 IDE, 1 Psychologue, 1 ASHQ, 1 ASH faisant fonction, 2 adjoints administratifs, 1 cuisinier, 2 animatrices.

2. Comment vivez-vous votre métier ?

- De façon positive mais parfois surcharge de travail.
- A l'aise et reconnu dans ses fonctions au sein de l'établissement
- Aime le contact humain avec les personnes âgées malgré les moments difficiles (personnes en fin de vie).
- Aime son métier
- Métier varié et instructif, très bien vécu
- Métier vécu avec fougue et passion
- Adaptation aux résidents chaque jour ce qui permet que chaque jour soit différent.

3. Comment qualifiez-vous vos pratiques professionnelles actuellement ?

Bienveillantes (x 6), respectueuses (x 8), dans l'écoute des besoins et souhaits du résident le plus possible, empathiques, dynamiques, habituelles, variables (x 3), responsables (x 3), novatrices

4. Quelles Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles (RBPP) connaissiez-vous avant la mise en place des missions transversales ?

- Aucune (x 3).
- Celles de l'ANESM sur la qualité de vie en EHPAD
- Techniques apprises par le biais des collègues.
- Respect (x 3), bienveillance (x 2), disponibilité, avoir le sourire,
- Faire de son mieux pour satisfaire les résidents.
- Ouverture de la structure sur l'environnement, participation de partenaires / bénévoles, favoriser l'expression et la participation des usagers et maintenir leurs capacités, mise en place des projets personnalisés en intégrant le projet d'établissement.

En 2016 ont commencé plusieurs missions transversales, d'autres vont être mises en place prochainement (fin de vie / démence / chutes et contention / hôtellerie-restauration / douleur / circuit du médicament / hygiène / escarres / incontinence / plaies et cicatrisation).

5. Comment vous a été annoncée la mise en place des missions transversales ?

- En transmission ou réunion de service et au tableau dans le bureau infirmier (x 2).
- Par la cadre de santé, lors de l'évaluation annuelle (x 2).
- Par le service des ressources humaines dans le cadre des formations (x 2)
- Par un collègue qui a proposé d'intégrer la mission dans laquelle il était.
- Aucune explication, demande de s'inscrire et informations via un affichage dans l'office.
- Inscription dans une mission, mais choix non pris en compte : assignation à une autre mission
- En comité de direction.

6. Comment avez-vous ressenti cette annonce ?

- Comme un besoin d'approfondir la prise en soin des résidents.
- Comme quelque chose de très riche et novateur visant la qualité de vie des résidents.
- Comme un dispositif dense (organisation et application).
- Aurait apprécié un document expliquant vraiment le but et conserver le libre choix de la mission.
- Permet à chaque professionnel d'apprendre sur un sujet qui l'intéresse et de participer.
- Comme intéressante : on peut toujours apprendre (x 2)
- Très bien vécue
- Annonce inquiétante.
- Avec enthousiasme.

7. Comment s'est déroulée la mise en place des temps dédiés au travail des missions transversales (nombre et horaires des réunions, durée...) ?

- Des convocations sont envoyées aux membres du groupe.
- Réunions entre 1h (durée considérée comme un peu courte) et 3h (durée raisonnable) par mois environ suivant la mission (les horaires varient mais sont généralement l'après-midi).
- Travail de recherche personnel (idées à proposer au groupe, élaboration du projet de la mission et du PAQ).
- Phases de tests parfois pour voir si une idée peut être réalisable ou non.

8. Lors des réunions de travail, comment a été fait le lien avec les RBPP ?

- Annonce orale
- en introduction
- En rappelant que le résident doit être mis en premier (x 2)
- En les expliquant et copie papier distribuées
- Échange de questions et d'expériences.
- Je ne sais pas (x 1).

9. Par rapport aux actions discutées en groupe de travail, avez-vous vu tout de suite des freins / contraintes dans vos tâches quotidiennes ? Si oui, lesquels ?

- Non, cela m'a donné des clés en plus, des nouvelles propositions (x 6).
- Oui, une nouvelle organisation sur la gestion du temps avec l'augmentation de certaines tâches
- Non, j'ai pu repérer mes erreurs et savoir comment agir pour les éviter.
- Oui, des contraintes médico-légales et dans la planification des réunions.

10. Au contraire, avez-vous vu des améliorations / bénéfiques ? Lesquels ?

- Oui, évolution, modifications dans la gestion du temps de travail et sur certaines missions.
- Oui, groupe intéressé et actif sur le terrain.
- Non pas pour l'instant.
- Oui, je peux plus agir en équipe ou même réagir seule face à une situation.
- Oui, parler en face du résident, se mettre à sa portée, avoir des gestes ou mots plus adaptés (x 2).
- Oui, pouvoir se mettre à la place du résident.
- Oui, achats de matériel.
- Oui, les missions sont une amélioration qui apporte de la satisfaction

11. Comment qualifieriez-vous votre participation à ses groupes de travail ?

- Adaptée et enrichissante
- Active (x 2)
- Intéressante, permet d'entendre le fonctionnement des autres services (x 3).
- Parfois difficiles car beaucoup moins de contacts avec les résidents que les soignants (x 2).
- Nécessaire.
- Donne son avis en fonction du confort du résident et du côté pratique pour le personnel.
- Engageante, impliquante, ardue pour mobiliser les ressources des agents.

- Mobilisante.

12. Si votre mission transversale a débuté, quel accompagnement a été proposé pour la soutenir ? Coaching ? Formation ? Autre ?

- Formation une fois par an pour la mission (x 5)
- Formations en management pour les pilotes.
- Réunion (x 4)
- Apprentissage par l'expérience des autres.
- Coaching extérieur
- Présentation d'un nouveau matériel.

13. Au quotidien, jouez-vous votre rôle de « référent » mission transversale / RBPP auprès de vos collègues ? Qu'en retirez-vous à titre personnel (valorisation pour vous ?

- Transmission des savoirs aux collègues dans la mesure du possible et avec délicatesse (x 3)
- Non (x 2)
- Parfois discussions autour des RBPP.
- Un peu
- Oui.

- Ressentis : fierté, pas toujours facile, valorisant d'apprendre sur d'autres thèmes que la formation initiale, bénéfique lorsqu'un résident est soulagé de sa douleur, découragement car il faut répéter sans cesse.

Certaines actions proposées en groupe de travail ont été validées par le Comité de Direction.

Aujourd'hui, dans vos tâches quotidiennes :

14. Quelles RBPP avez-vous découvert dans les missions transversales ?

- RBPP concernant la douleur.
- Aucune pour l'instant
- Les messages de la semaine (x 3).
- RBPP concernant le respect des habitudes de vie du résident.
- RBPP concernant l'ouverture de l'établissement aux familles.
- RBPP concernant certaines réponses par la parole à des souffrances psychiques.
- RBPP en matière de démence
- RBPP en matière de fin de vie
- RBPP en matière de chutes et contention.

15. Utilisez-vous les RBPP quotidiennement ? Si oui, comment? Si non, pourquoi ?

- Oui le plus possible.
 - Oui (x 4)
 - J'espère que oui.
 - Oui parfois, en matière de chutes et contention, démence et fin de vie.
 - Rarement (en cas de doute sur mes pratiques).
-
- Comment : par des paroles et des gestes (x 2), en essayant de remplir ma fonction au quotidien avec sens (x 2), en allant plus au contact des résidents, par le respect (x 2), par l'écoute (x 3), par la discrétion / confidentialité (x 2), en apportant des éléments de réflexion aux équipes,

16. Ont-elles changé ou fait évoluer certaines choses dans votre travail ? Si oui, quoi ? Si non, pourquoi ?

- Oui, plus de questionnements (x 2).
- Certains personnels font attention et d'autres non, d'où l'intérêt du travail d'équipe pour partager les bonnes techniques et évoluer au mieux.
- Oui, plus d'attention envers les résidents accompagnés (x 2).
- Pas encore, mission en cours.
- Oui, mettre du sens dans mes pratiques.
- Oui, cela m'a permis de mieux adapter mes réactions et de mieux comprendre les résidents.

17. Ont-elles changé ou fait évoluer certaines choses dans votre équipe ? Si oui, quoi ? Si non, pourquoi ?

- Oui, plus d'échanges et partage d'outils entre collègues.
- Oui, plus de concertation lors des réunions pluridisciplinaires (exemple ajout du temps éthique aux réunions cliniques).
- Oui, une vigilance accrue au niveau des collègues pour les aider dans la prise en compte dans leur pratique quotidienne.
- Oui, la mise en place de nouveaux outils.
- Pas encore, mission en cours.
- Non (x 3).
- Je ne sais pas.

18. Ont-elles changé ou fait évoluer certaines choses dans l'établissement ? Si oui, quoi ? Si non, pourquoi ?

- Oui, par les actions à mettre en œuvre issues des PAQ.
- Oui, l'écoute du résident : des choix de l'organisation s'adaptent aux désirs des résidents et non l'inverse.
- Chacun doit sûrement contribuer aux changements qui s'opèrent.
- Pas encore, mission en cours.
- Je ne sais pas (x 3)

19. Les changements ont-ils été insignifiants, faibles, significatifs, considérables ?

- Faibles
- Assez significatifs (x 2)
- Significatifs (x 2)
- Pas encore, mission en cours (x 2).
- Je ne sais pas (x 3)

20. Les changements décidés ont-ils été difficiles à prendre en compte /mettre en œuvre ? Pourquoi ?

- Assez simples car débutés sur l'existant pour faire évoluer le regard et le savoir-être.
- Pas difficiles, du temps étant dégagé pour le faire.
- Pas difficiles, mais logique.
- Pas difficiles, on s'adapte un peu chaque jour.
- Difficiles pour certains actes (ex : report de soins et prise des repas).
- Pas encore perçus / changements non définitifs : mission en cours (x 2).
- Ne se prononce pas (x 3).

21. Comment évaluez-vous l'évolution de vos pratiques par rapport à avant ?

- Pratiques beaucoup plus adaptées / meilleures (x 2)
- Plus d'aisance dans la réalisation des pratiques
- Plus proches des résidents.
- être plus attentif
- être plus respectueux (x 2)
- Évolution positive (x 2).
- Pas d'évolution perçue (x 2).
- Je ne sais pas.

22. La qualité de vos gestes s'est-elle améliorée ? Si oui, en quoi ? Si non, pourquoi ?

- Légitimation de certains gestes (approches par le toucher).
- Plus de réflexion et d'empathie.
- Oui, beaucoup, grâce à une formation toucher-massage.
- J'espère qu'ils n'ont jamais été mauvais !
- Je ne sais pas (x 5).

23. Y a-t-il des éléments / gestes lors de la prise en charge des résidents qui ont disparu aujourd'hui ? Lesquels ? Pourquoi ?

- Les prises en charges sur le même modèle (apparition à la place de l'individualisation de l'accompagnement).
- Non (x 8).

24. Quels bénéfices vous ont apporté la mise en œuvre des missions transversales, professionnellement parlant ?

- Je me sens plus professionnel(le).
- J'arrive à personnaliser la prise en charge des résidents de façon individuelle, comme en groupe.
- Échanger avec l'ensemble des acteurs qui travaillent à la Résidence / approche collégiale et pluridisciplinaire, cohésion et cohérence (x 2).
- Avoir un objectif commun : le bien-être du résident.
- Connaître plus le rôle de chacun auprès des résidents / les autres services (x 2).
- Il est toujours bon d'apprendre.
- Découvrir le management d'un groupe.
- Aucun (x 2).

Les résidents :

25. Quels bénéfices/satisfaction constatez-vous pour les résidents ?

- Diminution des situations de douleur / apaisement (x 2).
- Prise en compte plus spécifique au plus près des besoins.
- Le résident est content lorsque l'on respecte son choix / se sentent plus écoutés et compris.
- Plus d'échanges avec les résidents sur l'instant repas avec un taux de satisfaction assez élevé.
- Les projets personnalisés apportent une notion d'écoute individuelle, les résidents sont contents de pouvoir exprimer des envies et de les voir se réaliser.
- Aucun (x 3).

26. Avez-vous constaté une évolution du bien-être ou mal-être des résidents ?

En quoi ?

- Oui (x 2).
- Moins de ressenti de douleur.
- Professionnels plus à l'écoute.
- Plus de bien-être.
- Pas encore / non (x 5).

27. Vous semble-t-il aujourd'hui plus compliqué d'individualiser la prise en charge des résidents que de fournir la même prestation à tous ? Quels bénéfices voyez-vous à cette individualisation ?

- Pas plus compliqué, différent : une réponse adaptée à chaque problème / situation (x 2).
- Nécessaire et essentiel / la Résidence devient un véritable lieu de vie.
- Parfois compliqué en fonction des horaires de prises de poste de chacun.
- C'est toujours plus compliqué d'individualiser, mais c'est un plus pour le résident.
- Je ne sais pas (x 3).

Résumé :

9 réponses sur environ 45 questionnaires distribués, malgré une relance (délai de réponse laissé : un mois et demi).

Les personnes ayant participé sont de divers services et de divers métiers ce qui enrichit les résultats.

D'une manière générale les répondants vivent leur métier de façon positive car ils apprécient le contact humain, ils se sentent reconnus dans leurs fonctions au sein de l'établissement et l'adaptation à chaque situation rend chaque jour différent.

Une surcharge de travail est toutefois soulignée, ainsi que les moments difficiles vécus auprès des résidents (ex : situations de fin de vie).

Ils envisagent leurs pratiques professionnelles comme :

- Bienveillantes (x 6),
- Respectueuses (x 8),
- Dans l'écoute des besoins et souhaits du résident le plus possible,
- Empathiques,
- Dynamiques,
- Habituelles,
- Variables (x 3),
- Responsables (x 3),
- Novatrices.

Avant le début des missions transversales, Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles (RBPP) semblent peu connues (3 personnes sur 9 n'en connaissent aucune).

D'autres citent comme RBPP les techniques apprises par le biais des collègues, le respect (x 3), la bienveillance (x 2), la disponibilité, avoir le sourire et faire de son mieux pour satisfaire les résidents. Si ce sont des bonnes pratiques à appliquer durant le travail quotidien, il ne s'agit pas, à proprement parler, de ce qui est appelé RBPP (définies par l'ANESM comme « *des repères, des orientations, des pistes pour l'action destinées à permettre aux professionnels de faire évoluer leurs pratiques pour améliorer la qualité des prestations rendues aux usagers et de mettre en œuvre la démarche d'évaluation interne* »).

Enfin, les autres répondants citent les RBPP de l'ANESM sur la qualité de vie en EHPAD, l'ouverture de la structure sur l'environnement, la participation de partenaires / bénévoles, favoriser l'expression et la participation des usagers, maintenir les capacités des usagers et la mise en place des projets personnalisés en intégrant le projet d'établissement.

En 2016, suite à la décision du Comité de Direction de mettre en place les missions transversales, l'information semble avoir été reçue de diverses manières par les professionnels : lors de réunions / transmissions (x 2), par la cadre de santé lors de l'évaluation annuelle (x 2), par le service des ressources humaines dans le cadre des formations (x 2), par un collègue qui a proposé d'intégrer la mission dans laquelle il était.

Une personne indique n'avoir reçu aucune information particulière.

Une personne indique que son choix d'inscription dans une mission n'a pas été respecté.

L'annonce de la mise en œuvre de ces missions a pu être vue comme un besoin d'approfondir la prise en soin des résidents, comme quelque chose de très riche et novateur visant la qualité de vie des résidents, comme intéressante : on peut toujours apprendre (x 2), avec enthousiasme, comme permettant à chaque professionnel d'apprendre sur un sujet qui l'intéresse et de participer.

Mais certains soulignent également que cette annonce leur a paru inquiétante, car le dispositif semblait dense (organisation et application), ils auraient apprécié un document expliquant vraiment le but.

La mise en place des temps dédiés au travail des missions transversales est bien perçue :

- Des convocations sont envoyées aux membres du groupe.
- Réunions entre 1h (durée considérée comme un peu courte) et 3h (durée raisonnable) par mois environ suivant la mission (les horaires varient mais sont généralement l'après-midi).
- Travail de recherche personnel (idées à proposer au groupe, élaboration du projet de la mission et du Plan d'Actions Qualité (PAQ)).
- Phases de tests parfois pour voir si une idée peut être réalisable ou non.

Lors des réunions de travail, le lien avec les RBPP a été fait oralement (annonce ou échange de questions / d'expériences), souvent en introduction de la mission, parfois avec un support écrit, en rappelant surtout que le résident doit être mis en premier (x 2).

Les actions possibles discutées en groupe de travail ont, dans l'ensemble, permis aux professionnels de repartir avec des clés en plus / de nouvelles propositions (x 6), et de pouvoir repérer leurs éventuelles erreurs et savoir comment agir pour les éviter.

Des contraintes dans les tâches quotidiennes sont quand même rapportées :

- une nouvelle organisation sur la gestion du temps avec l'augmentation de certaines tâches,
- des contraintes médicales et légales,
- des contraintes dans la planification des réunions.

Les bénéfiques identifiés par les professionnels aux nouvelles actions possibles sont l'évolution dans la gestion du temps de travail et sur certaines missions, le fait que le groupe soit intéressé et actif sur le terrain, plus de facilité à agir en équipe ou même réagir seul(e) face à une situation, un apport de satisfaction, des achats de matériels, pouvoir aborder plus facilement et mieux les résidents (avoir des gestes ou mots plus adaptés (x 2)) après s'être « mis à leur place ».

Une personne n'a pas perçu de bénéfice pour l'instant.

Chaque répondant semble satisfait de sa participation au groupes de travail, qualifiée d'adaptée et enrichissante, active (x 2), intéressante car elle permet d'apprendre le fonctionnement des autres services (x 3), nécessaire, engageante, mobilisante.

A priori, chacun a pu donner son avis en tenant compte du confort du résident et du côté pratique pour le personnel.

Pour les personnels qui se trouvent moins en contact avec les résidents, la participation a été plus difficile (x 2).

Certaines missions transversales ont bénéficié d'un accompagnement particulier. Tous les participants ont perçu l'avantage d'avoir des réunions régulières et des formations une fois par an sur le thème de la mission.

Mais les apprentissages se sont faits également grâce à l'expérience des collègues, la présentation d'un nouveau matériel ou encore un coaching extérieur.

Au quotidien, seules deux personnes interrogées indiquent ne pas jouer leur rôle de « référent » mission transversale / RBPP auprès de leurs collègues. Les autres le font un peu, parfois ou régulièrement en transmettant des savoirs aux collègues dans la mesure du possible et avec délicatesse (x 3) ou en discutant autour des RBPP.

A titre personnel les ressentis sont variés : fierté, pas toujours facile, valorisant d'apprendre sur d'autres thèmes que la formation initiale, bénéfique lorsqu'un résident est soulagé de sa douleur, découragement car il faut répéter sans cesse.

Aujourd'hui, suite à leur participation aux missions, une seule personne indique n'avoir découvert aucune RBPP, mais sa mission est en cours.

Trois personnes citent les « messages de la semaine » qui sont extraits des RBPP.

Sinon les RBPP concernant la douleur, le respect des habitudes de vie du résident, l'ouverture de l'établissement aux familles, certaines réponses par la parole à des souffrances psychiques, en matière de démence, en matière de fin de vie et en matière de chutes et contention ont été citées.

Les agents tentent d'utiliser les RBPP le plus possible dans leur quotidien (x 7). Une personne indique qu'elle espère les utiliser quotidiennement et une autre indique ne les utiliser que rarement, en cas de doute sur ses pratiques.

Comment ? Par des paroles et des gestes (x 2), en essayant de remplir leur fonction au quotidien avec sens (x 2), en allant plus au contact des résidents, par le respect (x 2), par l'écoute (x 3), par la discrétion / confidentialité (x 2), en apportant des éléments de réflexion aux équipes / collègues.

Les RBPP leur ont permis de faire évoluer certaines choses dans votre travail comme se questionner plus (x 2), partager les bonnes techniques et évoluer au mieux, avoir plus d'attention envers les résidents accompagnés (x 2), mettre du sens dans leurs pratiques, ou encore mieux adapter leurs réactions et de mieux comprendre les résidents.

Une personne n'a pas perçu d'évolution pour l'instant, la mission étant en cours.

Des évolutions ont également été perçues au niveau des équipes : plus d'échanges et partage d'outils entre collègues, plus de concertation lors des réunions pluridisciplinaires, avoir une vigilance accrue au niveau des collègues pour les aider dans la prise en compte dans leur pratique quotidienne, ou encore la mise en place de nouveaux outils.

Une personne n'a pas perçu d'évolution pour l'instant, la mission étant en cours, trois autres n'ont pas perçu d'évolution.

Une personne ne s'est pas prononcée.

Seules quelques évolutions ont été perçues du côté de l'établissement, par les actions à mettre en œuvre issues des PAQ, et l'écoute des résidents (des choix de l'organisation s'adaptent aux désirs des résidents et non l'inverse).

Une personne remarque que chaque participant aux missions doit sûrement contribuer aux changements qui s'opèrent.

Une personne n'a pas perçu d'évolution pour l'instant, la mission étant en cours.

Trois personnes ne se sont pas prononcées.

Ces changements sont apparus comme :

- Faibles (x 1).
- Assez significatifs (x 2).
- Significatifs (x 2).
- Pas encore perçus, mission en cours (x 2).
- Ne se prononce pas (x 3).

Leur mise en œuvre a été perçue de diverses manières :

- Assez simples car débutés sur l'existant pour faire évoluer le regard et le savoir-être.
- Pas difficiles, du temps étant dégagé pour le faire.
- Pas difficiles, mais logique.
- Pas difficiles, on s'adapte un peu chaque jour.
- Difficiles pour certains actes (ex : report de soins et prise des repas).
- Pas encore perçus / changements non définitifs : mission en cours (x 2).
- Ne se prononce pas (x 3).

Les pratiques des répondants, par rapport à avant la participation aux missions transversales leur semblent beaucoup plus adaptées / meilleures (x 2), plus proches des résidents, plus attentives, plus respectueuses (x 2), être réalisées avec plus d'aisance. L'évolution leur paraît positive (x 2).

Deux personnes n'ont pas perçu d'évolution perçue et une ne se prononce pas.

La légitimation de certains gestes (approches par le toucher notamment, x 2) permet plus de qualité dans les gestes effectués auprès des résidents. De même que l'augmentation de la réflexion et de l'empathie.

Une personne espère que ses gestes n'ont jamais été mauvais.

Cinq ne se prononcent pas.

Pour la plupart des participants, il n'y a aucun éléments / gestes lors de la prise en charge des résidents qui a disparu aujourd'hui de ses pratiques (x 8).

Une personne signale que les prises en charges calquées sur le même modèle sont devenues obsolètes (apparition à la place de l'individualisation de l'accompagnement).

Professionnellement parlant, les missions transversales ont permis aux répondants de voir les bénéfices suivants :

- « Avoir un objectif commun : le bien-être du résident ».
- « Je me sens plus professionnel(le) ».

- « J'arrive à personnaliser la prise en charge des résidents de façon individuelle, comme en groupe ».
- Échanger avec l'ensemble des acteurs qui travaillent à la Résidence / approche collégiale et pluridisciplinaire, cohésion et cohérence (x 2).
- Connaître plus le rôle de chacun auprès des résidents / les autres services (x 2).
- « Il est toujours bon d'apprendre ».
- Découvrir le management d'un groupe.

Pour ce qui est des résidents, certains professionnels ont constaté une diminution des situations de douleur / un apaisement (x 2), une prise en compte plus spécifique au plus près des besoins, plus d'échanges avec les résidents sur l'instant repas avec un taux de satisfaction assez élevé, les résidents sont contents lorsque l'on respecte leurs choix et les projets personnalisés apportent une notion d'écoute individuelle, les résidents sont contents de pouvoir exprimer des envies et de les voir se réaliser (ils se sentent plus écoutés et compris).

Trois personnes n'ont cependant pas vu de changement ou de satisfaction particulière.

Le bien-être des résidents semble avoir augmenté du point de vue des participants (x 5) : moins de ressenti de douleur, des professionnels plus à l'écoute.

Quatre personnes n'ont pas perçu de changement.

Il ne semble pas plus compliqué d'individualiser la prise en charge des résidents que de fournir la même prestation à tous, c'est différent : une réponse adaptée à chaque problème / situation doit être trouvée (x 2), c'est nécessaire et essentiel pour que la Résidence devienne un véritable lieu de vie.

Parfois, l'individualisation est compliquée en fonction des horaires de prises de poste de chacun., mais c'est un plus pour le résident.

Trois personnes ne se prononcent pas.

Annexe 9 : Sondage sur les dotations en personnel d'EHPAD du secteur public.

Etablissement / Cadre de santé	GMP	Nombre de résidents	Nombre d'étages	Système de distribution des médicaments	Système de traçabilité des médicaments	Nombre d'IDE	Temps de travail des IDE	Nombre d'AS	Temps de travail des AS	IDE de nuit (oui / non)
Istres		82	R+3	Medissimo	Néant	5 de jour 3 de nuit	2 de jour en 10h30 et 11h; 1 de nuit en 12 h	23	7h en semaine ; Coups en we : 11h en nuit	oui
Résidence de la Lys		80 dont 20 PH vieillissant	R+2 avec chambres au R	Medissimo	Oxiris	1 du matin en 7,5h 1 l'AM en 7,5h	organisation en 7h25 sur une plage horaire 7h30-20h30 avec 2 le matin et une le soir et une le WE	5 AS/ASH l'AM en 7,5h 5 AS/ASH l'AM en 7,5h semaines et we	Peuvent contacter IDE SSR qui ne se déplace pas	
EHPAD STE GENEVIEVE DE BOIS	759	80	R+2	Medissimo	ASCI	5 de jour Pas d'IDE de nuit (mais une expérimentation en cours en lien avec l'ARS; une permanence commune d'IDE de nuit dans le cadre d'un partenariat avec un hôpital gériatrique et 3 EHPAD)	organisation en 7h25 sur une plage horaire 7h30-20h30 avec 2 le matin et une le soir et une le WE	25 AS pour 22 postes	organisation en 7h25 sur une plage horaire de 7h - 14h15 - 21h 2 AS de nuit 7h- 21h	Non mais une expérimentation en cours sur le territoire sous l'égide de l'ARS (mutualisation d'une permanence d'IDE de nuit entre un hôpital gériatrique et 3 EHPAD)
Mimic sur range	782	84	R+3		logiciel Iij trace	4 de jour dont 1 faisant fonction d'IDECO	IDECO 9h30-17h00 3 IDE de jour à 7,6h/jour	23 dont 1 poste aménagé	7,6h sans coupé 2 horaires de nuit en 10h	non
Résidence René Marion	830	127	R+2	PUJ	Logiciel PSI	5 ETP ; 3 IDE/jour + IDE co	6h30- 10h30 10h-20h 7h - 17h	20	7h14 (semaine comme WE), pas de coupés sauf en cas de nécessité	non
Les Oglers croix	711	85 sur 90 places autorisées	R+2	Oreus	easy soins	4	7h	13 budgétés jour 3 budgétés nuit	7h30	non
Résidence de l'Etang (EHPAD)		92	R+4	Praticdoxe	Signature sur le logiciel de soins par les IDE la semaine (car distribuent la semaine) puis les AS le we	6,30 ETP	2*7h30 en semaine e 1*7h30 le we	29,45 ETP (y compris AMP)	7h30	non
Ville neuve la garenne		86	R+2	Medissimo	Néant	3,80 ETP = 4 IDE	3 de jour en 7h en semaine WE en 12h (1we / 4)	21	4 de matin (7h-14h) 2 coupés (8h-20h) 3 de soir (13h30-20h30) 2 de nuit (20h15-7h15) 9 en 7h et 2 en 10 en semaine 6 en 7h et 2 en 10h le we 2 de nuit en 10h et 1 en 9h18	non
Saint Chomas 'La Pastourelle'		86	R+2	préparation robotisée par la pharmacie du village	PSI + validation avec la tablette	3,80 ETP = 4 IDE	3 de jour en 7h en semaine WE en 12h (1we / 4)	20	Matin: 0h30-14h30 AMP: 14h-21h30 Nuit: 20h45-0h45	Non
"Les Jardins de Charcot" Beaumont du-Gâtinais (77)	724	86	R+2	Distri-médic	Logiciel TITAN	3	37h30 / sem Matin: 7h-15h AMP: 12h-19h30 Nuit: 20h15-7h15	20	Matin: 0h30-14h30 AMP: 14h-21h30 Nuit: 20h45-0h45	NON
EHPAD "Grosne Constance" (63350)	686.9	84	R+2	PUJ	PSI	Réels : 5 ETP ; Autorisés : 4,5 ETP	7h40/jour ; Matin: 06h45 à 14h25 ; Transversal: 7h25 à 15h25 ; Soir: 13h35 à 21h15	105	7h40/jour ; Cycles de travail cales sur un roulement 6h25-14h25 > 7h45-15h45 > 8h30-16h30 > 13h30-21h	NON
Résidence ROUX (pôle EHPAD USLD, CHU de Reims)	741 (EHPAD) ; 837 (USLD)	285	R + 2	PUJ (pôle pharma)	TITAN pour la partie EHPAD + Easy pour la prescription	Réels : 34 ETP (expliqués car 120 lits USLD sur la résidence)	7h40/jour	105	7,6 h par jour. Pas de coupés. 10h la nuit (équipe de 4 AS et 1 ASH).	oui, 6 de nuit sur les 34 IDE employés (2 par étages)
Résidence Ménez Du Gourin (56)	802 (pathos à 198)	80	R + 1	PUJ (pôle pharma)	Logiciel PSI (mise en place Net Soins dans les prochains mois)	4,2 ETP dont 0,8 IDECO	7h40/jour	20 jusqu'à 2016, 26 depuis renouvellement convention (surpression 1 poste ASH)	7,6 h par jour. Pas de coupés. 10h la nuit (équipe de 4 AS et 1 ASH).	NON

BERGER

Aude

01/12/17

DIRECTEUR D'ETABLISSEMENTS SANITAIRES, SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX

Promotion 2016-2017

Manager pour une amélioration continue de la qualité :

Les missions transversales, la solution innovante d'un EHPAD.

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : EHESP – Rennes.

Résumé :

Et si réaliser des prestations et services de qualité dans nos établissements médico-sociaux n'était pas si compliqué ?

Grâce à un management innovant, la Résidence René Marion de ROYBON (un EHPAD), parvient à mettre la qualité au centre des actions de ses professionnels et à redonner du sens aux pratiques, pour atteindre un seul et unique but : le bien-être de ses résidents.

Après une structuration de ses processus, base stabilisante et nécessaire pour uniformiser les pratiques, la direction a mis en œuvre ce qu'elle a appelé des missions transversales sur neuf thèmes : fin de vie, démence, douleur, chutes et contention, hôtellerie-restauration, circuit du médicament, hygiène, plaies et cicatrisation, et incontinence. Ces missions se fondent sur les Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles (RBPP) et les font vivre dans le quotidien des professionnels.

Quels apports pour les établissements médico-sociaux ? Tout établissement peut-il mettre en œuvre une telle démarche ? Comment faire vivre la qualité ?

Autant de questions qui seront sondées.

Tout d'abord sont développés les aspects du management qualité, et notamment le management par les processus. Ensuite, la solution innovante de l'EHPAD de ROYBON est décrite, puis interrogée. Enfin, les éléments nécessaires à la transposition de la démarche managériale sont abordés, ainsi que le rôle primordial du directeur.

Mots clés :

Management – Qualité – Processus – Chaînes de valeur – Transversalité – Amélioration continue – Sens – Uniformisation – Individualisation – Sentiment d'appartenance – Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles (RBPP).

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